

# RECHERCHE-ACTION SUR LE VOLET PSYCHOLOGIQUE DU GEVA

## Étude documentaire

Janvier 2016

### Réalisation

**Léonard Vannetzel** Psychologue, membre fondateur de l'APPEA

### Recherche bibliographique et lecture

**Léonard Vannetzel** Psychologue, membre fondateur de l'APPEA

**Lise Bouratchik** Psychologue, membre de l'APPEA

### Réalisé pour le compte de l'APPEA

Association francophone de Psychologie et Psychopathologie de l'Enfant & l'Adolescent



## TABLE DES MATIERES

<b>PRESENTATION DU RAPPORT</b>	<b>6</b>
<b>CONTEXTE</b>	<b>6</b>
<b>AXES DE RECHERCHE</b>	<b>6</b>
<b>METHODOLOGIE DE RECHERCHE</b>	<b>8</b>
<b>DESCRIPTIF THEMATIQUE DES AXES DE RECHERCHE</b>	<b>12</b>
<b>AXE 1. NAISSANCE, DEVELOPPEMENT ET CONSTRUCTION DU HANDICAP MODERNE : LA POSITION FRANÇAISE FACE AUX FIGURES FONDAMENTALES DU HANDICAP</b>	<b>16</b>
<b>1.1. DU HANDICAP-MALADIE AU HANDICAP SOCIAL</b>	<b>17</b>
1.1.1. L'INFLUENCE DES MOUVEMENTS ASSOCIATIFS DANS LES POLITIQUES DU HANDICAP	17
1.1.2. DEVELOPPEMENT DES DISABILITY STUDIES ET AVENEMENT DU MODELE SOCIAL : PREMIERE REVOLUTION CONCEPTUELLE	18
1.1.3. LE TEMPS DES DISABILITY STUDIES EN FRANCE : LE PRIMAT DE L'APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE SUR FOND D'AFFRONTMENT DE SECTEURS	22
<b>1.2. DE LA CIH A LA CIF – D'UNE REVOLUTION A L'AUTRE</b>	<b>23</b>
1.2.1. DEVELOPPEMENT DE LA CIH – CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU HANDICAP	23
1.2.2. CONTROVERSES AUTOUR DE LA CIH : MONTEE EN PUISSANCE DES NOUVEAUX MODELES	25
1.2.3. REFONTE DE LA CIH ET DEVELOPPEMENT DE LA CIF. REGAIN D'INTERET MONDIAL POUR UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA VULNERABILITE	26
1.2.4. A L'ORIGINE N'ETAIT PLUS LA DEFICIENCE : UN MODELE BIOPSYCHOSOCIAL UNIVERSALISTE POUR COMPRENDRE LA SANTE ET LE FONCTIONNEMENT	27

<b>1.3. DEFINITION DU HANDICAP, POIDS DES MOTS ET CHOC DES REPRESENTATIONS. L'HERITAGE FRANÇAIS</b>	<b>30</b>
1.3.1. LE HANDICAP DANS LA LOI 2005-102 : AJUSTEMENT SUR LA POSITION INTERNATIONALE OU COMPROMIS TERRITORIAL ?	30
1.3.2. LA CIF : QUEL NOUVEAU REGARD POUR LES PRATICIENS ?	31
1.3.3. POSITION FRANÇAISE ET RESONNANCE DU HANDICAP : LE CORPS INFIRME ET LA DEFICIENCE AU MILIEU DU GUE	33
1.3.4. UN ENFANT EST HANDICAPE : QU'EN DISENT LES « PSYS » FRANÇAIS ?	34
<b>REFERENCES</b>	<b>37</b>

**AXE 2 - LA SITUATION DE HANDICAP : CONTEXTE, PRINCIPES ET ENJEUX ACTUELS DE L'ÉVALUATION** **42**

<b>2.1. EVOLUTION, LOGIQUE ET STRUCTURE DU CONTEXTE EVALUATIF DEPUIS 2002</b>	<b>42</b>
2.1.1. ORGANISATION DE L'ACTION SOCIALE ET LOGIQUE TERRITORIALE D'ÉVALUATION DES BESOINS	42
2.1.2. LES MDPH GUICHETS UNIQUES : 10 ANS DEJA !	44
2.1.3. L'ÉVALUATION DU HANDICAP DANS L'ESPRIT DES LOIS	45
<b>2.2. GEVA : SUIVONS LE GUIDE ?</b>	<b>47</b>
2.2.1. DE LA NECESSITE DE DISPOSER D'UN OUTIL D'ÉVALUATION COMMUN	47
2.2.2. LE GEVA : COMPOSITION ET UTILISATION D'UN OUTIL CIF-COMPATIBLE	48
2.2.3. LE VOLET PSYCHOLOGIQUE DU GEVA : UNE PAGE A ECRIRE...	51
2.2.4. LE GEVA-SCOLARISATION	51

**2.3. EVALUER LE GUIDE D'ÉVALUATION ET IDENTIFIER SES BESOINS : BILAN DE L'UTILISATION DU GEVA ET PERSPECTIVES POUR L'ÉVALUATION DES SITUATIONS D'ENFANTS 54**

2.3.1. BILAN D'UTILISATION DU GEVA ET PLAN D'APPROPRIATION 54

2.3.2. PRINCIPAUX AXES D'ENSEIGNEMENTS DE L'ÉTUDE DU FOND DOCUMENTATION CNSA 56

2.3.3. LES ANNEXES AU PRESENT RAPPORT COMME COMPLEMENT DE L'AXE 2 59

REFERENCES 60

**AXE 3. L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT : UNE POSITION FRANÇAISE 62**

**3.1. HISTOIRE DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE : DEBATS D'HIER, ENJEUX DE DEMAIN 62**

3.1.1 L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE : AU COMMENCEMENT ÉTAIT L'ENFANCE INADAPTEE 62

3.1.2. SUCCES, DERIVES ET ÉVOLUTIONS DE L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE : LA MESURE DE L'ESPRIT AU RISQUE DE LA DERIVE 64

3.1.3. CLINIQUE ARMÉE OU CLINIQUE A MAIN NUE : L'UNITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA PSYCHOLOGIE EN QUESTION 66

3.1.4. GARE AU QI ! 67

**3.2. CONFÉRENCE DE CONSENSUS : EXAMEN PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT ET UTILISATION DES MESURES 69**

3.2.1. PRINCIPES ET AXES DE LA DÉMARCHE 69

3.2.2. APPELLATIONS ET DÉFINITIONS DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE 70

3.2.3. ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE ET DÉONTOLOGIE DES PSYCHOLOGUES 72

3.2.4. LES CODES JURIDIQUES : QUEL SECRET PROFESSIONNEL POUR LE PSYCHOLOGUE ? 74

3.2.3. LES OUTILS DU PSYCHOLOGUE 75

<b>3.3. EVALUATION PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT : ETUDES EN FRANCE ET DANS LE MONDE</b>	<b>81</b>
3.3.1. APERÇU DES DONNEES INTERNATIONALES	81
3.3.2 PENDANT CE TEMPS, EN FRANCE...	82
3.3.3. RECHERCHES ET ETUDES INTERNATIONALES SUR LES RAPPORTS D'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE	85
3.3.4. RARETE DES ETUDES FRANÇAISES SUR LE COMPTE-RENDU PSYCHOLOGIQUE	88
<b>REFERENCES</b>	<b>90</b>

## PRESENTATION DU RAPPORT

### Contexte

---

Avec pour but d’asseoir la cohérence conceptuelle et opérationnelle de la recherche action dans un ensemble bibliographique établi, la recherche documentaire vise l’exploration et la compréhension des cadres conceptuels, pratiques, législatifs, sociologiques dans lesquels s’inscrit le processus global.

Elle permettra, entre autres, la réalisation de plusieurs documents nécessaires à la recherche, tant pour sa conduite que pour le traitement des données et la communication des résultats.

### Axes de recherche

---

Les axes de recherche, d’études, et d’analyse s’attachent à identifier, sélectionner et synthétiser les références indispensables à la phase de terrain tant sur le plan de la méthodologie expérimentale que du corpus bibliographique permettant d’inscrire le présent travail dans un cadre conceptuel commun et une représentation partagée par l’ensemble des acteurs du tissu social.

Plusieurs axes d’étude et d’articulation se dégagent à partir des données disponibles depuis 2000 :

- La politique sociale du handicap en France depuis 2002, l’évaluation des besoins de compensation particulièrement chez l’enfant, les MDPH (fonctionnement, activité et évolutions), le GEVA (principes et appropriation), la CIF, la scolarisation des enfants handicapés ;
- Les représentations sociales des pratiques psychologiques, de l’examen psychologique, du handicap en psychologie, des échanges entre psychologie et autres professions ;
- La psychologie de l’enfant et le handicap, l’environnement de l’enfant en situation de handicap, l’examen psychologique avec l’enfant en situation de handicap, la scolarisation de l’enfant handicapé dans ses rapports à la psychologie ;
- Les écrits psychologiques, éthique, déontologie et réglementations ;

A partir de ces différentes données, le comité de Pilotage prévoit la conception de trois documents de travail (voir partie Aboutissements) :

1. Un document de présentation à destination des équipes des MDPH, des professionnels non-psychologues et des familles. Il s'agira d'un document présentant de manière synthétique et neutre les objectifs de la recherche-action, la méthodologie retenue et le fonctionnement des réunions *focus group* (une vigilance particulière sera accordée à la limitation des effets d'influence ou d'induction) ;
2. Un rapport détaillé avec analyse thématique de la recherche bibliographique ;
3. Un rapport synthétique d'une quinzaine de pages, à destination de la CNSA, et du comité scientifique de la recherche-action. Il s'agira d'un des piliers du rapport global.

## Méthodologie de recherche

---

➤ **Pour la France - sources bibliographiques, bases de données, observatoires et bibliothèques spécialisées**

**Exploration, analyse et synthèse du fond documentaire de la CNSA**

<http://www.cnsa.fr>

**Banque de Données en Santé Publique – BDSP / EHESP**

<http://www.bdsp.ehesp.fr>

**Système Universitaire de Documentation – SUDOC. Agence bibliographique de l'Enseignement Supérieur**

<http://www.sudoc.abes.fr>

**CAIRN**

<http://www.cairn.info>

**Institut de l'Information Scientifique et Technique - INIST/CNRS**

<http://www.inist.fr>

**Centre Technique National d'Etudes Et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations – CTNERHI Base de donnée Saphir (Enquête ETEL en cours)**

<http://www.ctnerhi.com.fr/pages/saphir.htm>

**Centre d'Etude, de Documentation, d'Information et d'Action Sociale – CEDIAS**

<http://www.cedias.org>

**Comité d'études, d'Education et de Soins auprès des personnes handicapées – CESAP**

<http://www.cesap.asso.fr>

**Centre de Ressources Multihandicap – CRM**

<http://www.crmh.fr/index.php>

**Groupe Polyhandicap France**

<http://www.gpf.asso.fr>

➤ **Pour l'international - sources bibliographiques, bases de données, observatoires et bibliothèques spécialisées**

**PUBMED / Medline**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

**American Psychological Association – PSYCINFO**

<http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>

**Elsevier-Embase**

<http://www.embase.com>

**Organismes internationaux dont observatoires**

➤ **Réglementations sur les politiques d'accompagnement et textes officiels**

**Code de déontologie des psychologues**

<http://www.cncdp.fr>

**Legifrance et textes officiels**

<http://www.legifrance.gouv.fr>

- Loi de 1975-534 du 30 juin 1975 d'orientation des personnes handicapées
- La Convention internationale des droits de l'enfant, en particulier l'article 23 (1989)
- Règles pour l'égalisation des chances des handicapés (1994)
- Education pour tous, forum mondial de l'éducation de Dakar (2000)
- La déclaration de Salamanque pour l'éducation et les besoins spéciaux (1994)
- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi créant la CNSA – 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

- La Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (2006)
- Loi créant l'ANESM – 2006-1640 du 21 décembre 2006 remplaçant le Conseil national d'évaluation par l'Agence nationale d'évaluation en santé mentale
- Décret no 2008-110 du 6 février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles
- Loi HPST – du 21 juillet 2009 visant à rénover l'offre de soins

### ➤ Stratégie de recherche et de sélection documentaire

- **Langues** : français, anglais, espagnol
- **Type de documents** :
  - ouvrages de synthèse,
  - rapports gouvernementaux, d'observatoires, de groupes d'actions, de sociétés savantes, articles de revues à comité scientifique,
  - méta-analyses,
  - guides méthodologiques,
  - actes de colloques scientifiques ou de niveau national,
  - thèses
- **Antériorité de la recherche** : > an 2000 ; exceptions possibles pour ouvrages majeurs, articles fondamentaux, actes de colloques et rapports importants
- **Pays ciblés** : France vs International
- **Mesh Terms** – selon thésaurus, à adapter

### ➤ Traitement des résultats - Sélection et cotation

Une première sélection sera réalisée par les chargés de mission documentaire à partir des résultats des recherches numériques et du recensement des sources pertinentes.

**Les données sont ensuite évaluées sur une échelle de pertinence allant de 1 à 4**

- **Niveau 1** : très pertinent
- **Niveau 2** : pertinent
- **Niveau 3** : importance mineure
- **Niveau 4** : non-pertinent

Les documents sélectionnés sont traités et réunis dans une base de données et classifiés 1) selon l'axe de problématique auxquelles elles répondent ; 2) selon leur nature (ouvrage, article scientifique, ...)

## Descriptif thématique des axes de recherche

---

La première approche de la littérature a permis de dégager un corpus de 359 sources pertinentes qui a fait l'objet d'une sélection plus stricte lors de la phase rédactionnelle proprement dite. Cette dernière constitue la synthèse argumentée de la recherche documentaire.

Les données recueillies et analysées relèvent de quatre axes principaux : la sociologie, l'anthropologie, l'histoire et la philosophie du handicap (incluant l'éthique).

Ce champ de connaissances a principalement été porté, en France, par des institutions de recherche comme le CTNERHI, l'EHESP, le CRESAS, l'INRP, le CEDIAS, l'ONFRIH, l'INSERM, ..., et diffusé via des revues spécialisées en sciences humaines et sociales ou des rapports des dites institutions.

La littérature internationale représente, depuis le milieu des années 70, un corpus, dense, varié, interdisciplinaire et athéorique au sein duquel coexistent de puissants champs de force politiques, sociologiques, culturels particulièrement vifs aux Etats-Unis, en Grande Bretagne ou encore en Australie.

En comparaison avec les positions internationales, on peut sans risque évoquer une « position française » en tant que telle, de par les spécificités de son système éducatif, les représentations actuelles du handicap, la structuration historique de ce champ autour du monde associatif et de « l'état providence », enfin la position médicale culturellement très implantée et influente dans le système français.

Dans ses apports fondamentaux pour la recherche-action, cet axe de recherche permet de comprendre à la fois l'esprit des lois des années 2000, les évolutions paradigmatiques qui ont consacré l'avènement des modèles dynamiques du handicap à l'échelle internationale, de la CIF, les principes de création, d'utilisation et de promotion du GEVA et les enjeux interdisciplinaires liés à la GEVA-compatibilité.

Un des points saillants de ces apports vise à dépasser les approches « traditionnelles » du handicap, statiques, focalisées sur la lésion ou le déficit, et à envisager *la situation de handicap* comme résultant d'un processus de production issu de l'interaction entre la personne, les facteurs individuels et les caractéristiques de l'environnement.

## ➤ L'évaluation globale des besoins de la personne handicapée en France

Cette thématique doit avant tout être différenciée (1) de l'évaluation des politiques publiques du handicap, (2) de l'évaluation individuelle spécifique que réalisent les professionnels experts auprès de la personne.

L'évaluation globale des besoins de la personne est placée sous la responsabilité des équipes pluridisciplinaires exerçant en MDPH. Son développement est principalement porté et stimulé par les travaux de la CNSA depuis sa création par la loi du 30 juin 2004 : études dirigées, rapports scientifiques, colloques et journées d'études, remontées de terrain des MDPH...

Les apports conceptuels, sémantiques et pratiques autour de la question de l'évaluation globale des besoins de la personne laissent clairement observer le dynamisme des structures et moyens déployés en conséquence de la loi 2005-102 qui s'accompagne d'une mobilisation soutenue des partenaires institutionnels et associatifs dans l'évolution du panorama (dont l'Education nationale).

S'il apparaît qu'un considérable travail d'accordage inter et intradisciplinaire reste à produire pour optimiser la qualité de l'évaluation des besoins de la personne, on ne peut que constater la réussite actuelle des outils déployés, en particulier l'outil GEVA, comparable, en certains points, à d'autres outils existant à l'international.

Ces avancées laissent néanmoins entrevoir les efforts qu'il reste à produire pour améliorer l'évaluation des besoins des enfants en situation de handicap.

Au regard de la pluralité des intervenants impliqués dans l'évaluation des situations d'enfants et la faible communication interdisciplinaire des différents corps professionnels constitués, on peut regretter la communication limitée autour de ces apports majeurs et de la modélisation actuelle de l'évaluation autour des MDPH. De plus amples informations permettraient à de

nombreuses professions de clarifier leurs apports, rôles, places et limites non seulement dans le domaine de l'évaluation mais aussi dans celui de l'aide et de la réponse aux besoins des enfants et familles concernés.

La présente recherche ainsi que les avancées du GEVA-Scolarisation peuvent être interprétées comme des signes avant-coureurs d'une approche plus pointue des situations de handicaps d'enfants, comme en témoignent, d'ailleurs, les recommandations issues de travaux récents, notamment sur les configurations complexes de handicap ou sur les handicaps psychiques (CEDIAS).

### ➤ **La psychologie et psychopathologie de l'enfant handicapé**

Témoignant des représentations du handicap en France, encore focalisées sur la déficience, la privation sensorielle ou motrice ou encore la difformité physique, la psychologie de l'enfant s'est principalement attachée aux questions portant sur l'annonce du handicap, l'éthique, le regard sur les personnes en état de vulnérabilité, la violence psychique liée à la situation de handicap et sur les conséquences concernant l'appareil psychique familial (proximal et élargi), particulièrement dans ses aspects traumatiques, délétères et dans les enjeux de résilience qui y sont liés.

Par proximité historique avec la pédopsychiatrie et les influences théoriques communes aux deux disciplines, les données françaises en psychologie du handicap s'inspirent essentiellement de deux approches : l'approche expérimentale et l'approche clinique. On observera que ces deux tendances, sans s'exclure ni se contredire, correspondent aux deux branches de développement de la discipline psychologique en France depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle.

La conjonction de ces différents domaines mis en perspective avec les connaissances actuelles issues des nouveaux paradigmes propres au handicap laisse percevoir la possibilité d'émergence d'un champ de conceptualisation prolifique et dynamique, non seulement en termes de prévention ou de limitation du handicap mais aussi d'évaluation, de diagnostic et de réponse aux besoins.

### ➤ **L'évaluation clinique en psychologie de l'enfant**

Forte d'un siècle de tradition auprès d'enfants présentant des troubles du développement, ancrée dans la déontologie et le droit inaliénable de la personne à la reconnaissance de sa dimension psychique, la pratique de l'évaluation psychologique de l'enfant (en situation de handicap ou non) est parmi les plus développées de la discipline psychologique dans son ensemble.

Intégrant l'ensemble des conceptions théoriques disponibles en psychologie dans un cadre méthodologique robuste et une démarche solidement définie, cette pratique est désormais renforcée et synthétisée par la récente Conférence de consensus qui a donné lieu à un ensemble de recommandations pour la pratique clinique.

Au delà des nombreuses considérations théoriques et techniques observables dans la littérature, il semble que d'importants efforts restent à produire pour améliorer les réalisations professionnelles en la matière, notamment en termes de production d'écrits et de communications de résultats. C'est, en partie, l'objet de la présente recherche.

## **Axe 1. Naissance, développement et construction du handicap moderne : la position française face aux figures fondamentales du handicap**

Intimement liée au développement des droits sociaux et à la mise en place de l'Etat Providence, la notion de handicap, relativement récente en Occident, connaît depuis quelques années une évolution scientifique, politique et sociale fulgurante... Son étude doit permettre de situer avec justesse l'objet contemporain handicap et ainsi prendre la mesure des enjeux liés à son évaluation.

Sémiologiquement empruntée aux jeux de hasard puis aux compétitions équestres (visant à l'égalité des chances des compétiteurs), la notion apparaît, à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, à l'interface de besoins administratifs/comptables d'une part, sociaux et éducatifs d'autre part. Le terme « handicapé » désigne alors des enfants et des adultes atteints de déficiences, statutairement au seuil de la société, en situation de liminalité (Murphy, 1990 ; Calvez, 1994).

Ce sont à l'origine (Ebersold & Detraux, 2003 ; Chauvière, 1980, INSERM, 2013) :

- les patriotes mutilés revenant du front et les accidentés de l'industrialisation auxquels le corps social se doit d'ouvrir droit à une réparation, qu'elle prenne la forme d'une indemnisation, d'une réadaptation ou d'une prothèse, visant à compenser le dommage afin que l'invalidé soit, autant que faire se peut, réaligné sur la norme de l'homme occidental valide, travailleur, indépendant, performant...
- Les enfants inadaptés qu'il convient d'éduquer - ou de réadapter - selon les principes républicains en vigueur.

Au cours du 20<sup>ème</sup> siècle, le terme handicap élargit progressivement son périmètre au-delà des populations d'infirmes, d'invalides, de mutilés et (pour le champ de l'enfance) des arriérés, idiots, débiles, encéphalopathes, inadaptés...

Il s'impose, jusque dans les années 70, comme la catégorie générique administrative et comptable unifiant l'ensemble des personnes atteintes d'une déficience quelle que soit sa nature, sa cause et son origine. La personne handicapée est, avant tout, dans ce modèle dit médical ou individuel, une personne malade qu'il convient, de fait, de soigner et de réadapter (Ville, 2008 ; INSERM, 2013).

## 1.1. Du handicap-maladie au handicap social

### 1.1.1. L'influence des mouvements associatifs dans les politiques du handicap

Cette vision médicale centrée sur la personne est rapidement dénoncée comme discriminante et stigmatisante par les mouvements associatifs émergents aux Etats-Unis et en Grande Bretagne : ils s'opposent à ce que, au motif de l'intégration sociale de la personne handicapée, cette dernière soit nommée comme telle et réadaptée le plus souvent dans des établissements dits spécialisés, ce qui revient à une logique de double exclusion, implicite et explicite.

Nourrie d'une part des travaux foucauldien (Foucault, 1963, 1976) et, de l'autre, des apports de la sociologie de la déviance (Becker, 1963 ; Murphy, 1990 ; l'Ecole de Chicago) - parmi lesquels les incontournables *Stigmates* de Goffman (1968) -, les années 60 sont particulièrement féconds : on assiste à l'émergence et au développement des théories de l'oppression sociale qui colorent et légitiment les revendications des différents mouvements associatifs activistes (ethniques, féministes, gays, handicapés) luttant contre la discrimination, pour le respect de leurs droits fondamentaux et l'avènement d'une société inclusive et accessible.

Aux Etats-Unis et en Grande Bretagne, ces mouvements pour les droits civiques sont notamment portés par *Movement for Independent living* (Williams, 1984), *Disability Movement* (Campbell, 1997), *Disabled people International* (Enns, 1989).

Sur le plan politique et législatif, leur impact est considérable : ils aboutissent aux *Civil Rights Act* de 1963 et 1968, au *Federal Rehabilitation Acts* de 1973, au *Voting Rights Acts* de 1975 (plus tard à l'*American with Disability Acts* de 1990), à la Déclaration des droits des personnes handicapées par l'ONU en 1975, ainsi qu'à de profondes

évolutions législatives et sociologiques, tant aux Etats-Unis qu'en Grande Bretagne, en France ou au Québec (Barral, 1999 ; Fougeyrolas, 2002). Autant de conquêtes socio-législatives qui posent les bases de l'influence politique des personnes handicapées et de leur expression identitaire en tant qu'experts d'un phénomène qui leur est propre et qui les caractérise : le point de vue de la personne sur sa propre situation de désavantage.

Contrairement à ce qui se passe en France, les différents sous-groupes de personnes handicapées se sont très tôt émancipés du cloisonnement catégoriel modularisé par type de déficience (moteur, visuel, sensoriel, ...). Afin de peser en nombre et en puissance dans le débat politique/intellectuel, ils embrassent la cause commune du désavantage, de la discrimination et de l'oppression sociale.

Ces groupes se développent par exemple, autour de l'*Independent Living Movement*, des « centres de ressources pour une vie autonome », gérés par les usagers eux-mêmes et reposant sur les principes d'autodétermination et de soutien entre pairs, dans la pure tradition des *self-help* développées aux Etats-Unis dès les années 30.

Radicalement opposés à la vision biomédicale du handicap et aux sciences de la réadaptation dans lesquelles le handicap est compris comme la conséquence d'une maladie, les mouvements associatifs décalent le curseur centré sur la personne vers les composantes sociales du handicap : la notion mute progressivement vers l'idée de désavantage – ou *disability*.

C'est la naissance, dans les années 70, des *disability studies*.

### **1.1.2. Développement des disability studies et avènement du modèle social : première révolution conceptuelle**

A l'instar des *women studies*, des *gender studies* ou des *ethnic studies*, ce champ académique de recherche et d'influence se développe sur le plan international, sans véritable équivalent en France. Une des singularités majeures des *disability studies* est d'insister sur le *modèle social du handicap*, nouveau paradigme vivement défendu par les activistes associatifs : il modifie en profondeur les approches conceptuelles antérieures (Oliver, 1996 ; Albrecht, Ravaud & Sticker, 2001).

Les études sur les *disabilités* s'opposent avant tout au modèle de la réadaptation (qui a prévalu encore davantage en France qu'à l'international) qui repose sur les notions de déficience et d'incapacité (visuelle, motrice, auditive, langagière, psychologique ou autre) lesquelles relèvent des disciplines médicales et paramédicales et doivent être compensées, réparées, et permettre malgré tout une adaptation à la société, dénoncée comme société des barrières.

Dans le modèle social du handicap, ce n'est pas à l'individu de s'adapter au monde mais à la société de s'adapter à l'individu. Ce nouveau paradigme (De Jong, 1979) est au cœur de la révolution conceptuelle qui marque l'évolution des classifications dès les années 80. Il ouvre un champ académique particulièrement innovant et dynamique pour la conceptualisation du handicap qui décale le curseur d'une vision défectologique et statique vers les interactions individu/environnement.

(Se référer au tableau comparatif, page suivante)

➤ **Comparaison des modèles selon Oliver, 1996**

Le modèle individuel	Le modèle social
Théorie de la tragédie personnelle	Théorie de l'oppression sociale
Problème personnel	Problème social
Traitement individuel	Action sociale
Médicalisation	Auto-assistance
Prédominance professionnelle	Responsabilité individuelle et collective
Expertise	Expérience
Adaptation	Affirmation
Identité individuelle	Identité collective
Préjudice	Discrimination
Attitudes	Comportement
Soins	Droits
Contrôle	Choix
Action	Politique
Adaptation individuelle	Changement social

Les méthodes utilisées dans la mise en œuvre de ce nouveau modèle diffèrent radicalement de celles du modèle biologique, articulées autour des classiques études dites « positivistes » : grandes enquêtes représentatives, expérimentations randomisées, groupes contrôles appuyés sur d'importantes ingénieries statistiques... Plus exploratoires et qualitatives, ces nouvelles méthodes utilisent les outils de la psychologie sociale, l'analyse de récits, les témoignages de personnes concernées, les entretiens non-directifs, les techniques de *focus group*, l'analyse de productions artistiques et littéraires, etc (Winance, 2008).

Loin de mobiliser des acteurs strictement médicaux, elles associent dans le même cadre d'étude philosophes, juristes, médecins, psychologues, ..., et, bien entendu, personnes handicapées elles-mêmes en premier lieu.

Dans le cadre des *disability studies* se développe une littérature scientifique considérable à laquelle plusieurs revues se consacrent (e.g. *Disability and Society*, *Disability Quarterly*, *Journal of the Disability Policy Studies*, ...), des collections entières d'ouvrages (e.g. *Disability Press*), des *handbooks* faisant autorité (Albrecht, Seelman & Bury, 2001), des forums de discussion et de mise en réseau ([disability-research@mailbase.ac.uk](mailto:disability-research@mailbase.ac.uk)) et des colloques annuels dans le cadre de la *Society for Disability Studies*. La plupart des grandes organisations professionnelles disposent de sections entières consacrées à ce champ. Elles relaient les avancées du domaines vers différentes disciplines comme la médecine, la psychologie, la sociologie, etc. (*American Psychological Association*, *American Sociological Association*, *American Public Health Association*, ...). On ne compte plus les programmes universitaires et les chaires qui y sont consacrées dans le monde (Blume & Hiddinga, 2010)...

### **1.1.3. Le temps des disability studies en France : le primat de l'approche socio-anthropologique sur fond d'affrontement de secteurs**

Pendant ce temps, en France, la profonde mutation conceptuelle du handicap et l'orientation épistémologique qu'elle commence à prendre dans tous les pays passe globalement inaperçue, environ jusqu'au milieu des années 80 (Orchard, 2013).

Sur le plan institutionnel et législatif, l'heure est à l'affrontement entre les « secteurs » attachés à la réadaptation de l'enfance inadaptée notamment (Barreyre, 2013) : sanitaire vs médico-social. D'un côté, l'Etat laisse aux associations de soutien et aux familles la responsabilité de développer, construire et gérer les maisons d'accueil, foyers, instituts, etc., de l'autre, la psychiatrie de secteur (ou psychiatrie dans la cité) s'institutionnalise dans le prolongement des expériences de Lebovici (ASM13) et de Misès (Fondation Vallée) avec les premières circulaires de 1972 et 1974 qui instaurent les secteurs infanto-juvéniles (Bauduret & Jaeger, 2004). Sur le plan théorique, en plein âge d'or du structuralisme français (Andersen, 2005), c'est le triomphe de la psychanalyse et l'apparition d'un vif espoir dans la philosophie des 3S (Sujet, Souffrance, Secteur).

La loi de 1970 puis celle de 1975 – vécue comme loi scélérate par les acteurs de la pédopsychiatrie – entérinera les bases d'une guerre froide dont les stigmates et les tranchées sont encore visibles aujourd'hui (Vallée & Delion, 2007) : elle retire au sanitaire la compétence de ce qui constituera le médico-social et clive l'individu handicapé en deux composantes institutionnellement distinctes : d'un côté le patient, de l'autre la personne.

C'est ensuite la phase de développement massif du médico-social selon la logique de pierre : on construit en dur des solutions pour chaque déficience (physique, sensorielle, cognitifs, etc), ce qui a pour effet de renforcer la logique catégorielle des handicaps et le primat de la défec-tologie. Cette étape laissera des traces observables jusque dans la loi 2005 (Barreyre, 2013).

Dans ce contexte, il n'y a pas eu, à proprement parler, de mouvement d'usagers comparable à ceux des pays anglo-saxons (certainement freiné par la logique catégorielle). On ne décèle pas non plus de perspective équivalente à celle des disability studies. L'histoire du handicap

n'a pas véritablement retenu, en France, l'importance de l'évolution paradigmatique mondiale des années 70-80 qui, pourtant, l'a rattrapée.

Les Français n'étaient pas pour autant inactifs... Les études théoriques et appliquées se sont essentiellement concentrées sur des aspects historiques, sociologiques et anthropologiques relatifs (Albrecht, Ravaud & Sticker, 2001 ; Gardou, 2014) :

- à l'enseignement spécial et à la pédagogie adaptée (CRESAS, INRP, CRHES-Lyon 2),
- à l'étude de cohortes et de populations cliniques (CTNERHI),
- à l'étude épidémiologique et économique du domaine (INSERM),
- à l'étude sociologique et historique (CEDIAS, GRIFS-Paris VIII),
- à l'étude philosophique et anthropologique du handicap (ALTER).

## 1.2. De la CIH à la CIF – d'une révolution à l'autre

### 1.2.1. Développement de la CIH – Classification Internationale du Handicap

Sous la pression des mouvements associatifs et professionnels, l'ONU - arène privilégiée des débats en la matière - éprouve et reconnaît dans les années 70 les limites de l'approche médicale et des principes catégoriels qui y sont liés (Ravaud, 2001 ; Ravaud & Mormiche, 2003).

En résumé, il ne suffit plus de caractériser l'état de santé de l'individu, ses déficiences et ses séquelles pour envisager sa réadaptation : il importe bien plus d'en évaluer les retentissements. D'un intérêt pour la maladie, le curseur se décale vers la primauté des conséquences de la maladie. Comment, dès lors, répondre aux besoins du « malade en société » ?

L'OMS confie alors à l'un de ses consultants, le Dr. Ph. Wood, rhumatologue et épidémiologiste, le soin de conduire un groupe de travail chargé d'élaborer les conséquences des maladies (OMS, 1993).

La première classification du handicap proposée par l'OMS, en continuité avec la Déclaration de 1975, est, à la fois, un prolongement de

l'approche médicale de la CIM et un déplacement de perspective vis-à-vis du handicap. L'ICIDH (ou CIH) se réfère, en effet, aux dimensions des expériences liées aux états de santé, complémentaires à celles du concept de maladie (OMS, 1993).

Cet élargissement de point de vue utilise pourtant la notion de maladie comme trait d'union entre les deux classifications de l'OMS. Il relie donc les deux perspectives - la CIM et la CIH selon un processus dit « d'expérience lié à l'état de santé » du malade en société qui est schématisé ainsi, selon un principe linéaire et causaliste :

Maladie-trouble (étage organique) ⇒ déficience (étage organique) ⇒ Incapacité (étage fonctionnel) ⇒ Désavantage (étage social)

La principale avancée de ces travaux réside dans le 4<sup>ème</sup> étage, celui du désavantage social qui entérine le passage d'un point de vue biomédical à un point de vue social (Winance, 2008).

Derrière la reconnaissance de désavantage social comme aboutissement du processus d'expérience du malade en société, l'OMS reconnaît pleinement les revendications associatives, l'importance des normes sociales et l'idée de *déviante*, chère aux interactionnistes qui ont massivement fait progresser les idées (Goffman, 1968).

La personne handicapée se voit glisser de l'état d'objet de droit au statut de sujet de droit. Avec ces avancées essentielles pour la construction du handicap moderne dans les législations et les politiques actuelles, la CIH marque l'aboutissement de l'histoire du handicap depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle jusqu'aux années 1980. Elle ouvre une nouvelle ère de travaux... et de mobilisation associative.

### 1.2.2. Controverses autour de la CIH : montée en puissance des nouveaux modèles

Dès la parution de la CIH, l'OMS est à nouveau confrontée à d'importantes controverses : *Disabled People International* rejette les définitions et les principes de la CIH (Enns, 1989) et les différents groupes d'activistes, ainsi que la plupart des chercheurs et notamment les québécois s'alignent sur ces positions (pour une revue de la question, Chapireau, 1998 ; Chapireau & Colvez, 1998). Les critiques de la CIH font consensus autour de quatre points majeurs (Winance, 2008) :

- la cause première du handicap est la maladie. La personne handicapée est donc considérée comme « malade », ce qui renvoie au modèle traditionnel médical et à l'idée de tragédie personnelle et non sociale,
- les facteurs environnementaux sont négligés,
- la terminologie de la CIH est misérabiliste et stigmatisante ; elle se focalise sur les manques et les déficits,
- il existe des chevauchements et des incohérences entre le registre des incapacités et celui des désavantages.

Une refonte s'impose donc. Deux modélisations principales influencent majoritairement le processus de révision de la CIH :

- le modèle social développé par les activistes du *Disability Movement* (Albrecht, Ravaud & Stiker, 2001),
- et le modèle dit de Processus de Production de Handicap développé par les chercheurs québécois (Fougeyrollas, 1997 ; Fougeyrollas, 1998 ; Ravaud & Fougeyrollas, 2005) qui se caractérise par sa dimension interactionniste et dynamique : le handicap y est défini comme la situation résultant de l'interaction entre la personne et son environnement, physique ou social. Il se manifeste par une entrave dans les habitudes de vie. Les notions de facteurs environnementaux et d'habitudes quotidiennes font leur apparition.

Ces deux approches sont déterminantes dans le processus de révision qui conduit à la CIF. En moins de vingt ans, la question du handicap s'est donc décalée, dans les classifications et les représentations : partie d'une conception par guérison/rééducation de la personne malade, elle aboutit à une limitation de processus multifactoriels interactifs non seulement propres à la personne mais aussi à la société dans laquelle elle évolue. Il ne reste plus qu'à refondre la CIH, ce qui ne prendra que quelques années.

### **1.2.3. Refonte de la CIH et développement de la CIF. Re-gain d'intérêt mondial pour une nouvelle approche de la vulnérabilité**

Après la reconnaissance de la CIH par l'OMS en 1993 comme classification officielle, s'engage aussitôt un processus de refonte qui ne débute véritablement qu'avec la forte implication des Etats-Unis (financière et politique) et d'importants changements structurels internes à l'OMS, en 1995.

La création de centres collaborateurs de l'OMS (au Japon, en Australie, dans les pays nordiques et au Royaume-Uni) atteste aussi d'un élargissement international du processus déclenché dès 1983 lors du lancement de la décennie internationale du handicap (1983-1993). Cette dernière est marquée par un programme mondial d'actions qui aboutit à un ensemble de préconisations regroupées en 22 règles standard d'égalisation des chances des personnes handicapées. Cette action de l'ONU est relayée par le Conseil de l'Europe, le Parlement Européen et la commission des communautés européennes qui décident d'une large gamme d'actions pour « *promouvoir au niveau communautaire la réintégration économique, sociale et professionnelle des personnes handicapées* » (cité par Barral, 2007).

Une large concertation occidentale s'engage dès lors, impliquant des professionnels médicaux, des responsables administratifs et politiques, des chercheurs et bien entendu les associations d'utilisateurs concernées.

Entre 1996 et 2000, pas moins de six versions provisoires sont élaborées et éprouvées. Elles aboutissent, au printemps 2001, à l'adoption par l'OMS de la CIF - Classification Internationale du Fonctionnement, de la Santé et des Maladies - qui redéfinit le handicap tel qu'il sera repris dans la loi de 2005 sur l'égalité des chances.

#### 1.2.4. A l'origine n'était plus la déficience : un modèle biopsychosocial universaliste pour comprendre la santé et le fonctionnement

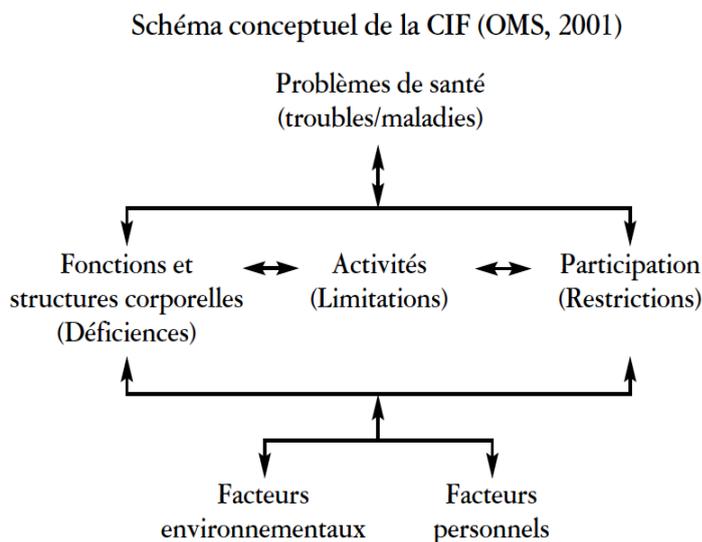
Pour comprendre les enjeux conceptuels de la CIF, un des aspects les plus importants est qu'elle ne concerne plus seulement les personnes handicapées mais qu'elle s'inscrit dans une optique universaliste qui s'adresse désormais à tout un chacun : « *Le handicap est considéré comme un phénomène humain universel. Aussi la CIF est-elle applicable à tout être humain et propose un langage universel qui peut être utilisé quels que soient l'état de santé, l'âge, le sexe ou la culture de la personne (...) l'approche **universaliste** privilégie la définition de profils singuliers sur la base d'une évaluation des besoins spécifiques afin de permettre des mesures individualisées en réponse aux besoins identifiés* » (Bickenbach & Shroot, 1999).

Le handicap est désormais conceptualisé comme une dimension de la santé humaine, une modalité particulière du fonctionnement humain lorsque celui-ci est problématique.

Notons que :

- « Fonctionnement » est, dans cet ensemble, un terme générique couvrant (1) les fonctions organiques et les structures anatomiques, (2) les activités et la participation. Il désigne les aspects positifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux).
- « Handicap » désigne alors, en conséquence, les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels avec lesquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux) aboutissant à des limitations d'activité et des restrictions de participation (OMS, 2001).

Schéma conceptuel de la CIF (OMS, 2001) reproduit par Barral (2007).



La CIF ne déploie plus un processus causal partant de la maladie comme origine et allant au handicap comme conséquence (avec l'étage diagnostique comme étape), mais vise à décrire les modalités de *fonctionnement* de la personne dans son environnement – sans pour autant exclure les troubles et les maladies – selon un modèle interactif et multidimensionnel que l'on peut qualifier de biopsychosocial à trois composantes :

- la composante corporelle qui recouvre le fonctionnement des systèmes organiques et des structures anatomiques (dont les fonctions psychologiques),
- la composante individuelle nommée activités et définie comme l'exécution d'une tâche ou d'une action par un individu,
- la composante sociale, nommée participation et définie comme l'implication de l'individu dans une situation de vie réelle (OMS, 2001).

Au sein de ce système, les fonctions mentales ou psychologiques font partie des fonctions physiologiques du système organique d'une personne humaine qui pourra se comprendre en corrélation avec des activités, des participations et des environnements.

Le chapitre « Fonctions mentales » de la CIF traite des fonctions du cerveau à la fois :

- des fonctions mentales globales comme la conscience, l'orientation, les fonctions psychosociales, l'énergie et les pulsions,
- et les fonctions mentales spécifiques comme l'attention, la mémoire, les fonctions psychomotrices, les fonctions de la pensée, la flexibilité cognitive, le jugement, le langage et l'expérience de soi-même.

Sur le plan normatif, l'évolution est de taille : ce n'est plus la santé ou l'écart à la norme biologique qui prime ; la norme est désormais fixée par le niveau optimal de fonctionnement de la personne dans son environnement.

La question de l'identification des obstacles et des facilitateurs dans les activités et la participation représente donc un aspect central de cette nouvelle conceptualisation du handicap qui sera non seulement reprise dans la loi 2005-102 mais aussi dans l'appareillage technique et évaluatif qui accompagnera sa mise en place en France.

Une version CIF-Enfants/Adolescents paraît en 2012 aux presses de l'EHESP. Elle couvre la période allant de la naissance à 18 ans.

## **1.3. Définition du handicap, poids des mots et choc des représentations. L'héritage français**

### **1.3.1. Le handicap dans la loi 2005-102 : ajustement sur la position internationale ou compromis territorial ?**

A partir des années 2000, c'est la révolution institutionnelle et culturelle en France (Gohet, 2005, 2007), certes « douce » (Barreyre, 2010) mais pourtant bouleversante pour les pratiques cliniques (Barral, 2007).

La législation française relative aux personnes handicapées évolue afin d'aligner la politique nationale sur le handicap sur les principes internationaux et européens en matière de droits des personnes handicapées : ce sont, entre autres, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Contrairement à la loi de 1975, la loi de 2005 donne une définition du handicap (Art. L114) : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Cette définition rejoint partiellement (INSERM, 2013) celle admise dans les instances internationales comme restriction de participation sociale résultant de l'interaction entre les caractéristiques individuelles et les obstacles environnementaux (voir le Processus de Production du Handicap, la classification québécoise, Fougeyrollas, 1998), consacrée en 2006 par la Convention des Nations Unies relative aux Droits des personnes handicapées, signée par la France en 2008 et ratifiée en 2010.

Ce principe inscrit dans la loi présente le double avantage de donner clairement le cap des politiques publiques et de s'ajuster à l'épistémologie internationale : elle reconnaît, en effet, l'expérience de handicap comme polyfactorielle.

Elle n'intègre pourtant pas pleinement l'idée de dynamique interactionniste individu/environnement (INSERM, 2013) et rapporte, in fine, le handicap à l'altération de fonctions. On remarque donc sa filiation vis-à-vis de la loi de 1975 mais aussi – et peut-être surtout – son adéquation avec la logique catégorielle de la déficience (liste d'altérations « à la Prévert ») qui demeure, par la force de l'histoire, la logique administrative de référence structurant l'organisation territoriale en France.

Autrement dit, bien que la loi de 2005 se réclame de la CIF et en intègre certains principes, elle semble habitée par un paradoxe épistémologique et sémantique lié à l'histoire du handicap en France : elle conserve en effet des composantes statiques et défectologiques susceptibles d'entrer en tension avec son principal paradigme de référence.

### 1.3.2. La CIF : quel nouveau regard pour les praticiens ?

En France, particulièrement dans le champ de l'enfance, les débats autour des classifications, des normes et des dérives possibles sont emprunts d'une importante méfiance de la part des professionnels engagés au quotidien dans les pratiques thérapeutiques ou éducatives, voire d'un rejet radical dans les cas extrêmes<sup>1</sup>. La crainte de stigmatiser un sujet en développement, de réduire son identité à une étiquette simpliste ou à une maladie, de figer son évolution en cristallisant les regards autour d'un trouble ou d'une différence constituent autant de préoccupations fortes qui marquent l'inscription de ce champ professionnel dans une éthique de la vulnérabilité (Pelluchon, 2011), récurrente dans les publications françaises (e.g. Gardou, 2009, 2014 ; Boissel, 2008 ; Scelles, 2010).

Lorsque néanmoins les praticiens de « l'enfance inadaptée » ont recours aux classifications internationales (DSM-IV; CIM-10) et françaises (CFTMEA-R), la CIF n'est pas positionnée comme paradigme de référence.

---

<sup>1</sup> Les débats autour du rapport de l'INSERM sur les troubles des conduites et la création du collectif « Pas de zéro de conduite » peuvent illustrer la vigilance éthique des disciplines concernées à l'égard du risque de dérives

Certains auteurs se montrent sceptiques quant à son appropriation future par le terrain : « Quels que soient l'ambition de la CIF et son effort à intégrer la multidimensionnalité du handicap, (les psychothérapeutes et autres professionnels de la relation) peuvent être assurés de ne pas trouver dans la CIF la subjectivité, le désir, le rêve... » (Barral, 2007).

Pourtant, depuis sa publication en 2001, de nombreux travaux ont montré que l'usage de sa nomenclature peut sous-tendre efficacement un nouveau mode d'appréhension des situations de handicap tandis que sa compréhension, par les cliniciens du sanitaire et du médico-social, reste encore obscur (Barreyre & Peintre, 2004 ; Barreyre, 2010).

Les conséquences et les enjeux liés à l'avènement de la CIF sont, pour les praticiens de terrain, à la hauteur du renversement de paradigme que la CIF représente :

- la déstabilisation des représentations du handicap et des pratiques qui y sont liées (Barral, 2003 ; Korpès & Barral, 2004),
- un renouvellement des outils d'évaluation et des méthodes d'intervention (Barral, 2003),
- une modification des pratiques (Ebersold, 2002 ; Isserlis, 2008),
- le nécessaire passage d'un langage descriptif clinique à un langage civique d'observation partagée (Barreyre, 2011),
- une interdisciplinarité et de nouveaux partenariats à développer (Durand, 2011).

Derrière ces enjeux sont interrogés les identités professionnelles, les cultures et théories de référence, la diversité des outils, la délicate question d'un langage commun ainsi que des jargons respectifs, le décalage de l'étiologie et du diagnostic à des étages secondaires... Une révolution vraiment douce ?

### 1.3.3. Position française et résonnance du handicap : le corps infirme et la déficience au milieu du gué

La France est un des rares pays à utiliser encore le terme handicap en tant que nom commun mais aussi en tant qu'adjectif (handicapé) désignant les caractéristiques spécifiques d'une personne ou d'un groupe (Ravaud, Letourny & Ville, 2002 ; Mormiche, 2003).

Sous l'angle des représentations sociales au sens de Moscovici (1961, 1976) et de Jodelet (1989)<sup>22</sup>, la notion de handicap constitue non seulement une originalité française mais aussi un obstacle potentiellement important dans l'application même des actuelles lois et dans la prise en compte des paradigmes qui les sous-tendent. Il n'est pas certain, par ailleurs, que le fait de langage consistant à parler de « situation de handicap » suffise à surmonter ce problème profondément ancré dans l'inconscient collectif.

Veil (1968) avait été l'un des premiers en France à attirer l'attention sur les représentations particulièrement complexes du concept de handicap (« *ces images, dont tout donne à croire qu'elles sont en majeure partie enfouies et inconscientes* »). Par la suite, les travaux anthropologiques de Stiker (e.g. 1982) et de Gardou (e.g. 2009) ont considérablement fait avancer la compréhension des multiples facteurs concourant à l'ambiguïté de ces représentations dans nos sociétés occidentales comme sur un plan plus universel (approches interculturelles et historiques). Force est de constater que la dimension « handicap comme désavantage social » n'est absolument pas au centre du tableau dans les représentations françaises et a même été largement laissée pour compte, de manière assez stable, au cours des vingt dernières années (Morvan, 1990 ; Giami, 1994 ; Giami, Korpès & Lavigne, 2007).

En revanche, derrière le flou qui entoure les représentations du handicap (Pitaud, 1987 ; Ebersold, 1992), tant dans le grand public que chez les professionnels de la santé (Esnard, 1998 ; Giami, Korpès, Lavigne, 2007), c'est la déficience qui occupe le devant de la scène (Poizat, 2009).

---

<sup>22</sup> soit le passage d'une théorie scientifique à une connaissance de sens commun qui contribue à définir un groupe social dans sa spécificité

Le handicap renvoie surtout à deux types d'affections invalidantes : le handicap mental et l'infirmité motrice (Morvan & Paicheler, 1990 ; Giami, Korpès & Lavigne, 2007). Il résonne donc, dans les représentations françaises, en forte proximité avec l'étymologie première du terme, c'est à dire comme un poids qu'il faut assumer dans la course à la compétitivité organisée par une société de plus en plus normative (Gori, 2011).

Le concours de la psychanalyse aux études psychosociologiques renforce cette idée de concept statique, immuable mais aussi tragique, violent et traumatique particulièrement lorsqu'il s'agit d'enfants... (Giami, Humbert-Viveret & Laval, 1983 ; Assouly-Picquet & Berthier, 1988).

#### **1.3.4. Un enfant est handicapé : qu'en disent les « psys » français ?**

Tant dans les disciplines du soin psychique que dans les travaux, études et réflexions français, les références au handicap de l'enfant et de l'adolescent ne manquent pas (APPEA, 2011).

La figure historique du boiteux, du bossu, de l'infirme, observable dans l'histoire de cette notion, traversant les mythes aussi bien que les œuvres d'art (Sticker, 1982 ; Korff-Sausse, 2010) s'actualise avant tout, en psychologie et en psychopathologie de l'enfant, dans (1) le drame profond de la parentalité atteinte dans sa chair et dans sa structure, (2) la famille bouleversée et mobilisée par le handicap d'un enfant, (3) le traumatisme de l'annonce du handicap et (4) ses conséquences notamment sur la vie sociale/scolaire. A tous ces étages, la question du regard de l'autre et celle de l'édification de la subjectivité s'interpénètrent de manière permanente.

#### **➤ La tragédie parentale**

Le concept du miroir brisé (Korff-Sausse, 1996) a fait office de liaison majeure entre le champ du handicap et les travaux en psychopathologie de l'enfant. Il renvoie, fondamentalement, à l'aspect irrémédiable du handicap et à son inscription dans l'organique. A l'enfant imaginaire sublimé, attendu, désiré et fantasmé, succède la violente désillusion d'une filiation diminuée, abimée, dépendante, différente. La blessure parentale est profonde et multipolaire (Ciccione & Ferrant, 2009) : à la

nécessité du deuil de l'enfant imaginaire s'ajoutent les idées de responsabilité fautive et de culpabilité, d'échec, de honte, de frustration et de projection douloureuse dans un avenir inéluctablement assombri par les questions de dépendance, de limitation, de vulnérabilité, voire de perte précoce (Ciccione, Korff-Sausse, Missionnier & Scelles, 2007)... Au-delà de cette violence psychique et des difficultés sociales liées au handicap d'un enfant, le couple parental doit affronter le risque de fragilisation des liens qui le constituent (Grange Ségéral, 2006), voire des sentiments mortifères (Morhain, 2013).

### ➤ **Fratricie, grands-parents, famille élargie : tous concernés pour une famille résiliente**

L'impact du handicap d'un enfant ne s'exerce pas seulement sur le couple parental mais traverse l'ensemble du groupe-famille et les barrières des générations, au risque d'en briser durablement l'harmonie et le devenir (Delarge, 2010). Il affecte chacun de ses membres de manière spécifique et perturbe de manière singulière les liens qui les unissent, notamment les liens internes à la fratrie (Salbreux & Scelles, 2010 ; Scelles, 2010 ; Scelles & col., 2010) qui peuvent être décisifs quant au devenir de l'économie psychique familiale. De même, si les grands-parents ne sont que rarement pris en compte dans les études sur le handicap de l'enfant, leurs rôles et places, à l'étage du soutien, de l'aide et de l'accompagnement de la parentalité présentent des effets importants pour le maintien d'un foyer résilient (Beudin & Schneider, 2012).

### ➤ **L'annonce du handicap, les mots sur les choses**

Le constat et l'annonce du handicap constituent une violente effraction dans la rupture de l'idéalité que représente l'attente, l'arrivée ou le développement d'un enfant (Ben Soussan, 2006). Qu'ils interviennent au cours d'un diagnostic anténatal (Soulé, Gourand, Missonnier & Soubieux, 2011) ou après la naissance de l'enfant, le poids des mots, le temps de l'annonce, son contenu et son contenant forment un tout qui imprime sur l'histoire de l'enfant au sein de sa famille les composantes possibles d'un devenir.

Quel mode de désignation et de nomination sous-tendent les paroles dites ? Quelles seront les paroles entendues ? Comment leur attribuer une fonction d'ouverture vitale et éviter que le poids des mots ne renforce le choc des représentations et des projections ?

Au-delà d'un savoir-dire, le principal recours des praticiens en la matière réside dans un souci permanent de l'éthique exercé et soutenu dans les pratiques cliniques (Scelles, 2010).

### ➤ Vie sociale et vie scolaire de l'enfant handicapé

Si les apprentissages sociaux et académiques sont au cœur de la question scolaire de tout enfant, les professionnels du psychisme situent pour beaucoup les enjeux scolaires liés de l'enfant handicapé du côté du regard de l'autre et des risques dans la construction de sa personnalité. De l'inquiétante étrangeté qui peut lui être renvoyée aux stéréotypes sociaux susceptibles de le menacer (Carlier & Ayoun, 2007) les périls ne manquent pas : discrimination, brimades, intimidations, violences... Les enfants handicapés sont plus exposés à de tels dangers que les autres enfants (Currie & col., 2005 ; Sentenac & col., 2010).

## Références

- Albrecht, G., Seelman, K., Bury, M. 2001. *Handbook of disability studies*. Thousand Oaks, CA et Londres : Sage Publications.
- Albrecht, G.L., Ravaud, J.F., Stiker, H.J. 2001. L'émergence des disability studies : état des lieux et perspectives. *Sciences Sociales et Santé*, 19, 4, 43-71.
- Andersen, P. 2005. La pensée tiède. Un regard critique sur la culture française. Paris : Seuil.
- APPEA, Association de Psychologie & Psychopathologie de l'Enfant et de l'adolescent. 2011. Handicap et Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : questions, tensions, enjeux. Lyon, 2, 3, 4 novembre 2011.
- Assouly-Piquet, C., Berthier, F. 1988. La figure fondamentale du Handicap : représentations et figures fantasmatisques. Paris : Recherche MIREGERAL.
- Barral, C. 1999. De l'influence des processus de normalisation internationaux sur les représentations du handicap. *Handicap - Revue de sciences humaines et sociales*, 81, 20-34.
- Barral, C. 2003. De la CIH à la CIF. Le processus de révision. In P. Le Queau (Dir.) *La compréhension sociale du handicap*. Paris : Credoc.
- Barral, C. 2007. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*, 27, 2, 231-246.
- Barreyre, J.Y. 2010. Les implicites d'une révolution douce. *Vie sociale*, 4, 9-16.
- Barreyre, J.Y. 2011. Evaluer des handicaps d'origine psychique : d'une approche clinique à une approche civique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 4, 247-250.
- Barreyre, J.Y. 2013. Bilan et perspectives d'un secteur non-identifié. In R. Scelles, J.P. Raynaud. *Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse : Erès.
- Barreyre, J.Y., Peintre, C. 2004. Evaluer les besoins des personnes en action sociale. Enjeux, méthodologie, outils. Paris : Dunod.
- Bauduret, J.F., Jaeger, M. 2004. Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoire d'une refondation. Paris : Dunod.
- Becker, H. S. 1963. *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. London: Free Press of Glencoe.
- Ben Soussan, P. 2006. L'annonce du handicap autour de la naissance en douze questions. Toulouse : Erès.
- Beudin, L., Schneider, B. 2012. Etre grands-parents d'un petit-enfant différent. Les enjeux intergénérationnels de l'annonce du handicap. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60, 3, 183-189.
- Bickenbach, J., Shroot, R. 1999. Le modèle social du handicap et la révision de la classification internationale des handicaps. *Handicap-Revue de sciences humaines et sociales*, 81.
- Blume, S., Hiddinga, A. 2010. Disability Studies as an academic field. Reflections on its development. *Medische antropologie*, 22, 2.
- Boissel, A. 2008. Un enfant est handicapé. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 73, 3.

- Calvez, M. 1994. Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité. *Sciences sociales et santé*, 16, 1, 61-87.
- Campbell, J. 1997. Growing Pains disability politics: The journey explained and described. In L. Barton, M. Oliver. *Disability studies: Past, present and future*. Leeds: The Disability Press.
- Carlier, M., Ayoun, C. 2007. Déficiences intellectuelles et intégration sociale. Wavre : Mardaga.
- Chapireau, F. 1998. Les débats et l'enjeu de la révision de la classification internationale des handicaps. *Handicaps et Inadaptations-Les cahiers du CTNERHI*, 79-80, 67-84.
- Chapireau, F., Colvez, A. 1998. Social disadvantage in the International Classification of Impairments. *Disabilities and Handicaps. Social Science and Medicine*, 47, 59-66.
- Chauvière, M. 1980. L'héritage de Vichy. Naissance de l'éducation spécialisée. Paris : Editions ouvrières.
- Ciccone, A., Korff-Sausse, S., Missonnier, S., Scelles, R. 2007. *Cliniques du sujet handicapés : actualité des pratiques et des recherches*. Toulouse : Erès.
- Ciccone, A., Ferrant, A. 2009. *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod.
- Currie, C., Nic Gabhain, S., Godeau, E., al. 2005. *Inequalities in young people's health : international report from the HSBC*. Copenhagen : Who Regional Office for Europe.
- De Jong, G. 1979. Independent living: from social movement to analytic paradigm. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 435.
- Delarge, M. 2010. *Famille et résilience*. Paris : Odile Jacob.
- Durand, B. 2011. L'évaluation pluridisciplinaire : pour un partenariat à réinventer. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 4, 251-254.
- Ebersold, S. 1992. L'invention du handicap. La normalisation de l'infirmes. Paris : CTNERHI.
- Ebersold, S. 2002. Le champ du handicap, ses enjeux, ses mutations : du désavantage à la participation sociale. *Handicap-Revue de sciences humaines et sociales*, 94-95, 149-165.
- Ebersold, S., Detraux, J.J. 2003. Scolarisation des enfants atteints d'une déficience : configurations idéologiques et enjeux. In G. Chatelanat (Dir.), *Le domaine de l'éducation et enseignement spécialisé : Continuités et/ou ruptures par rapport aux sciences de l'éducation ?* De Boeck : Bruxelles.
- Enns, H. 1989. Déclaration de la *Disabled Peoples International* (DPI) sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) de l'organisation mondiale de la santé (OMS). *Réseau International CIDIH-Bulletin du CQCIDIH*, 2, 2-3, 28-30.
- Esnard, C. 1998. Les représentations sociales du handicap mental chez les professionnels médico-sociaux. *Revue Européenne du Handicap mental*, 5, 19, 10-23.
- Foucauld, M. 1963. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF.

- Foucault, M. 1976. *La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Fougeyrollas, P. 1997. Les déterminants environnementaux de la participation sociale des personnes ayant des incapacités : le défi sociopolitique de la révision de la CIDIH. *Canadian journal of rehabilitation*. 10, 2, 147-160.
- Fougeyrollas, P. 1998. La classification québécoise du processus de production du handicap et la révision de la CIDIH. *Handicaps et Inadaptations-Les cahiers du CTNERHI*, 79-80, 84-103.
- Fougeyrollas, P. 2002. L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : enjeux socio-politiques et contributions québécoises. *PISTES*, 4, 2.
- Gardou, C. 2009. Pascal, Frida, Kahlo et les autres... Ou quand la vulnérabilité devient force. Toulouse : Erès.
- Gardou, C. 2014. Handicap, une encyclopédie des savoirs. Des obscurantismes à de nouvelles Lumières. Toulouse : Erès.
- Gerdan, V. 2009. La participation : un paradigme incontournable. In *Participation et responsabilités sociales*. V. Gerdan, G. Petitpierre, J.P. Moulin, M.C. Haelewyck, P. Lang. Editions scientifiques internationales.
- Giami, A. 1994. Du handicap comme objet dans l'étude des représentations du handicap. *Sciences sociales et santé*, 12, 1, 19.
- Giami, A., Humbert-Viveret, C., Laval, D. 1983. L'Ange et la Bête - Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les Educateurs. Paris : CTNERHI.
- Giami, A., Korpès, J.L., Lavigne, D. 2007. Representations, metaphors and meanings in the term « handicap » in France. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 9, 3-4, 199-213.
- Goffman, E. 1968. Stigma. Notes on the managements of spoiled identity. Harmondsworth: Pelican Book.
- Gohet, P. 2007. Bilan de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.
- Gori, R. 2011. Le handicap mental : une notion handicapante pour la psychopathologie ? Communication de colloque Psychopathologie et handicap chez l'enfant et l'adolescent, APPEA, Lyon.
- Grange-Ségéral, E. 2006. Le handicap aux prises avec le risque de l'inhumanité. Apports de la thérapie familiale psychanalytique. *Dialogue*, 174, 27-38.
- INSERM, 2013. Handicaps rares. Contextes, enjeux et perspectives. Expertise collective. Paris : INSERM.
- Isserlis, C. 2008. MDPH : quels changements pour les soignants en psychiatrie infanto-juvénile ? *Enfance et psy*, 40, 3, 109-119.
- Jodelet, D. 1989. *Les représentations sociales*. Paris : P.U.F.
- Korff-Sausse, S. 1995. Le handicap, figure de l'étrangeté. In M. Dayan, *Trauma et devenir psychique*, Paris : PUF.
- Korff-Sausse, 1996. Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste. Paris : Calmann-Lévy.
- Korff-Sausse, 2010. *Figures du handicap. Mythes, arts, littérature*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

- Korpès, J.L., Barral, C. 2004. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, vecteur d'un nouveau paradigme du handicap. Communication au colloque de l'AIRHM, Rimouski, Québec.
- Morhain, Y. 2013. Le meurtre d'enfant, du calin à sa réalisation extrême. *Cliniques méditerranéennes*, 87, 43-58.
- Mormiche, P. 2003. L'enquête Handicaps, incapacités, dépendances : apports et limites. *Revue Française des Affaires Sociales*, 1-2, 13-29.
- Morvan, J.S. 1990. Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations : Itinéraire d'un concept et d'un objet de recherche. In J.-S. Morvan, H. Paicheler, *Représentations et handicaps*. Paris : CTNERHI.
- Morvan J.S., Paicheler, H. 1990. *Représentations et handicaps*. Paris : CTNERHI.
- Moscovici, S. 1961, 1976. La psychanalyse, son image, son public - Etude sur la représentation sociale de la psychanalyse. Paris : P.U.F.
- Murphy, R. 1990. *Vivre à corps perdu*. Paris : Plon.
- Oakland, N.B. 2011. International Classification of Functioning, Disability, and Health: Implications for School Psychologists. *Canadian Journal of School Psychology*, 26, 1, 3-17.
- Oliver, M. 1996. Understanding disability. From theory to practice. London: Macmillan Press.
- OMS 1993. Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. Paris : CTNERHI.
- OMS 2001. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève : OMS.
- Orchard, V. 2013. The « Rendez-vous manqués » of francophone and anglophone disability studies. *Synergies Royaume-Uni et Irlande*, 6, 53-73.
- Pelluchon, C. 2011. Eléments pour une éthique de la vulnérabilité. Paris : Le Cerf.
- Pitaud, P. 1987. Contribution à l'analyse du concept de handicap, Handicaps et Inadaptations. *Les Cahiers du CTNERHI*, 38, 39-44.
- Poizat, D. 2009. *Le handicap dans le monde*. Toulouse : Erès.
- Ravaud, J.F. 2001. Vers un modèle social du handicap. L'influence des organisations internationales et des mouvements de personnes handicapées. In R.D. Riedmatten, ed. *Une nouvelle approche de la différence*. Genève : Médecine and Hygiène.
- Ravaud, J.F., Letourmy, A., Ville, I. 2002. Identifying the population with disability: the approach of an INSEE survey on daily life and health. *Population-E*, 57, 3, 529 - 552.
- Ravaud, J.F., Mormiche, P. 2003. Santé et handicaps, causes et conséquences d'inégalités sociales. *Comprendre*, 4, 87-106.
- Ravaud, J.F., Fougeyrollas, P. 2005. La convergence progressive des positions franco-québécoises. *Santé, Société et Solidarité*, 2, 13-27.
- Salbreux, R., Scelles, R. 2010. Liens fraternels et handicap. De l'enfance à l'âge adulte. Toulouse : Erès.
- Scelles, R. 2010. Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques. Toulouse : Erès.

- Scelles, R., Raynaud, J.P. 2013. Psychopathologie et handicap de l'enfant et de l'adolescent. Approches cliniques. Toulouse : Erès.
- Scelles, R., Bouteyre, E., Dayan, C., Picon, I. 2010. « Groupes fratries » d'enfants ayant un frère ou une sœur handicapé : leurs indications et leurs effets, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 18, 32-44.
- Sentenac, M., col. 2010. Victims of bullying among students with a disability or chronic illness and their peers : a cross-national study between Ireland and France. *Journal of Adolescent Health online*.
- Soulé, M., Gourand, L., Missonnier, S., Soubieux, M.J. 2011. *L'échographie de la grossesse. Promesses et vertiges*. Toulouse : Erès.
- Stiker, H. J. 1982. *Corps infirmes et sociétés*. Paris : Dunod.
- Stiker, H. J. 2006. Les fables peintes du corps abimé. Les images de l'infirmité du XVIe au XXe siècle. Paris : Editions du Cerf.
- Vallée, L., Delion, P. 2007. La culture professionnelle de l'action médico-sociale précoce. Un essai de cohabitation entre culture sanitaire et culture médico-sociale associative. *Contraste*, 27, 149-160.
- Veil, C. 1968. *Handicap et société*. Paris : Flammarion.
- Ville, I. 2008. *Le handicap comme épreuve de soi. Politiques sociales, pratiques institutionnelles et expérience*. Rennes, Université Rennes 2 Haute-Bretagne. Habilitation à Diriger des Recherches.
- Winance, M. 2008. La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001. *Dynamis*, 28, 377-406.
- Williams, G. H. 1984. The movement for independent living: an evaluation and critique. *Social Science and Medicine*. 17, 15, 1003-1010.

## **Axe 2 - La situation de handicap : contexte, principes et enjeux actuels de l'évaluation**

*« L'évaluation, ce n'est pas prendre des informations, c'est échanger des informations pour faire surgir du sens »*

*Jacques Ardoino, 1976*

### **2.1. Evolution, logique et structure du contexte évaluatif depuis 2002**

---

#### **2.1.1. Organisation de l'action sociale et logique territoriale d'évaluation des besoins**

Les enjeux politiques, éthiques, conceptuels et logistiques des lois sociales des années 2000 forment un seul et même bloc, d'une importante complexité structurale, à ramifications multiples. Ils sont à la hauteur des grands défis culturels engagés par le corps social et le politique depuis une vingtaine d'années et impliquent, certes, non seulement un ajustement des pratiques professionnelles et des outils, mais aussi une réorganisation globale de l'action sociale et une stratégie territoriale cohérente.

C'est à la tension entre ces deux objectifs que s'inscrit le défi des lois et que se structure leurs logiques d'application.

Les dix années de travail qui ont suivi le XIème plan pour réorganiser l'action sociale (Durlemann, 1993), aboutissent en janvier 2002 à la loi qui rénove cette action avec, en son cœur, les principes d'une nouvelle doctrine : elle confirme, dans sa conception même, les droits des usagers et ne peut reposer que sur l'évaluation en continu des besoins et des attentes des groupes sociaux en situation de difficulté.

Il s'agit de pouvoir prendre en compte (Barreyre & Peintre, 2004 ; Bouquet, Jaeger & Sainsaulieu, 2007, CNSA, 2009) :

- les caractéristiques des personnes concernées et leurs situations de vie,
- leurs attentes en matière de droits et de services,
- la collecte coordonnée des données à différentes strates du système français (local, départemental, régional, national).

La réforme amorcée dès 2002 intègre donc la logique d'organisation du territoire dans un schéma à plusieurs étages desquels peuvent descendre ou remonter différentes données (Barreyre & Peintre, 2004) :

- le niveau local est celui de l'évaluation de chaque situation avec la formalisation du projet personnalisé par la personne. Elle implique différents professionnels issus de différents services (sanitaire, éducation nationale, médico-social, ...) autour du principe de triptyque d'expertise (CNSA, 2009, MNASM, 2010). Chez l'enfant, la question s'articule pour beaucoup autour de l'inclusion scolaire désormais inscrite dans la loi 2005-102 (Benoit & Laurent-Cognet, 2009),
- le niveau départemental est celui des guichets uniques (anciennes commissions départementales, désormais Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées) qui réalise la collecte des données du niveau local, l'évaluation des besoins des personnes et permet d'établir la synthèse des situations de vie et des attentes à l'échelle du département,
- le niveau régional (ARS, DRASS, Conseil régional, ...) fait la jonction entre les niveaux de proximité local / départemental et le niveau national. C'est à cet étage qu'est produit le bilan des besoins départementaux et que sont réparties les dépenses de l'Etat en matière sanitaire et sociale,
- enfin le niveau national opère la collecte et la comparaison de l'ensemble des données issues des 22 régions par le biais d'une agence nationale (La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie créée par la loi du 30 juin 2004), établissement public garant de l'équité territoriale dont une des fonctions est de penser l'évolution des modes d'organisation de l'action sociale. Ses missions sont les suivantes :
  - o financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées,
  - o garantir l'égalité de traitement dans le droit à l'aide pour l'autonomie sur tout le territoire quel que soit le handicap,
  - o assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation de réseau.

### 2.1.2. Les MDPH guichets uniques : 10 ans déjà !

Parmi les huit titres relatifs à la loi figurent l'accueil et l'information des personnes handicapées. Dès 2005, la loi réorganise les instances en charge de l'accueil, de l'information, de l'évaluation et de l'orientation des personnes concernées grâce à la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), regroupant au sein de GIP présidés par les Conseils Généraux, les Equipes Pluridisciplinaires d'évaluation (EP) et les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Ainsi, à l'instar de l'Allemagne ou du Luxembourg, la France a opté pour la solution du guichet départemental unique ; celui-ci remplace les anciennes COTOREP et Commissions d'évaluation.

S'il est de notoriété publique que l'accordage interdépartemental exige encore d'importants efforts, l'analyse des chiffres publiés chaque année par la CNSA ainsi que les notes de synthèse annuelle permettent de voir l'évolution encourageante du système tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

En effet, dans la convention d'appui à la qualité de service 2006-2008, convention que chaque président de conseil général a signée avec le Directeur de la CNSA, cette dernière s'engage à restituer à chaque département les données d'activité et de fonctionnement de la MDPH mises en perspectives avec la synthèse nationale. Cette clause est reprise dans les conventions 2012-2015.

En 2014, pour la huitième année d'application de la convention, 97 départements ont retourné leurs données à la CNSA (CNSA, 2013) : 92 départements métropolitains (sur 96), 4 départements d'Outre-Mer (sur 5) ainsi que Saint-Pierre-et-Miquelon (seule collectivité d'Outre-Mer).

Parmi les points saillants qui intéressent le cadre de la présente recherche :

- la part de demandes qui relèvent du champ « enfant » dans le total des demandes déposées en 2013 varie de 11% à 33% (moyenne 20%),
- on relève un délai moyen de traitement des demandes « enfants » qui augmente légèrement : il se situe entre 1 mois et 7 mois (moyenne autour de 3-4 mois),

- On compte 210395 enfants scolarisés en situation de handicap en 2012, ce qui représente une augmentation de 57, 2 % en 7 ans (DGESCO, 2012),
- 66800 enfants sont suivis par des auxiliaires de vie scolaire en 2012,
- les taux de premières demandes par prestation en 2013 sont (selon les situations)
  - o les aides de matériels pédagogiques (75%)
  - o la prestation de compensation (67%)
  - o le maintien au titre de l'amendement Creton (51%)
  - o le transport scolaire (46%)
  - o l'aide humaine à la scolarisation (49%)
  - o l'orientation ou établissement de service (40%)
  - o l'allocation pour enfant handicapé (39%)

### 2.1.3. L'évaluation du handicap dans l'esprit des lois

La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie (art L114-1-1 du CASF).

L'article 2 de la loi rénovant l'action sociale affirme que celle-ci repose sur « l'évaluation des besoins et des attentes ». Notion centrale dans le cadre de la présente recherche, *l'évaluation* a fait l'objet - au même titre que *la notion de compensation* - d'un important travail d'étude et de définition dans le cadre de l'application de la loi (CNSA, 2009, Deloitte, 2009 ; Barreyre, 2009).

Par définition pluridisciplinaire et multidimensionnelle, l'évaluation s'inscrit en aval de la formulation du projet de vie et recouvre tous les aspects de la personne : facteurs personnels et environnementaux, facilitateurs et obstacles aux activités et à la participation sociale. Elle est élaborée dans le dialogue avec la personne afin qu'un accompagnement adapté lui soit proposé par le biais du plan personnalisé de compensation. Chez l'enfant, le plan personnalisé de compensation contiendra, dans une grande majorité des cas, le projet personnalisé de scolarisation (PPS).

L'évaluation des besoins (ou observation partagée) doit, fondamentalement, être différenciée de l'observation/évaluation clinique (Barreyre & Peintre, 2004). Conciliant à la fois les exigences législatives, les principes de la CIF (OMS, 2001), de la classification du Processus de Pro-

duction de Handicap (Fougeyrollas, 1998), l'évaluation globale prend en compte la totalité du fonctionnement de la personne dans son environnement, avec neutralité sur les plans étiologique, théorique et sémantique afin d'identifier ses besoins en termes d'activité et de participation à la vie en société (CNSA, 2009).

Sans primat d'un type d'information sur l'autre, elle est réalisée à partir du triptyque d'expertise que constitue (Barreyre, 2009) :

- la parole de la personne concernée,
- celle de ses proches,
- celle des professionnels impliqués dans l'accompagnement de la personne.

Cette évaluation est réalisée par une équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 du CASF. Elle « réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap (...) ».

L'étude de Deloitte, 2iConseils, TNSHealthcare montre qu'en 2009, une majorité des MDPH s'appuyaient principalement sur des équipes pluridisciplinaires composées de 5 à 7 professionnels différents dont un psychologue (composition variables selon les situations et leurs complexités).

Chez l'enfant, l'article 112-2 du code de l'éducation mentionne explicitement l'importance d'une évaluation globale et son cadre : « afin que lui soit assuré un parcours de formation adapté, chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé a droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en œuvre dans le cadre de ce parcours, selon une périodicité adaptée à sa situation. Cette évaluation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Les parents ou le représentant légal de l'enfant sont obligatoirement invités à s'exprimer à cette occasion ».

## 2.2. GEVA : suivons le guide ?

### 2.2.1. De la nécessité de disposer d'un outil d'évaluation commun

On l'aura compris, les enjeux relatifs à une méthodologie d'évaluation des besoins de compensation ne peuvent faire l'économie non seulement de l'organisation sociale à l'échelle nationale mais aussi des évolutions scientifiques internationales sur le handicap.

Il apparaît important, avant tout, de rappeler qu'une fois établis les principes mêmes de la loi de 2005 et son architecture administrative notamment via la création des guichets uniques, il fallait se donner les moyens d'accompagner cette évolution avec des outils concrets destinés à appliquer les principes d'évaluation retenus.

C'est ainsi qu'à l'instar de la plupart des pays ayant ratifié la Convention des Nations Unies de 2009, la France a dû élaborer, déployer et diffuser un outil d'évaluation à destination des équipes pluridisciplinaires internes aux MDPH et permettant une estimation des besoins de compensation de toutes les personnes concernées.

Il fallait pour affronter ce double défi, disposer d'un outil :

- qui puisse faire trait d'union entre l'esprit des lois et leur application en France,
- applicable à toutes les situations et pour tous les âges de la vie.

Il existe un très grand nombre d'outils en France comme dans d'autres pays (pour une revue, voir Barreyre & Peintre, 2004 ; CNSA, 2009) : MHAVIE au Québec, RAI en Belgique, CARE ou WHODAS aux USA, Echelle québécoise pour les comportements adaptatifs, Grille AGGIR pour les personnes âgées dépendantes en France...

De toute évidence inspiré par l'outil EGEA (Echelle Globale d'Evaluation de l'Autonomie), la CNSA publie, à la suite du décret 2008-110 du 6 février 2008, l'outil de référence national à destination des Equipes Pluridisciplinaires des MDPH ainsi que son manuel d'accompagnement (CNSA, 2008a, 2008b) : le GEVA – Guide d'Evaluation des besoins de compensation.

Un cahier pédagogique est élaboré après quelques années de mise en circulation et plusieurs études et mesures de diffusion (CNSA, 2012)

Les objectifs du guide sont clairement énoncés :

- être le support commun permettant aux différents membres de l'équipe pluridisciplinaire le recueil et l'analyse des informations issues de l'évaluation,
- faciliter une approche adaptée à la situation de chaque personne handicapée explorant l'ensemble des dimensions de ses activités et de sa participation à la vie en société,
- favoriser l'harmonisation des pratiques entre les MDPH,
- recueillir des informations permettant une meilleure connaissance des personnes handicapées.

### 2.2.2. Le GEVA : composition et utilisation d'un outil CIF-compatible

Le GEVA est composé de 8 volets dont un destiné à la synthèse de l'observation.

Composition du GEVA (CNSA, 2012)



Le volet 6 est parmi les plus utilisé - avec le volet 8 - par les MDPH déclarant avoir recours au GEVA (CNSA, 2013). Il décrit les limitations d'activité et les restrictions de participation de la personne en se basant sur les concepts de la CIF. Il permet d'identifier les types de compensation à mettre en œuvre, de conforter ou d'organiser des facilitateurs, d'identifier et éventuellement de lever des obstacles.

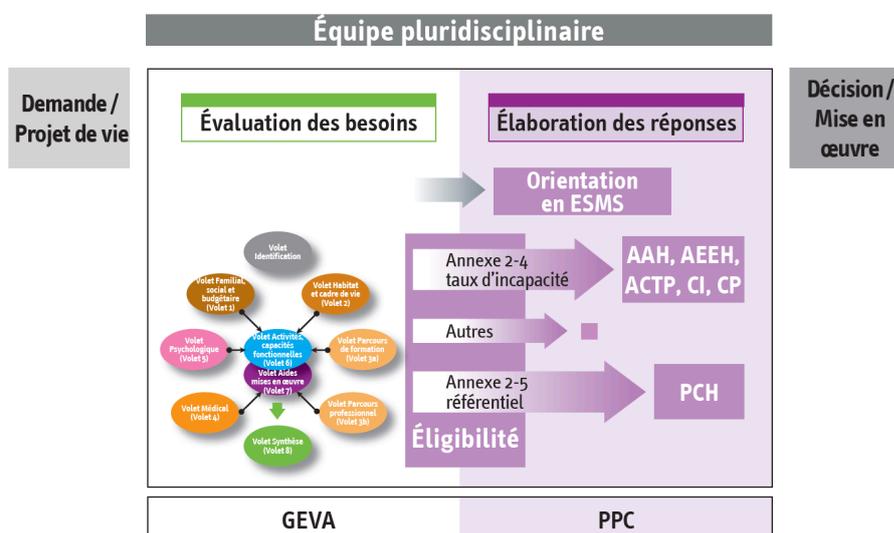
Les autres volets sont répartis en deux catégories inspirées de la CIF.

- Les facteurs environnementaux sont identifiés via les volets suivants :
  - o le volet 1 (Familial, social et budgétaire) permet de dresser l'état des lieux de l'environnement humain de la personne (situation familiale, sociale, budgétaire),
  - o le volet 2 (Habitat et cadre de vie) recense les informations relatives à l'environnement physique (caractéristiques du logement, accessibilité des services de proximité...),
  - o le volet 7 (Aides mises en œuvre) se réfère aux facilitateurs présents dans l'environnement de la personne, c'est à dire les aides déjà mises en œuvre.
- Les facteurs personnels sont explorés via deux volets :
  - o le volet 4 (Médical) qui comprend les informations sur le diagnostic et l'altération de fonctions dans leur rapport avec les limitations d'activités dans la vie de la personne. Il renseigne aussi sur les traitements mis en œuvre et leurs éventuels répercussions sur les activités et la participation sociale,
  - o le volet 5 (Psychologique) qui permet le recueil des observations psychologiques qu'elles s'appuient ou non sur des techniques standardisées ou non.
- Les volets 3a et 3b renseignent sur les parcours professionnels et les besoins en matière de formation (initiale et scolaire).
- Le volet 8 permet de faire la synthèse des informations collectées et de préparer le dialogue entre l'EP et la CDAPH.

Chronologiquement et méthodologiquement inscrit entre l'élaboration du Projet de vie et celle des réponses, le recours au GEVA a pour but et pour ambition (CNSA, 2012) :

- de rendre possible la collaboration partenariale,
- autour d'un langage commun et d'une culture partagée,
- permettant une véritable évaluation multidimensionnelle,
- pour toutes les situations de handicap.

L'utilisation du GEVA, entre demande/projet de vie et élaboration des réponse (CNSA, 2012)



Le GEVA étant le support d'un dialogue avec la personne handicapée et non un questionnaire d'items systématisés, il ne remplace pas les outils utilisés par les professionnels de l'évaluation clinique et doit être utilisé de manière individualisée, au cas par cas.

Depuis quelques années se développe l'idée de GEVA-compatibilité dans les approches évaluatives et le partage d'information. Elle a pour but d'optimiser le développement d'un référentiel général commun à l'ensemble des secteurs concernés par la question du handicap (Bloch & col., 2011 ; Isserlis, 2011 ; Gilbert, 2011). On peut par exemple citer le GEVA-A à destination des personnes âgées, Le GEVA-Sco pour la scolarisation ou encore le GEVA-19 pour l'orientation des jeunes adultes.

### 2.2.3. Le volet psychologique du GEVA : une page à écrire...

Actuellement, le volet 5 Psychologique du GEVA n'existe pas vraiment en tant que support élaboré et exploitable. En ce qui concerne son utilisation, le Manuel d'accompagnement du GEVA comprend la mention suivante, pour toutes les situations de handicap : « la nécessité d'un bilan psychologique est appréciée en fonction de la situation ou du handicap de la personne ». Le volet 5 est-il réduit à un bilan psychologique ?

Concrètement dans le GEVA, le volet psychologique se présente comme un tableau d'une page en haut de laquelle figure une mention : « si un bilan psychologique ou un bilan neuropsychologique ou un bilan de mémoire a été réalisé, préciser... ». Le tableau du volet 5 comprend :

- une première partie permettant d'inscrire le nom de tests éventuellement utilisés, leurs résultats chiffrés et une interprétation,
- un cadre vierge pour renseigner sur « l'analyse psycho-clinique de la situation ».

La fragilité de structure et de contenu de ce volet 5 permet d'évoquer un fait important dans le cadre du présent travail : la question de l'évaluation psychologique demeure un domaine peu connu, peut-être flou ou sujet à confusion. Il convient donc de le rendre plus visible pour l'ensemble des acteurs, au risque de voir réduire l'apport psychologique dans l'évaluation à quelques cases et chiffres dont l'interprétation peut conduire à erreur...

### 2.2.4. Le GEVA-Scolarisation

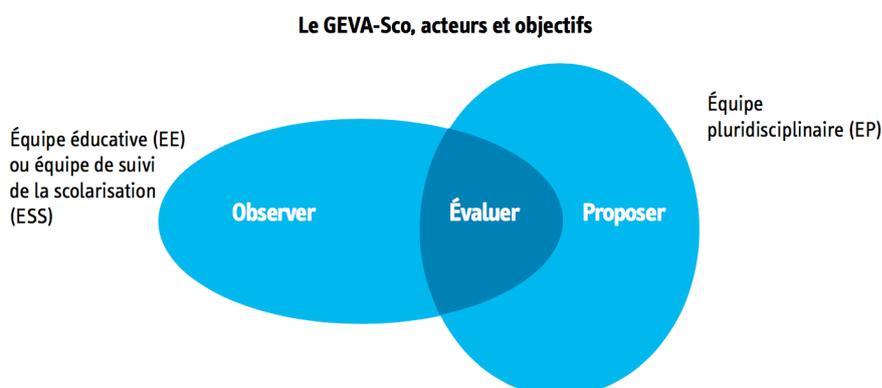
La CNSA et le Ministère de l'Éducation nationale ont publié, en Aout 2012, la première version d'un outil d'évaluation à vocation évolutive, spécifiquement dédié à la question de la scolarisation d'enfants en situation de handicap (CNSA, DGESCO, 2012).

L'élaboration de ce guide d'évaluation et d'aide à la décision résulte de différentes démarches mises en place depuis 2010 : travaux interministériels, études auprès des MDPH, concertations avec les associations de parents et d'utilisateurs...

Actuellement en cours de diffusion et d'adaptation, le GEVA-Sco a pour objectif d'établir un trait d'union entre les Equipes Pluridisciplinaires d'Évaluation / la CDAPH et les équipes éducatives/de suivi de la scolarisation sur le terrain.

Cet outil GEVA-compatible permet l'analyse de tous les besoins des élèves handicapés. Il s'appuie donc sur l'observation de l'enfant en situation scolaire et comporte deux forme : une pour les premières demandes (remplie par l'équipe éducative) et l'autre pour les renouvellement (équipe de suivi de la scolarisation pilotée par l'enseignant référent qui joue ici le rôle de *case manager*).

Entre observation et proposition, l'évaluation avec le GEVA-SCO (CNSA, DGESCO, 2012)



Cet outil ne se substitue (ou ne remplace) pas les évaluations réalisées par les professionnels cliniques (comme le psychologue) qui peuvent le compléter, l'enrichir ou contribuer à son utilisation pour une approche globale et circonstanciée de l'enfant.

Le GEVA-Sco est composé de quatre parties :

- le bloc Identification comprend l'ensemble des informations sur les modalités de scolarisation de l'enfant et recoupe certaines données présentes dans le volet 3A du GEVA,
- la rubrique Observation de l'autonomie de l'élève évalue son niveau d'autonomie de l'élève selon 4 niveaux ainsi que les facilitateurs observables et les obstacles perturbant la réalisation des activités,
- le support renouvellement permet de lister les activités déjà effectuées par le professionnel chargé de l'aide humaine et de préciser l'éventuelle évolution de son rôle,
- la partie qui mentionne les remarques des acteurs recueille les attentes et commentaires des différents intervenants, des responsables légaux, voire de l'élève lui-même.

Différentes études sont actuellement en cours de réalisation sur plusieurs territoires afin de permettre l'ajustement rapide du GEVA-Sco sur le terrain à partir d'observation circonstanciée (INSHEA).

Pour les psychologues, notamment de l'Education nationale, il reste à étudier comment leur propre évaluation peut concourir, contribuer, aider à l'élaboration du GEVA-Sco.

## 2.3. Evaluer le guide d'évaluation et identifier ses besoins : bilan de l'utilisation du GEVA et perspectives pour l'évaluation des situations d'enfants

### 2.3.1. Bilan d'utilisation du GEVA et plan d'appropriation

#### ➤ L'évaluation du GEVA deux ans après sa mise en place

Trois ans après le décret du 6 février 2008 officialisant l'utilisation du guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée par les équipes des MDPH, la CNSA fait le bilan de l'utilisation du GEVA sur le terrain (rapport remis à la Secrétaire d'état chargée de la famille et de la solidarité, janvier 2010 ; CNSA, 2010) à partir des retours des équipes d'évaluation, des remontées des usagers, des travaux du CS de la CNSA et d'études conduites pour le compte de la CNSA (e.g. Deloitte, 2iConseils, TNSHealthcare, 2009 ; Barreyre & Makdessi, 2007 ; Barreyre & Peintre, 2009 ).

Le bilan est élaboré en concertation avec les membres du comité de suivi de l'appropriation du GEVA composé des représentants des départements, des MDPH, des associations d'usagers, d'experts et de la CNSA.

Il s'articule autour de trois axes majeurs.

- La place qu'a prise le GEVA dans les pratiques professionnelles :
  - o l'outil s'installe, se généralise et n'a plus à prouver sa légitimité, dans un contexte d'utilisation toutefois marqué par une hétérogénéité d'utilisation (voir les chiffres annuels de la CNSA),
  - o conformément à ses fondements conceptuels, il constitue un bon outil pour le dialogue dans le cadre du triptyque d'expertise ; il favorise en effet l'évaluation partagée dans un langage commun,
  - o l'effort restant à produire doit se concentrer sur le renforcement de son appropriation.
- Les fondements des critiques adressées au GEVA qui concernent davantage le processus d'évaluation que l'outil lui-même :
  - o l'outil est lourd et complexe à utiliser tant pour les Equipes Pluridisciplinaires que pour les usagers,

- il n'est pas adapté pour certaines situations notamment celles des enfants et des personnes avec handicap d'origine psychique ou en situation complexe de handicap,
  - il ne permet pas de rendre compte de l'évolution des situations (absence d'informatisation y contribue),
  - les outils qu'il prétend remplacer sont plus efficaces (l'outil miracle existe-t-il ?),
  - plusieurs critiques sont formulées non spécifiquement à l'encontre du GEVA mais mettent en cause le processus d'évaluation en lui-même.
- Les travaux d'accompagnement de la conduite de changement, ce qui a été fait et ce qui reste à faire :
- soutenir les études et colloques sur l'évaluation,
  - réaliser des formations professionnelles continues pour accompagner la GEVA-compatibilité des pratiques concernant notamment le développement de l'enfant et de la scolarisation,
  - poursuivre les échanges avec les MDPH sur leur organisation interne,
  - faire connaître le GEVA aux autres partenaires institutionnels nationaux et locaux,
  - accompagner l'évolution du GEVA.

### ➤ Plan d'action pour l'appropriation du GEVA 2010-2012

A la suite de ces constats, la CNSA élabore une stratégie d'accompagnement des pratiques et met en place un plan d'action (CNSA, 2010).

Ce plan d'action est schématisé en plusieurs étages qui tiennent non seulement compte des remontées de données vers les MDPH mais aussi des importantes études déployées dans le cadre scientifique de la CNSA en liaison avec différents instituts d'études et d'enquêtes (e.g. Barreyre & Makdessi, 2007 ; Barreyre & Peintre, 2009 ; Deloitte, 2iConseils, TNSHealthcare, 2009 ; ONFRIH, 2011 ; Barreyre, Asencio & Peintre, 2011 ; INSERM, 2013).

Le programme se décompose en quatorze actions réparties selon 4 axes thématiques.

- Actions sur le GEVA lui-même :
  - tests auprès des personnes âgées,

- évolutions réglementaires et graphiques,
- appui à l'informatisation en MDPH.
- Diffusion du GEVA et son utilisation :
  - intensification de la communication auprès des partenaires nationaux et locaux,
  - formations au GEVA,
  - accompagnement de la diffusion du GEVA,
  - études sur l'utilisation du GEVA et les pratiques d'évaluation.
- La GEVA-compatibilité
  - diffusion du concept de GEVA-compatibilité,
  - développement d'interfaces informatiques GEVA-compatibles,
  - appui au développement d'outils compatibles avec le GEVA.
- L'évaluation
  - aide à l'analyse initiale des données d'évaluation,
  - construction d'outils complémentaires au GEVA,
  - étude des organisations des équipes pluridisciplinaires des MDPH en identifiant la place accordée au GEVA,
  - travaux préparatoires à l'élaboration de recommandations pour les pratiques de l'évaluation.

### 2.3.2. Principaux axes d'enseignements de l'étude du fond documentation CNSA

#### ➤ L'outil GEVA et son accompagnement

Les principales études et recherches relatives au GEVA et à l'évaluation du handicap depuis 2005 s'accordent sur le fait que la démarche GEVA constitue une avancée essentielle non seulement pour les pratiques d'évaluation mais aussi et surtout pour le développement d'une véritable interdisciplinarité en France, tous secteurs d'activité confondus (neutralité théorique et étiologique). En tenant compte du risque lié à l'hypertechnicité et à la lourdeur administrative du principe de guichet unique, il apparaît nécessaire de soutenir la démarche GEVA, de l'accompagner, de la stimuler et de l'enrichir en poursuivant les études, recherches, colloques, communications, etc. L'informatisation généralisée du GEVA constitue un impératif de premier ordre.

Auprès des utilisateurs, si l'on peut constater un flou qui perdure autour de l'interprétation des lois et une méconnaissance relative des concepts qui les sous-tendent, l'utilisation croissante du GEVA (100%

des MDPH en 2013 parmi les 97 ayant répondu à l'enquête) constitue une remarquable opportunité pour conjuguer l'appropriation d'un outil référentiel national et la nécessaire pédagogie conceptuelle qui l'accompagne.

Parmi les freins identifiés dans le cadre de son déploiement sur le terrain, la question du mythe de l'outil idéal cède progressivement sa place à l'intérêt pour une démarche d'évaluation multidimensionnelle partagée et renouvelée pour chaque situation (sur-mesure).

L'écart régulièrement constaté entre la demande, les besoins mis en évidence par l'évaluation et les réponses qui tiennent compte des ressources de terrain – non lié au GEVA lui-même ni à la démarche d'évaluation – représente une contrainte locale avec laquelle les évaluateurs doivent négocier.

### ➤ **Outils des évaluateurs et harmoniser les pratiques**

La multiplicité des intervenants (en moyenne 4-5 par personne évaluée), des référentiels théoriques et des recouvrements de compétences peut cristalliser des tensions nuisant à l'échange de bonnes pratiques. Bien qu'on assiste à un décloisonnement progressif des barrières entre les différents secteurs professionnels, certaines études soulignent encore le manque de continuum et de collaboration par exemple entre l'évaluation et le soin, ou encore entre le sanitaire et le médico-social.

On constate également une vision hétérogène sur les mêmes outils, un langage commun qui peine à s'installer et une approche de l'évaluation souvent encore centrée sur un temps T et sur l'individu au détriment d'une vision multidimensionnelle inscrite dans la durée, comme continuum de l'aide. Chez l'enfant, la crainte récurrente de figer le développement par des évaluations, des diagnostics, des chiffres, ..., concourt à une importante hétérogénéité dans les informations transmises, parfois très insuffisantes.

La grande majorité des rapports d'études portant sur l'évaluation du handicap se rejoignent pour réclamer des formations communes aux différents professionnels impliqués, sans pour autant que les cultures disciplinaires ne disparaissent ou ne soient érodées. En France, tous les secteurs sont concernés : depuis le médico-social jusqu'au sanitaire en passant, bien entendu, par l'Éducation nationale. La récurrente question d'un coordonnateur de parcours (ou *care manager*), particu-

lièrement dans les situations de handicap complexe ou d'origine psychique, semble trouver réponse, s'il s'agit d'enfants, une figure naturelle en la personne de l'enseignant référent.

### ➤ **Aider les aidants – du triptyque d'expertise à la créativité professionnels/familles**

Le concept de triptyque d'expertise (ou triangle des aidants) est un point central de la problématique de l'évaluation (mais aussi de la prévention et de l'aide).

Tous sont nécessaires et nul n'est suffisant : l'évaluation s'inscrit dans le périmètre d'un triptyque d'expérience constitué par (1) la personne elle-même (2) son environnement proche (3) les professionnels qui l'accompagnent.

Les aidants naturels - et plus précisément les familles - sont confrontés à d'importantes difficultés tant sur les plans pratiques que psychologiques et sociaux. Leurs besoins ne sont ni suffisamment pris en compte ni suffisamment évalués alors même que l'harmonie familiale représente le premier facteur de prévention et d'amélioration de la situation de l'enfant (ou au moins de non-aggravation). A l'inverse, un contexte familial fragilisé et « handicapé » par la situation de handicap de l'enfant peut fonctionner en cercle vicieux et augmenter les obstacles. Au-delà de la prise en compte, lorsqu'il existe, de l'impact transgénérationnel du handicap dans le fonctionnement de la cellule familiale, il faut encourager la créativité professionnels/familles et la co-construction de l'intervention entre les professionnels et les aidants naturels.

La plupart des études recommandent de faire évoluer la manière de concevoir et de mettre en œuvre l'aide aux familles notamment en matière de savoir, savoir-être et savoir-faire. Dans la même logique, le soutien au tissu associatif constitue un relai important pour l'aide et l'information des usagers.

### ➤ **Agir sur l'école**

La question de l'inclusion ou des modalités de scolarisation des enfants en situation de handicap présente une forte hétérogénéité selon les cultures et les pays.

En France, l'Éducation nationale occupe une place centrale dans cette question de premier ordre et l'augmentation massive des enfants handicapés scolarisés depuis 2005 (+ 57,2%) exige un accompagnement humain soutenu et circonstancié sur l'ensemble du territoire auquel l'institution s'efforce de répondre non seulement sur le plan budgétaire mais aussi qualitatif.

Parmi les conséquences de la loi de 2005 sur l'école, les études et rapports mentionnent le manque de formation des équipes éducatives et du personnel de l'éducation face à des situations de handicap pour lesquels elles ne sont pas préparées, notamment les situations complexes ou demandant des compétences spécifiques (l'autisme par exemple ou les troubles graves du comportement). L'élargissement de la définition du handicap induite par la loi a eu pour effet d'intégrer des élèves sous un tel dénominateur alors qu'ils n'en relèvent pas nécessairement (par exemple les troubles du comportement ou les troubles Dys). Enfin, la question du recours à des aides humaines (qui s'est largement développé – parfois par manque d'autre solution) doit encore faire l'objet de concertation

Parmi les principales mesures et recommandations proposées pour améliorer la scolarisation de l'enfant handicapé, on peut citer sans exhaustivité :

- améliorer et mettre en place la formation de l'ensemble des professionnels,
- mieux évaluer les besoins de l'élève pour la construction de son projet personnalisé de scolarisation,
- accroître et travailler la coopération et les passerelles avec le médico-social,
- diminuer le recrutement des contrats aidés et faire évoluer le statut et les conditions d'exercice des aidants concernés.

### **2.3.3. Les annexes au présent rapport comme complément de l'axe 2**

Faute de pouvoir établir une synthèse satisfaisante de la thématique couverte par le deuxième axe de ce rapport, nous renvoyons le lecteur vers l'analyse pièce par pièce de la documentation de la CNSA (annexes).

## Références

- Ardoino, J. 1976. Préface du livre de Morin, M. *L'imaginaire dans l'éducation permanente : analyse du discours des formateurs*. Paris : Bordas/Gauthier-Villars.
- Barreyre, J.Y., Asencio, A.M., Peintre, C. 2011. Les situations complexes de handicap : des populations qu'on ne veut pas voir, pas entendre, pas comprendre. Paris : CEDIAS.
- Barreyre, J.Y., Peintre, C. 2009. Handicaps d'origine psychique et évaluation de la situation. Phase de terrain. Paris : CEDIAS.
- Barreyre, J.Y., Peintre, C. 2004. Evaluer les besoins des personnes en action sociale. Enjeux, méthodologie, outils. Paris : Dunod.
- Barreyre, J.Y., Makdessi, Y. 2007. Handicaps d'origine psychique et évaluation de la situation. Recherche documentaire. Paris : CEDIAS.
- Benoit, H., Laurent-Cognet, J. 2009. Construire le projet personnalisé de scolarisation. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. Hors-série. CNSA
- Blanc, P. 2011. La scolarisation des enfants handicapés. Rapport au Président de la République. Paris : La Documentation Française.
- Bloch, M.A., Hénaut, L., Sardas, J.C., Gand, S. 2011. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Paris : Centre de gestion scientifique de Mines-ParisTech.
- Bouquet, B., Jaeger, M., Sainsaulieu, I. 2007. Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod.
- CNSA 2008a. *Guide d'Évaluation des besoins de compensation*. Paris : La documentation de la CNSA.
- CNSA 2008b. *Le GEVA, Manuel d'accompagnement*. Paris : La documentation de la CNSA.
- CNSA 2009. Evaluer pour mieux accompagner – Actes des premières rencontres scientifiques pour l'autonomie. Paris : La documentation de la CNSA.
- CNSA 2010. Rapport sur l'appropriation du GEVA – Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation des personnes handicapées. Paris : La documentation de la CNSA.
- CNSA 2012. *Le GEVA, évaluer les besoins de compensation*. Les Cahiers pédagogiques de la CNSA. Paris : La documentation de la CNSA.
- CNSA 2013. *Document de restitution 2013 des données d'activité et de fonctionnement validées des départements. Mise en perspective des données départementales avec le niveau national*. Paris : La documentation de la CNSA.
- CNSA, DGESCO 2012. *Manuel GEVA-Scolarisation* Paris : La documentation de la CNSA.
- Deloitte, 2iConseils, TNSHealthcare 2009. Etudes sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations ». Paris : La documentation de la CNSA.
- Durlmann, P. 1993. *Réorganiser l'action sociale, redéfinir le travail social*. Paris : La Documentation française.

- Fougeyrollas, P. 1998. La classification québécoise du processus de production du handicap et la révision de la CIDIH. *Handicaps et Inadaptations-Les cahiers du CTNERHI*, 79-80, 84-103.
- Gilbert, P. 2011. Quand les parcours thérapeutiques croisent la maison des personnes handicapées. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59, 197-256.
- Isserlis, C. 2011. La loi de 2005 organisatrice des réponses entre la MDPH, l'école et le soin. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 207-222.
- MNASM 2010. Evaluation et handicap psychique : la coordination des acteurs. *Pluriels*, 81.
- OMS 2001. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève : OMS.
- ONFRIH 2011. Rapport triennal de l'Observatoire National sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap. Rapports à la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Paris : La Documentation Française.

## Axe 3. L'évaluation psychologique de l'enfant : une position française

### 3.1. Histoire de l'examen psychologique : débats d'hier, enjeux de demain

L'état actuel des pratiques et des connaissances en matière d'évaluation psychologique relève d'une histoire particulièrement complexe dont les lignes de débat, de tensions, de conflits et de progrès ont pleinement contribué à la constitution des enjeux contemporains (Chagnon & Bernardeau, 2011). Cette histoire emprunte à celle de la psychologie française, née et développée à l'interface complexe et parfois inconciliable de la philosophie, de la médecine - particulièrement de la psychiatrie -, de l'éducation et des sciences humaines et sociales.

Les ouvrages et travaux consacrés à l'intrication de ces différents domaines dans le dessin progressif du périmètre et des caractéristiques de l'évaluation clinique de l'enfant ne manquent pas (Reuchlin, 1989 ; Parot & Richelle, 1992 ; Carroy, Ohayon & Plas, 2006). L'importante littérature consacrée à cette question permet de comprendre les composantes idéologiques, sociales et déontologiques propres à cette spécialité (Guillaumin, 1965 ; Arbiso, 2003 ; Pichot, 1999 ; Huteau & Lauretrey, 1997).

La question de l'évaluation psychologique en France, en tant qu'application fondamentale de la psychologie dite « scientifique », ne peut faire l'économie de la synthèse de son histoire qui se caractérise notamment par des préoccupations éthiques permanentes dans les rapports entre l'acte évaluatif et son application sociale (Bourguignon, 2005 ; Castro, 2011 ; Scelles et Petitpierre, 2013).

#### 3.1.1 L'évaluation psychologique : au commencement était l'enfance inadaptée

L'évaluation psychologique, l'incapacité et l'enfance inadaptée apparaissent, dès les origines de la discipline, comme indissociables et intrinsèquement liées (Cognet, 2011a).

A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, alors que la psychologie expérimentale dite « scientifique » rencontre une impasse dans sa recherche des parti-

cules élémentaires de l'intelligence (Wundt, Cattell, Galton), la promulgation des lois Ferry en 1891 et 1892 déclenche une révolution épistémologique sans précédent pour l'étude de l'esprit, et dont les conséquences - pour certaines désastreuses - débordent très largement le périmètre de l'aide aux enfants inadaptés (Huteau & Lautrey, 1999).

En instituant l'école laïque, gratuite et obligatoire pour tous les enfants, les lois Ferry mettent en lumière la problématique de la scolarisation de l'enfance inadaptée : comment différencier par exemple, dans le continuum des enfants en échec, les réfractaires des arriérés ?

Saisie du problème, en 1904, à l'initiative de Bourneville, la commission interministérielle Bourgeois est chargée d'étudier les conditions dans lesquelles les prescriptions de la loi du 28 mars 1882 peuvent être appliquées aux enfants dits « anormaux » (aveugles, sourds-muets, arriérés, etc.). La nomenclature de l'époque empruntait au lexique des aliénistes qui distinguait différentes entités d'arriérés, aujourd'hui tombées en désuétude mais qui justifiaient, à l'époque, la recherche de moyens plus objectifs que le seul regard clinique d'un médecin sur l'enfant (Binet & Simon, 1905) :

- l'idiotie correspondait à l'arriération la plus importante,
- l'imbécillité renvoyait à une arriération moyenne,
- la débilité concernait enfants avec léger retard intellectuel.

Il fallait donc disposer d'outils permettant de discriminer avec une objectivité maximale ce dont était capable un enfant de tel ou tel âge ainsi que ses limites en termes d'acquisition de savoirs et de savoir-faire (Zazzo, Gilly & Verba-Rad, 1966).

Au sein de la commission Bourgeois - dont les travaux aboutiront à la création des premières classes de perfectionnement en 1909 - siégeait un psychologue parisien qui est passé à la postérité pour avoir répondu au problème. Alfred Binet, expérimentaliste et clinicien, propose en 1905, avec son collaborateur Théodore Simon, de révolutionner l'étude scientifique de l'intelligence.

Leur technique consiste à mesurer les capacités et acquisitions d'un enfant donné et de les comparer aux normes développementales obtenues auprès d'un échantillon de grande envergure : c'est l'idée clé structurant la célèbre Echelle Métrique de l'Intelligence conçue par Binet et Simon. Elle permet de mettre en évidence un niveau de développement - à l'époque nommé âge mental (qui permettra par la suite le calcul du célèbre QI).

Cette idée de décalage développemental ou de retard par rapport à une norme perdue au cours du 20<sup>ème</sup> siècle : en 1957, Robert Lafon, dans son dictionnaire de psychopédagogie et de psychiatrie donne la définition suivante de l'enfant handicapé : « *enfant entrant dans la vie avec un retard par rapport aux enfants normaux du même âge réel que lui* » (Lafon, cité par Veil, 1968).

### 3.1.2. Succès, dérives et évolutions de l'évaluation psychologique : la mesure de l'esprit au risque de la dérive

Binet et Simon avaient d'emblée perçu une limite et un péril intrinsèque à la question de l'évaluation psychologique : l'illusoire objectivité dans la mesure de l'esprit et « *l'effroyable complexité du problème* » (Binet & Simon, 1908).

La formule apocryphe attribuée à Binet (« *L'intelligence, c'est ce que mesure mon test* ») illustre bien la difficulté de donner à l'intelligence une définition parfaitement précise et figée. Il voyait aussi le risque consistant à donner à des indicateurs chiffrés une valeur de mesure absolue comme le poids, la taille ou autre caractéristique physiologique...

Les tests sont, en fait, dès leur naissance, l'objet de critiques et de controverses non seulement sur le plan scientifique mais aussi idéologique et politique (Ohayon, 2001). Avec l'adaptation du Binet-Simon aux USA par Terman et l'invention en 1912-1914 du Quotient Intellectuel (Yerkes, Stern, Terman), les tests et leurs mesures connaissent, outre-Atlantique, un succès fulgurant. Ils sont aussitôt mis au service de missions qui débordent très largement leur vocation originelle. Gould (1981) montre bien comment l'outil de Binet et Simon est rapidement détourné de son utilité première pour servir une idéologie scientiste, innéiste, raciale, voire eugéniste, sacralisant la technique et la méthode statistique au détriment de la subjectivité et de l'intérêt propres aux individus.

Parmi les applications les plus célèbres - et controversées -, Arbisio (2003) relève :

- la sélection des migrants,

- l'étude de comparaison raciale et des phénomènes de migration nord-sud aux USA,
- la recherche de liens entre la race, l'intelligence, la classe sociale et le vice/la criminalité,
- l'affectation militaire de soldats lors des deux guerres mondiales,
- l'organisation dans différents pays d'Olympiades ou de sélection compétitive pour les enfants dits « overgifted » (ou surdoués),
- la recherche sur l'hérédité du génie et l'innéisme de l'intelligence.

A l'inverse de ce qu'on observe en France, le développement massif de l'évaluation psychologique dans des champs d'applications extrêmement diversifiés a largement contribué à conforter la psychologie académique aux Etats-Unis et dans le monde anglo-saxon. Elle devient une science dure, cousine de la biologie (Kuhn, 1972), ce qui lui permet très tôt de développer des consensus théoriques et méthodologiques (notamment en matière de *testing* et de *guidelines*).

Durant toute la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, les testothèques internationales s'enrichissent d'outils nouveaux, quasi systématiquement conçus par d'éminents cliniciens dont certains sont européens et francophones : le Rorschach apparaît en 1922, Wechsler publie sa première échelle en 1939 (première version pour enfants en 1949), le MMPI paraît en 1940, Murray crée le TAT en 1943, Rey et Osterrieth élaborent la célèbre Figure Complexe en 1946, Zazzo réactualise l'échelle métrique de Binet et Simon en 1966, Piaget et ses collaborateurs développent un inventaire considérable d'épreuves pour l'examen de la pensée de l'enfant... C'est la période « d'âge d'or » de la psychométrie explorant et découvrant de nouvelles sphères du psychisme via des outils spécifiquement conçus pour chacune d'elles.

L'évolution de ces techniques en France est beaucoup plus figée : la méthode des tests ne s'y développe vraiment qu'après-guerre, avec la création des services de psychologie scolaire en 1945 (un retour aux sources de la vocation initiale des outils), de la licence de psychologie par Zazzo en 1947 et l'acceptation résignée de Simon à voir l'Echelle Métrique refondue et réétalonnée, près de 60 ans après la mort de Binet (Zazzo, 1957 ; Zazzo, Gilly, Verba-Rad, 1966).

Tous les ingrédients idéologiques, théoriques et bientôt politiques sont cependant réunis, à la moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, pour qu'une ligne de fracture clive la position française et marque durablement son histoire et son rapport à l'évaluation psychologique particulièrement des enfants.

### 3.1.3. Clinique armée ou clinique à main nue : l'unité théorique et pratique de la psychologie en question

Selon Buser, Debru et Meyer (2014) la psychologie française s'est structurée, dans le continuum du traditionnel clivage cartésien (passion/raison) et du célèbre dualisme âme/corps, autour de deux grands paradigmes pour penser l'esprit : un paradigme narrativisant, littéraire voire poétique et un paradigme de la mesure, mathématique et scientifique.

Alors que de vifs débats ont lieu sur l'opposition entre psychologie clinique et psychologie expérimentale se pose la question d'une psychologie clinique « armée » (appuyée sur des outils) qui s'opposerait idéologiquement et théoriquement à une clinique « à main nue » dans laquelle le psychologue n'aurait pour seul outil que son propre appareil psychique (Lagache, 1949).

La question de la place, voire de l'ascendant de la psychanalyse sur la psychologie est alors au cœur du problème (Revault d'Allones, 1989 ; Plaza, 1989 ; Pedinielli, 1997 ; Ohayon, 1999) et c'est sur fond d'affrontements théoriques et identitaires particulièrement virulents (en est-on sorti aujourd'hui ?) qu'une croisade internationale anti-tests se met en mouvement dans les années 60 en lien, en France, avec les révoltes étudiantes, les mouvements idéologico-politiques des années 70, le mouvement de l'antipsychiatrie et la consécration de la psychanalyse (à l'époque essentiellement lacanienne)...

A la suite de la parution de l'ouvrage de Whyte (1956), *The Organization Man*, qui qualifie la démarche de testing de « viol psychique », plusieurs pamphlets radicaux à l'égard de la psychométrie contribuent à sa structuration en tant qu'objet social néfaste et dangereux (Tort, 1974 ; Gould, 1981) : les tests y sont décrits comme des dispositifs idéologiques de classe dont la finalité et la seule raison d'être sont de maintenir un ordre bourgeois normatif abrité derrière une imposture scientifique. L'influence considérable de la psychanalyse participe sans réserve à ce message.

Ce sont pourtant des psychologues rompus aux méthodes psychanalytiques qui redonneront progressivement à la discipline la possibilité de réécrire ses lettres de noblesse (Guillaumin, 1965 ; Perron-Borelli et Perron, 1970 ; Bourguès, 1979 ; Rauch de Traubenbergr & Chabert,

1982, Anzieu, 1983 ; Chabert, 1998) : ils développent notamment les techniques dites projectives qui permettront de poser les bases épistémologiques d'un bilan dit « complet », en fournissant observations et interprétations qui ne se cantonnent pas à la seule mesure - prétendument réductrice - de l'intelligence.

Après diverses mises au point sur le statut théorique et pratique de la *psychologie clinique* – qui reste un point sémantique sensible dans l'identité des psychologues (Revault d'Allonnes, 1989 ; Raoult, 2006) -, la pratique de l'évaluation psychologique n'est entrée que récemment dans une ère de renouveau sur le plan méthodologique mais aussi social. Au cœur d'un contexte global d'augmentation des évaluations dans de nombreux domaines, on assiste, au tournant des années 2000 à une résurgence d'intérêt du grand public pour certaines notions psychologiques et notamment le QI, corrélée à des demandes croissantes d'évaluation chiffrée (Savournin & Jumel, 2009). Par voie de conséquence, on s'inquiète du risque d'abus ou de mésusage dans l'application de ces techniques extrêmement sensibles et complexes (Lautrey, 2005).

#### 3.1.4. Gare au QI !

En 2005, neuf grands noms de la psychologie de l'enfant s'inquiètent non seulement de la montée en nombre de demandes d'évaluation se réduisant parfois à l'achat d'un QI (la demande-commande), mais aussi de l'hypermédiatisation de phénomènes cliniques souvent mal-compris et spectaculaires (les surdoués, les enfants hyperactifs, etc.). Ils publient un manifeste au titre explicite : « *Gare au QI ! Des psychologues s'interrogent sur le QI et certains de ses usages* » (Voyazopoulos, Andronikof, Castro, Cognet, Gibello, Lemmel, Meljac, Perron, & Verdier-Gibello, 2005).

Ce manifeste ouvert à la communauté des psychologues français suscite en quelques mois l'adhésion de près de mille psychologues de l'enfance.

Les auteurs s'inquiètent d'une attente sociale de plus en plus forte visant à faire évaluer les capacités mentales d'un enfant dans un contexte de méprise, voire d'ignorance sur le concept de QI, la nature de

l'intelligence et des pratiques d'évaluation psychologique telles qu'elles se sont lentement raffinées au cours du 20<sup>ème</sup> siècle (Andronikof & Lemmel, 2003).

Deux messages forts structurent cet appel en garde :

- un QI n'est ni une fatalité ni un destin,
- l'évaluation d'un QI et sa signification se situent bien au-delà des marges étroites dans lesquelles on tend à les confiner.

La conclusion des auteurs annonce déjà un important travail collectif destiné à clarifier et à solidifier le contexte d'évaluation psychologique de l'enfant : « *la profession doit se saisir de ces questions au sein des organisations professionnelles et engager sa responsabilité scientifique et sociale en demeurant au service du plus grand nombre* ».

Cette période d'inquiétude, de mobilisation et de concertation des psychologues français (de 2005 à 2011) coïncide parfaitement avec la mise en place de la loi 2005-102.

## 3.2. Conférence de Consensus : examen psychologique de l'enfant et utilisation des mesures

Dans la continuité du manifeste paru en 2005, sous l'impulsion des principales fédérations de psychologues (FFPP, SFP, AFPEN, ACOPF), la profession se saisit de la question spécifique de l'utilisation des mesures en psychologie de l'enfant et réalise la première conférence de consensus en psychologie en France : processus de réflexion, d'analyse et de synthèse qui conduit dans la majorité des cas à des recommandations pour la pratique clinique.

### 3.2.1. Principes et axes de la démarche

Cette démarche a mobilisé près de quatre-vingt experts durant trois années (2008-2011) autour de six grandes lignes d'étude (Castro, 2010 ; Meljac, 2010 ; Vannetzel & Voyazopoulos, 2010 ; Missler & Lévy, 2011 ; Voyazopoulos, Vannetzel & Eynard, 2011) :

- la définition et le cadre clinique de l'examen psychologique de l'enfant,
- la pertinence et la nécessité de l'examen psychologique de l'enfant,
- la validité des modèles et des outils,
- les compétences du psychologue et les limites de l'évaluation en psychologie,
- la communication des résultats d'un examen psychologique de l'enfant,
- les aspects interculturels de l'examen psychologique de l'enfant.

Cette étude sans précédent pour la profession – et qui pourrait être reproduite dans d'autres sous-disciplines de la psychologie appliquée (Schneider, 2011) a conduit à la rédaction de 32 recommandations pour les pratiques cliniques. Elles sont l'œuvre d'un jury indépendant constitué de psychologues et de représentants de la société civile et du tissu associatif, (Grégoire & col., 2011). Réparties en cinq grandes catégories, elles insistent sur :

- les compétences nécessaires pour réaliser un examen psychologique,
- les critères d'acceptation de la demande,

- le cadre de l'examen,
- le choix des méthodes et les sources d'information,
- l'interprétation des données et la formulation de recommandations.

D'avantage que des recommandations cliniques au sens strict, ces principes permettent de circonscrire la question de l'évaluation psychologique d'enfants et d'adolescents, d'en définir le cadre et le périmètre et d'asseoir des conduites souhaitables en matière d'utilisation des mesures dans un ensemble cohérent.

Elles ne sont pas destinées aux seuls psychologues mais à l'ensemble des acteurs et des usagers potentiellement concernés.

Dans le contexte actuel de l'évaluation du handicap, elles apparaissent comme une base incontournable qui permettent d'avancer de manière multilatérale dans la compréhension de l'évaluation psychologique, sa nature même, sa pertinence, son utilité, ainsi que sur l'épineuse question de la communication des résultats.

### 3.2.2. Appellations et définitions de l'examen psychologique

La profession ne dispose pas, à proprement parler, d'une seule définition de l'évaluation psychologique standardisée de l'enfant et de l'adolescent ni même d'une seule appellation :

- certains auteurs parlent de *bilan psychologique* (Arbisio, 2003),
- d'autres insistent sur le *diagnostic psychologique* (Sultan, 2004),
- l'appellation la plus fréquente, depuis Binet (qui renvoie à la fois au modèle médical et au modèle pédagogique) est *examen psychologique* (Guillaumin, 1965 ; Chiland, 1985, Debray, 2000 ; Andronikof & Lemmel, 2003). Le titre de la Conférence de consensus l'emploie explicitement,
- le terme générique d'*évaluation psychologique* n'est que rarement utilisée.

Malgré des ouvrages méthodologiques imposants consacrés à la question (Tourrette, 2001, 2006 ; Petot, 2008), il n'existe pas à proprement parler, de définition stricte de l'examen psychologique de l'enfant en situation de handicap.

Certaines définitions de l'examen psychologique de l'enfant - notamment les plus fréquemment citées dans la littérature francophone - peuvent toutefois être rapportées ici pour en cerner le périmètre :

- Le but de l'examen psychologique est de comprendre les difficultés d'un enfant pour mieux fonder les interventions qui permettront de l'aider. Il s'appuie sur des techniques spécialisées, parmi lesquelles les tests occupent une place importante. Leur bon usage exige une solide formation à la fois technique et clinique (Perron et Perron-Borelli, 1970).
- L'examen psychologique de l'enfant crée de fait une situation relationnelle au cours de laquelle un spécialiste applique des connaissances théoriques et des méthodes psychologiques à la compréhension dynamique d'un enfant présentant des difficultés, à un moment donné de son évolution. Il s'inscrit nécessairement dans une conception holistique de l'enfant examiné, en tant qu'il est un sujet en plein développement physique, affectif, intellectuel, psychomoteur et social, objet de projets et de désirs conscients et inconscients de la part de son entourage (Sanglade-Andronikof et Verdier-Gibello, 1983).
- Démarche diagnostique intégrative qui utilise l'ensemble des outils dont dispose le psychologue (dont l'entretien) pour tenter de cerner la nature des troubles dont souffre l'enfant, en comprendre la dynamique, en déterminer la portée, en évaluer la gravité .../... et repérer les secteurs d'activité psychique et les processus potentiellement inscrits dans une dynamique de santé (Andronikof & Lemmel, 2003).
- L'examen psychologique est considéré comme une approche visant à comprendre le fonctionnement psychologique de l'enfant ; il facilite la mise en évidence des ressources psychiques de l'enfant sur lesquelles le professionnel pourra entre autre s'appuyer pour ses interventions éventuelles. Il permet ainsi une meilleure adéquation entre le fonctionnement spécifique de l'enfant et sa prise en charge (Castro, 2010).

La Conférence de consensus (2011) a retenu la définition suivante :

« L'examen psychologique d'un enfant a pour but de répondre à une demande d'aide ou de conseil formulée par le sujet lui-même ou son

entourage. Il se construit dans le cadre d'une relation du psychologue avec la personne concernée. Dans ce cadre, le praticien applique les connaissances théoriques, les méthodes et les instruments de sa discipline afin de récolter les informations nécessaires pour comprendre le fonctionnement psychique et relationnel de la personne et pour élaborer une réponse appropriée à la question posée. A toutes les étapes de l'examen, le psychologue tient compte du fait que les enfants sont en cours de développement physique, affectif, intellectuel, psychomoteur et social. Il est attentif à la complexité et à la singularité de chaque personne examinée qu'il situe toujours dans son contexte familial, éducatif, social et culturel ».

Quelques points saillants ressortent de l'étude conjointe des différentes définitions qu'en donnent les auteurs recensés, le Code de Déontologie ainsi que les recommandations de la Conférence de Consensus :

- Constitutif de l'identité même du psychologue, l'examen psychologique ne peut être réalisé que par un professionnel dûment diplômé ayant acquis, au terme de sa formation initiale, les connaissances théoriques et pratiques nécessaires, entretenues tout au long de sa carrière par la formation continue et la mise à jour des connaissances.
- L'intérêt supérieur de l'enfant est au cœur même de la démarche, de l'analyse de la demande, de l'identification des besoins, de la communication des résultats - fond et forme - et guide le psychologue tout au long de son intervention.
- L'examen psychologique tient compte des paramètres développementaux et environnementaux propres à l'enfant ; il s'inscrit dans le cadre d'une rencontre singulière à un moment donné de l'histoire de l'enfant et de sa famille.
- Loin d'une pratique de simple application technique de tests, il ne se limite pas à l'exploration d'une facette du psychisme et a pour but d'en rendre compte dans son ensemble, dans sa complexité et sa plasticité.

### **3.2.3. Evaluation psychologique et Déontologie des psychologues**

Le Code de Déontologie des Psychologues signé le 22 mars 1996 par l'AEPU, l'ANOP et la SFP puis adopté par 28 organisations de psycho-

logues représente une étape majeure dans le développement identitaire de la profession en France. Cette étape a été suivie par la mise en place en 1997 de la CNCDP - commission autonome - dont l'une des missions consiste à veiller à l'application du Code.

La question des écrits psychologiques - non nécessairement au sujet d'enfants ou de personnes en situation de handicap - représente une part importante des plaintes ou interrogations formulées auprès de la Commission.

Face à leurs difficultés pour formuler certains avis en raison de limites intrinsèques au Code, les organisations de psychologues se sont réunies dès 2009 dans le cadre du GIRÉDÉP<sup>3</sup> pour en conduire la réécriture, qui a abouti le 4 février 2012.

Bien que ce Code n'ait pas de valeur légale à l'heure actuelle, il dresse un cadre déontologique précis articulé autour d'un principe fondamental selon lequel « *Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues* ».

En matière d'évaluation des personnes, de confidentialité et de communication d'informations psychologiques, il comprend plusieurs articles qu'il convient de citer :

Article 7 : Les obligations concernant le respect du secret professionnel s'imposent quel que soit le cadre d'exercice.

Article 8 : Lorsque le psychologue participe à des réunions pluriprofessionnelles ayant pour objet l'examen de personnes ou de situations, il restreint les informations qu'il échange à celles qui sont nécessaires à la finalité professionnelle.

Article 11 : L'évaluation, l'observation ou le suivi au long cours auprès de mineurs ou de majeurs protégés proposés par le psychologue re-

---

<sup>3</sup> Membres du GIRÉDÉP : ACOP-F, AEP, AFPE, AFPL, AFPSA, AFPTO, ANAPS, ANPEC, APFC, A.Psy.G, Co-Psy-SNES, CPCNIDF, CPCN Atlantique, CPCN Languedoc-Roussillon, FFPP, Institut P. Janet, Psychios, SFP, SFPS, SNPES-PJJ-FSU, SPPN, SNPsyEN (UNSA Education)

quièrent outre le consentement de la personne, ou au moins son assentiment, le consentement des détenteurs de l'autorité parentale ou des responsables légaux.

Article 13 : Les avis du psychologue peuvent concerner des dossiers ou des situations qui lui sont rapportées. Son évaluation ne peut cependant porter que sur des personnes ou des situations qu'il a pu lui-même examiner.

Article 14 : Dans toutes les situations d'évaluation, quel que soit le demandeur, le psychologue informe les personnes concernées de leur droit à demander une contre évaluation.

Article 17 : Lorsque les conclusions du psychologue sont transmises à un tiers, elles répondent avec prudence à la question posée et ne comportent les éléments d'ordre psychologique qui les fondent que si nécessaire. La transmission à un tiers requiert l'assentiment de l'intéressé ou une information préalable de celui-ci.

Article 20 : Les documents émanant d'un psychologue sont datés, portent son nom, son numéro ADELI, l'identification de sa fonction, ses coordonnées professionnelles, l'objet de son écrit et sa signature .../... Il refuse que ses comptes rendus soient transmis sans son accord explicite et fait respecter la confidentialité de son courrier postal ou électronique.

Un processus de grande ampleur est engagé actuellement à l'étage européen (EFPA) en vue de produire un « méta-code » qui s'appuiera sur l'harmonisation européenne des codes nationaux.

#### **3.2.4. Les codes juridiques : quel secret professionnel pour le psychologue ?**

On comprend aisément, au regard de l'histoire polémique de l'évaluation psychologique, de la sensibilité extrême des informations dont le psychologue est souvent dépositaire et de l'absence de norme légale claire en la matière que la question du partage d'informations et du secret constitue pour la profession un enjeu de premier ordre (CNCDP, 2012 ; Bourguignon, 2005).

La récente publication de l'ouvrage de Bruyère (2011) sur les psychologues et le secret professionnel permet d'approcher cette question complexe dans le cadre des pratiques psychologiques, non seulement chez l'enfant mais aussi chez l'adulte et dans tous les cadres d'application de la psychologie (travail, justice, aide sociale à l'enfance, etc.).

Au cœur même de la pratique professionnelle du psychologue, à l'instar d'autres professions de soin ou concernées par la déposition de l'intime, la question du secret se pose en psychologie comme dans les métiers du social par exemple (Bouquet & col., 2013) : que peut-on communiquer ? Que doit-on taire ? Que risque le professionnel en cas de divulgation d'informations recueillies auprès de la personne ?

Il ressort avant tout des travaux de Bruyère que contrairement à ce que pensent nombre de professionnels, les psychologues ne sont pas nécessairement soumis au secret par la loi, ni condamnés s'ils l'enfreignent. En fait, les obligations varient selon les statuts et domaines d'exercice.

Aussi, le psychologue n'est-il, à aucun moment, contrairement au médecin ou aux hommes de lois par exemple, nommément cité dans un des 70 codes juridiques existant en France. Il se trouve, au mieux, inscrit par inclusion dans un corps de professionnel exerçant dans tel ou tel secteur (la médecine, la fonction publique).

### 3.2.3. Les outils du psychologue

Pour mobiliser et saisir l'ensemble du fonctionnement psychique de l'enfant, il existe schématiquement deux grandes familles d'épreuves : (1) les épreuves intellectuelles, cognitives ou du raisonnement et (2) les épreuves dites projectives qui permettent une exploration des registres émotionnels, affectifs, relationnels, de la structure et des traits de personnalité.

Il est courant de rappeler, dans le cadre de l'utilisation des outils, que :

- de tous les outils dont dispose le psychologue, il n'en est pas de plus valable que lui-même (Anzieu, 1983; Sultan, 2004),
- les outils s'inscrivent dans le cadre d'une exploration étayée sur des hypothèses en rapport avec l'observation de l'enfant, la

prise en compte et l'analyse de la demande, l'anamnèse et l'identification des difficultés.

### ➤ Les tests cognitifs/intellectuels les plus utilisés en France

WISC-IV. Échelle d'intelligence de Wechsler pour les enfants et adolescents (quatrième version)

Particulièrement polyvalent et apprécié pour sa sensibilité, le WISC-IV permet une exploration complète des fonctions cognitives de l'enfant âgé entre 6 ans et 16 ans 11 mois. D'une durée de passation entre 60 et 90 minutes, il mobilise :

- les capacités verbales de l'enfant — Indice de compréhension verbale (ICV),
- les aptitudes visuospatiales et perceptives — Indice de raisonnement perceptif (IRP),
- les fonctions attentionnelles et la mémorisation/manipulation mentale de données auditivo verbales — l'Indice de mémoire de travail (IMT),
- la rapidité et la précision de traitement visuographique — l'Indice de vitesse de traitement (IVT).

Lorsqu'il dispose des résultats à l'ensemble des épreuves, le psychologue peut calculer un indice global — le Quotient intellectuel total (QIT). Ce dernier doit toujours être présenté au sein d'un intervalle de confiance.

WPPSI-III et WPPSI-IV. Échelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire (troisième et quatrième version)

Destinée aux jeunes enfants âgés de 2 ans 6 mois à 7 ans 7 mois, la passation de la WPPSI varie en fonction de l'âge du sujet entre 25 et 60 minutes<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Les Éditions du Centre de psychologie appliquée (ECPA). 15, rue Henri Rol Tanguy, 93100 Montreuil. [www.ecpa.fr](http://www.ecpa.fr)

Dans sa quatrième et dernière version, la WPPSI permet l'évaluation :

- du développement verbal de l'enfant – Échelle de compréhension verbale ;
- de ses capacités de raisonnement visuospatial – Échelle visuospatiale ;
- de son intelligence dite « fluide » – Échelle de raisonnement fluide ;
- de ses aptitudes à maintenir son attention et à manipuler mentalement des données auditivo verbales en mémoire de travail – Échelle de mémoire de travail ;
- de sa rapidité en contexte visuographique – Échelle de vitesse de traitement.

L'ensemble des épreuves permet de calculer un indice global qu'il convient toutefois d'interpréter avec de grandes précautions au regard de l'importante variabilité inter et intra individuelle propre au développement du jeune enfant.

#### La NEMI-2 (Cognet, ECPA, 2006)

Destinée aux enfants entre 4 ans et 12 ans, la NEMI-2 couvre globalement les mêmes aspects que le WISC-IV, mais de manière plus succincte et moins approfondie en termes psychométriques. Particulièrement appréciée pour sa souplesse, sa rapidité d'utilisation et sa pertinence clinique, la NEMI-2 permet d'évaluer :

- Les connaissances culturelles de l'enfant et son développement verbal.
- Ses capacités attentionnelles et ses aptitudes en mémoire de travail.
- Ses capacités en logique visuelle ou intelligence « fluide ».
- Le développement cognitif global avec le calcul d'un indice d'efficacité cognitive qui peut être calculé sous forme d'intervalle de confiance.

#### WNV. Échelle non verbale d'intelligence de Wechsler (Wechsler & Naglieri, 2009)

Cette échelle est destinée à la mesure des compétences cognitives non verbales s'adresse à un public de 4 ans à 21 ans 11 mois. La passation

peut durer entre 20 minutes (forme courte) et 45 minutes (forme longue). Elle s'adapte parfaitement aux enfants :

- de langue maternelle et/ou de culture différente ;
- présentant des troubles de l'audition, sourds ou malentendants ;
- des troubles envahissants du développement ;
- un retard mental léger ou modéré.

Le KABC-II. Kaufman Assessment Battery for Children, second edition (Kaufman & Kaufman, 2008, ECPA)

Pour les enfants entre 3 ans et 12 ans, ce test peut être utilisé pour une approche très précise des capacités intellectuelles globales et des processus cognitifs/neuropsychologiques nécessaires pour les apprentissages académiques (mémorisation, fonctions exécutives, attention, processus séquentiels et simultanés).

Particulièrement adapté aux problématiques scolaires, il comporte un indice non verbal qui peut s'avérer très précieux en contexte de bilinguisme, de privation langagière, de mutisme ou d'autisme non verbal.

L'UDN-II. Utilisation du nombre, deuxième édition (Meljac & Lemmel, 1999, ECPA)

Batterie d'examen de la pensée logique et du raisonnement logico-mathématique, cet outil permet d'observer et d'analyser de manière dynamique la pensée de l'enfant et son raisonnement en situation d'interaction avec l'adulte. Aussi raffiné dans sa conception que dans sa passation et dans son utilisation, l'UDN-II évalue notamment les capacités de l'enfant à s'approprier des aides dans différentes situations de raisonnement et d'expérimentation.

La Figure complexe de Rey (Wallon & Mesmin, 2009, ECPA)

Souvent utilisé par d'autres professionnels que les psychologues, le test de la Figure de Rey se présente sous deux formes : une version A pour les plus jeunes enfants (entre 3 et 7 ans), une version B pour les enfants de plus de 7 ans.

L'enfant doit copier une figure géométrique complexe puis la reproduire de mémoire quelques minutes après. Le psychologue s'attache avant tout à la modalité de réalisation (qualitatif) puis à la qualité formelle (quantitatif). Très rapide d'utilisation et de notation (15 minutes environ), sa polyvalence en fait un outil très pertinent pour l'examen :

- des capacités visuospaciales de l'enfant et de sa rapidité de réalisation
- des fonctions exécutives en situation graphique (stratégie, planification, exécution, attention soutenue, mémorisation)
- des capacités mnésiques en situation graphomotrice.

### ➤ **Les outils pour l'examen de la personnalité et de la sphère émotionnelle (liste non exhaustive)**

#### Les tests projectifs

On en distingue classiquement deux catégories : les projectifs thématiques (Patte-noire, CAT, TAT, FAT...) et les projectifs structuraux (par exemple le test de Rorschach). Ils permettent l'examen de la personnalité, des émotions, de l'imaginaire, des fragilités et des défenses psychiques. Ce type de tests se présente sous forme d'images plus ou moins figuratives qui mobilisent à dessein des mouvements émotionnels ciblés comme la tristesse, la solitude, l'agressivité, la rivalité, la dynamique familiale, les relations au sein de la fratrie, l'image du corps... Très subtils d'utilisation, ces outils nécessitent un sens clinique aiguisé et une solide connaissance théorique : l'interprétation des réponses de l'enfant se base sur l'analyse dynamique du discours, mais aussi sur les éléments infraverbaux observables dans le cadre de la relation avec le psychologue.

#### Dessins libres ou dessins sur demande (dessin de bonhomme, de famille, la dame de Fay...)

L'examen et l'analyse des dessins d'enfants constituent un champ spécifique de l'exploration psychologique : certes dépendant d'éléments socioculturels et scolaires, le dessin mobilise non seulement des as-

pects intellectuels et cognitifs complexes, mais aussi la sphère symbolique et le registre de l'imaginaire<sup>5</sup>. Aujourd'hui, le dessin n'est plus utilisé pour l'évaluation intellectuelle, mais reste actuel et pertinent pour l'examen de la dynamique émotionnelle, d'éventuels conflits intrapsychiques, de l'image de soi, des ressources affectives...

#### Les questionnaires et grilles d'enquête

À destination de l'enfant, mais aussi dans certains cas de ses parents ou enseignants, l'utilisation de questionnaires fait partie des pratiques d'évaluation psychologique. Ces outils très variés et souvent adaptés de l'anglo-saxon permettent par recoupement d'algorithmes de déduire des indices concernant l'anxiété (par exemple, RCMAS), l'estime de soi, les aspects dépressifs (par exemple, CDI), la qualité de l'attachement, le comportement global (par exemple, CBCL)...

#### L'observation, l'entretien (dont anamnèse) et le jeu

Parfois basés sur des grilles ou des inventaires standardisés, l'observation, l'entretien avec l'enfant et/ou sa famille, les jeux (libres ou structurés) sont autant d'outils que le psychologue peut ajuster selon les besoins du cadre et de la situation. Ils permettent notamment d'évaluer la qualité des interactions, des relations, l'autonomie, la capacité de l'enfant à respecter des règles (de jeu, de conversation, d'alternance...), à tenir compte de contraintes, de limites...

---

<sup>5</sup> Comprendre et interpréter les dessins d'enfants, *Cognet, 2011b*.

### 3.3. Evaluation psychologique de l'enfant : études en France et dans le monde

Alors qu'on situe autour de 400.000 le nombre d'examens psychologiques réalisés en France chaque année auprès d'enfants et d'adolescents, il n'existe que très peu d'études françaises qui sondent la nature et la dynamique des pratiques.

Cette pauvreté des données françaises en la matière contraste avec le corpus considérable observable dans la littérature internationale depuis plusieurs décennies (Watkins, 1991 ; Watkins & col., 1995 ; Oakland, 1995, 2009).

#### 3.3.1. Aperçu des données internationales

La littérature internationale est structurée autour de nombreux codes de bonnes pratiques - ou *guidelines*, dont certains existent en français - qui se sont développés dès les années 60 et qui sous-tendent entièrement la pratique et la recherche dans le domaine de l'évaluation selon cinq axes principaux.

- Les considérations éthiques relatives à l'évaluation psychologique (e.g. American Psychological Association, 1992, 2002 ; British Psychological Society, 1998a ; Lindsay, 1996 ; EFPA, 2012) ;
- Les travaux relatifs aux compétences professionnelles et à leur développement (e.g. Eyde, & al ; 1988 ; British Psychological Society, 1998b, 1999a, 1999b ; Bartram, 1998, 2001 ; Rodolfa & col., 2005) ;
- Les standards et les recherches sur l'enseignement de l'évaluation psychologique ;
- Les travaux relatifs aux techniques de développement des tests et à leur utilisation (e.g. American Educational Research Association, 1999, Canadian Psychological Association 1987, British Psychological Society, 1998b, Joint Committee on Testing Practices, 1993 ; Lindsay, 1996 ; Koene, 1997 ; Kendall, et. al., 1997 ; International Test Commission, 2000)
- Les *guidelines* portant sur l'utilisation de tests informatisés (International Test Commission, 2006).

Il apparaît difficile de dresser la synthèse de l'immense ensemble de données accessibles sur les bases internationales mais on peut constater d'importantes similarités entre les différents travaux dans les utilités, contextes et objectifs de l'évaluation psychologique de l'enfant (Oakland, 2009) tous types d'application confondus. Les objectifs d'un examen psychologique sont les suivants :

- décrire les caractéristiques et modalités de fonctionnement,
- mettre en évidence des besoins spécifiques liés à la scolarisation,
- étayer les pratiques de guidance et de conseil,
- réaliser le repérage de difficulté/troubles des apprentissages et du développement,
- répondre aux besoins en matière d'éducation spécialisée et d'orientation,
- évaluer les progrès / l'évolution de l'enfant,
- explorer ses compétences cognitives, sa personnalité mais aussi les comportements ou fonctionnements adaptatifs.

### 3.3.2 Pendant ce temps, en France...

Seules deux études françaises, réalisées avec une quinzaine d'années d'intervalles, sur la base de questionnaires diffusés à plusieurs centaines de psychologues donnent un aperçu de l'évolution des pratiques de l'évaluation psychologique en France ces vingt dernières années (Castro, Meljac & Joubert, 1996 ; De Rincquesen & Voyazopoulos, 2011).

La comparaison de ces travaux visant à « *mieux éclairer les pratiques, intérêts et attentes et besoins d'évaluation à l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle* » permettent d'observer plusieurs tendances évolutives entre 1996 et 2011 (en tenant compte des limites inhérentes à l'une et l'autre des recherches) : elles pourront être vérifiées dans le cadre de la présente étude.

#### ➤ Intérêts de l'évaluation psychologique avec l'enfant

Interrogés sur la pertinence et l'intérêt de conduire l'examen psychologique d'un enfant, les psychologues français indiquent trois raisons principales qui s'accordent, d'ailleurs, avec les indicateurs observables dans les publications internationales (Oakland, 2009) :

- utilité des tests dans le diagnostic (85%),
- validité et fiabilité des outils (71%),
- utilité dans l'orientation thérapeutique ou institutionnelle (66%).

### ➤ **Autonomie méthodologique et liberté dans l'utilisation des outils**

Il peut être inquiétant - tant sur le plan déontologique que méthodologique - de constater que 54% des psychologues sondés en 2011 disent ne pas être personnellement à l'initiative de l'utilisation de leur outil principal en raison de contraintes budgétaires ou de demandes institutionnelles. Ce constat renvoie à l'augmentation de demandes-commandes constatée par certains auteurs dans le cadre des consultations (bien souvent pour des demandes purement administratives et/ou institutionnelles, Bergès-Bouines & col., 2008).

Les psychologues répondant à l'enquête se disent toutefois libres du choix de leurs outils secondaires s'ils y ont recours.

### ➤ **Contraintes dans la pratique de l'évaluation**

Les psychologues de l'enfance sondés en 2011 font état de plusieurs contraintes susceptibles de gêner la réalisation de leurs pratiques :

- les contraintes budgétaires (institutionnelles ou non),
- le manque de temps institutionnel qui leur est consacré pour mener à bien leurs évaluations (voir aussi Meljac, 2010),
- le besoin d'outils moins lourds particulièrement pour ceux qui visent l'exploration de la sphère émotionnelle,
- le manque de reconnaissance/gratification professionnelle qui s'observe également à l'échelle européenne dans l'enquête ESPIL (EFPA, 2010).

### ➤ **Palmarès des outils – évolution entre 1996 et 2011**

En 1996, les cinq outils utilisés de manière préférentielle (avec les enfants et les adultes) étaient :

- les échelles de Wechsler pour enfant (test d'efficacité intellectuelle),
- le Rorschach (test projectif),
- le TAT (test projectif),
- le CAT (test projectif),

- le Patte-noire (test projectif).

Ce palmarès qui date de presque vingt ans laissait penser à un certain éclectisme théorico-clinique dans le recours aux épreuves d'évaluation psychologique : la suprématie bien connue des échelles de Wechsler était accompagnée d'un recours important aux outils permettant d'évaluer directement d'autres facettes du psychisme que la sphère cognitive.

Sur le plan théorico-historique, on peut également supposer que, dans le domaine des interprétations, les répondants recouraient fréquemment à la théorie psychanalytique.

En 2011, la nature des réponses est sensiblement différente :

- échelles de Wechsler pour enfant (test d'efficacité intellectuelle),
- échelles de Wechsler pour jeunes enfants (test d'efficacité intellectuelle),
- batterie KABC-II (test neuropsychologique),
- figure Complexe de Rey (test neuropsychologique),
- NEMI-2 (test d'efficacité intellectuelle).

### ➤ Hypothèses explicatives de l'évolution des outils utilisés

Certaines de ces tendances dans l'utilisation des outils peuvent aussi être observées à l'échelle internationale notamment le recours croissant aux tests cognitifs (Kamphaus & col., 2000) et le déclin progressif des épreuves projectives, à l'exception du dessin qui connaît un regain d'intérêt non seulement en France mais aussi dans certains pays anglo-saxons (Bekhit & col., 2005).

Les épreuves projectives sont, en une quinzaine d'années, sorties du palmarès des cinq tests les plus utilisés par les psychologues de l'enfance. Rien ne laisse pourtant penser que les psychologues ont moins besoin de recourir à ces épreuves, destinées à apprécier l'équilibre psychique des sujets examinés, sinon l'évolution du type de demande...

L'enseignement et la pratique de ces dernières comportent une complexité spécifique qui peut expliquer, en partie, le moindre recours à ce type d'épreuves, remplacées par le dessin, plus rapide et moins coûteux.

Le développement important des connaissances en psychologie cognitive et en neuropsychologie (Grégoire, 2005), l'évolution des modèles théoriques sous-jacents (Carroll, 1993) et la « dédramatisation » progressive des tests intellectuels (Arbisio, 2003 ; Jumel, 2008) peuvent aussi contribuer à une telle évaluation.

### 3.3.3. Recherches et études internationales sur les rapports d'évaluation psychologique

Aux Etats-Unis, dès les années 50, plusieurs chercheurs décrivent les sources de confusion et les « défauts » observables dans les rapports écrits des psychologues. Ils dénoncent particulièrement l'utilisation du jargon psychologique et de celle de mesures chiffrées non expliquées (Cuadra & Albaugh, 1956 ; Rucker, 1967 ; Seagull, 1979 ; Wiese, Bush, Newman & Benes, 1986). Les diagnostics confus ou termes nosologiques sont également pointés du doigt.

Outre-Atlantique, c'est alors l'âge d'or de la psychométrie qui entraîne le développement massif du *testing*. Le statut de l'utilisateur est davantage celui d'un *client* ou d'un *consommateur* que d'un *patient* comme c'est le cas en France. Avec la promulgation du *Family Educational Rights and Privacy Act* en 1974 garantissant aux parents l'accès systématique aux écrits concernant leurs enfants, les recherches qualitatives sur les écrits des psychologues - particulièrement scolaires mais pas seulement - se développent massivement (Shively & Smith, 1969). Justifiant et encourageant l'émergence et le développement de ce courant de recherches, de nombreuses études montrent qu'un compte-rendu manquant de clarté ou n'étant pas compris par les principaux intéressés peut avoir des conséquences délétères sur leurs choix thérapeutiques ou l'orientation scolaire de leur enfant, que la communication des résultats soit accompagnée d'un entretien oral ou non. (Hoff, Fenton, Yoshida, & Kaufman, 1978 ; Leyser & Cole, 1984 ; Osborne, 1996 ; Geffken, Keeley, Kellison, Rodrigue, & Storch, 2006).

Il n'est donc pas étonnant de voir se développer assez tôt d'importants ouvrages méthodologiques ainsi que des guides de bonnes pratiques : ils doivent aider le psychologue - particulièrement scolaire mais pas seulement - à construire ses rapports en fonction de données éclairées

par la recherche (Ownby, 1991 ; Tallent, 1993 ; Zuckerman, 1995 ; Hass & Carrière, 2014).

Les modèles d'analyse se développent essentiellement autour de l'étude de la clarté, de la lisibilité et de l'utilité des rapports psychologiques pour les principaux lecteurs concernés : les enseignants, les parents et les éducateurs (Roberts & col., 2011).

Ainsi, la très grande majorité de ces travaux repose-t-il sur un principe de méthodologie d'analyse par un ou plusieurs lecteurs qui remplissent des grilles qualitatives permettant d'apprécier différentes caractéristiques du compte rendu, fond et forme.

Ce courant de recherche a même permis l'élaboration d'outils spécifiques pour l'évaluation de rapports psychologiques (Psychological Reports Evaluation Profile, Cheramie, Goodman, Santos & Webb, 2007).

Les études concernent des populations cliniques variées (difficultés d'apprentissage, autisme, troubles du comportement, retard de développement, ...) et explorent des problématiques différentes :

- lisibilité et clarté des écrits (Shively & Smith, 1969 ; Surber, 1995 ; Gross-Marnatt & Horvath, 2006),
- utilité du diagnostic et pertinence des recommandations,
- utilité de diagrammes et de visuels dans le corps du texte (Miller & Watkins, 2010),
- confrontation à partir de guidelines différentes,
- clarté pour tel ou tel type de professionnel ou d'utilisateur (Wiese & col., 1986 ; Wiener, 1985),
- comparaison du niveau de lisibilité entre lecteurs de statuts différents (par exemple parents et enseignants ; Mallin, Beimick & Hopfner, 2012),
- comparaison du niveau de lisibilité entre des rapports de psychologues scolaires et de psychologues privés-libéraux (Cheramie, Goodman, Santos & Webb, 2007),
- Etc...

L'importance de ces travaux dans la littérature internationale déborde largement le périmètre des Etats-Unis. Ils permettent d'identifier les principales raisons pouvant conduire à l'opacité de certains écrits psychologiques (Harvey, 2006 ; Gross-Marnatt & Horvath, 2006) :

- difficulté à se détacher du jargon psychologique,
- complexité des modèles d'entraînement à l'écriture de rapports psychologiques,
- temps important pris par la réalisation d'un écrit compréhensible,
- confusion rédactologique liée aux destinataires et lecteurs multiples.

On observe un consensus assez solide entre les auteurs et les recommandations de bonnes pratiques en la matière – officielles ou non – (Harvey, 1997, 2006 ; Rafoth & Richmond, 1983 ; Schwartz, 1987 ; Tallent, 1993 ; Weddig, 1984 ; Wiener, 1985, 1987 ; Wiener & Kohler, 1986). Il est - entre autres - recommandé au psychologue de :

- transmettre ses observations dans un langage clair, concis adapté à un public de non-spécialiste, avec le moins de termes techniques possible,
- structurer son rapport sur un plan concis et cohérent (a. raison de l'examen, b. informations sur le développement de l'enfant, c. résultats aux tests, d. recommandations),
- toujours accompagner les résultats quantitatifs de commentaires explicatifs comportant si possible des exemples concrets,
- insérer des schémas dans le corps du texte, ce qui améliore encore la compréhension des parents (Miller & Watkins, 2010),
- pour certains auteurs, le compte-rendu devrait comporter une brève synthèse en première page.

Aux différents guidelines disponibles en langue anglaise s'ajoutent des aides informatiques qui tendent à se multiplier ces dernières années (Groth-Marnat & Davis, 2014) ainsi que des guides « de survie rédactologique » en cas de litige légal ! (Hass & Carrière, 2014)

### 3.3.4. Rareté des études françaises sur le compte-rendu psychologique

En France, si la majorité des auteurs s'accorde à souligner que le compte-rendu de l'évaluation constitue une étape essentielle de la démarche d'examen, voire son aboutissement (Voyazopoulos, 2011), les études portant directement sur les rapports psychologiques sont quasiment inexistantes.

L'absence de guidelines, les spécificités historiques de la position française vs internationale et la marginalité/hétérogénéité des programmes d'enseignement universitaire en la matière peuvent éclairer cet écart entre les études scientifiques internationales et la pauvreté des données françaises sur ce thème.

Les préoccupations liées à la communication des résultats sont pourtant omniprésentes et assez consensuelles dans les constats des auteurs français toutes obédiences théoriques confondues (Duflot, 1999 ; Castro, 2000 ; Sultan, 2004 ; Andronikof, 2006 ; Grégoire 2006 ; Meljac, 2006 ; Rogard, 2009 ; Bourguignon, 2009 ; Andronikof et Cognet, 2011 ; Voyazopoulos, 2011 ; Boucherat-Hue, 2003 ; Chabert, 2002). Ces textes rappellent en particulier :

- l'impératif éthique de communiquer aux intéressés les résultats de l'évaluation les concernant,
- la crainte de figer un processus par définition évolutif et de contribuer à un enkystement de la problématique de l'enfant,
- la nécessité de communiquer dans un langage clair et épuré de jargon scientifique,
- le permanent débat autour de la communication des résultats quantitatifs au risque du mésusage ou de l'interprétation simpliste qui pourrait en être faite,
- le respect du secret professionnel.

Voyazopoulos (2011) a conduit une étude franco-luxembourgeoise sur un échantillon aléatoire de 60 comptes rendus d'évaluation psychologique d'enfants issus de différentes institutions (CMPP, hôpitaux, Education nationale, Institutions du médico-social, cabinets libéraux, ...) et à destinataires multiples (MDPH majoritairement, Services hospitaliers, parents, autres, ...).

Avec deux axes d'analyses (fond et forme), l'étude met en évidence une nette hétérogénéité formelle et d'importantes variations dans la présentation générale des écrits. Elle permet de proposer une ébauche de trame et de définitions du compte-rendu d'examen psychologique : « transcription écrite, en termes les plus clairs possible, en évitant les expressions ambiguës, des différentes étapes de l'examen psychologique : demande, indications, méthodologie et techniques proposées, conduite, résultat, analyse et interprétation, puis approche diagnostique, conclusion et recommandations ».

Cette proposition de définition est compatible en de nombreux points avec les consensus internationaux et les recommandations de la Conférence de consensus qui mentionnent, pour la première fois dans un texte normatif français (qui n'a pas de portée légale), le compte-rendu écrit comme étape de la communication des résultats :

- R28 : Le psychologue doit communiquer les résultats, accompagnés d'une interprétation et des propositions à l'enfant et à ses responsables légaux ».
- R29 : Les résultats de l'examen font l'objet d'un document écrit, daté et signé par le psychologue qui l'a réalisé.
- R30 : le compte rendu doit fournir non seulement des informations factuelles, mais également une interprétation des résultats, une description du fonctionnement global de l'enfant et des propositions d'action.
- R31 : La communication du compte rendu écrit doit être faite à l'enfant et à ses responsables légaux dans le cadre d'un entretien.
- R32 : La communication du compte rendu à des tiers doit être faite dans le respect des règles du secret professionnel et avec l'accord des intéressés.

## Références

- Andronikof, A. 2006. Rendre compte aux parents de l'examen psychologique de leur enfant. Pourquoi ? Comment ? *Perspectives psy*, 45, 1, 33-39.
- Andronikof, A., Lemmel, G. 2003. Examen psychologique de l'enfant : approche clinique des processus mentaux. *Encyclopédie Médicochirurgicale, Psychiatrie*, 37-200-E-30.
- Andronikof, A., Cognet, G. 2011. La communication des résultats psychologiques d'un enfant. In R. Voyazopoulos, L. Vannetzel, L.A. Eynard. *L'examen psychologique avec l'enfant et l'utilisation des mesures. Conférence de consensus et analyses complémentaires*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. 1983. Possibilités et limites du recours aux points de vue psychanalytiques par le psychologue clinicien. *Connexions*, 40, 31-37.
- Arbisio, C. 2003. Le bilan psychologique avec l'enfant. Approche clinique du WISC-III. Paris : Dunod.
- Code de Déontologie des psychologues, AEPU – ANOP - SFP, 22 mars 1996. 509-515.
- American Educational Research Association. 1999. *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association. 1992. Ethical principles of psychology and code of conduct. *American psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association. 2002. Ethical principles of psychology and code of conduct. *American psychologist*, 47, 1597-1611.
- Bartram, D. 1998. The need for international guidelines on standards for test use: A review of European and international initiatives. *European Psychologist*, 3, 155-1.
- Bartram, D. 2001. The development of international guidelines on test use: The International Test Commission project. *International Journal of Testing*, 1, 1, 33- 54.
- Bekhit, N., Thomas, G., Jolley, R. 2005. The use of drawing for psychological assessment in Britain: Survey findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 205-217.
- Bergès-Bounes, M., Desbarax F., Monier L., Schnaidt M., Sironneau-Bernardeau, C. 2008. Je voudrais une psychométrie. Communication APCOF, Hôpital Sainte Anne, Paris.
- Binet, A., Simon, T. 1905. Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année Psychologique*, 11, 191-244.
- Binet, A., Simon, T. 1908. Le développement de l'intelligence chez les enfants. *L'Année Psychologique*, 14, 1-94.
- Boucherat-Hue, V. 2003. La restitution du bilan psychologique en clinique infantile. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 403-410.
- Bouquet, B. 2013. Le partage d'informations dans l'action sociale et le travail social. Rapport au ministre des affaires sociales et de la santé. Paris : Presses de l'EHESP.
- Bourgès, S. 1979. Approche génétique et psychanalytique de l'enfant. Choix et interprétation des épreuves (Tome 1). Neuchâtel-Paris : Delachaux et Niestlé.

- Bourguignon, O. 2005. *La déontologie des psychologues*. Paris : Armand Colin.
- Bourguignon, O. 2009. *La pratique du psychologue et l'éthique*. Liège : Mardaga.
- Brandt, H. M., Giebink, J. W. 1968. Concreteness and congruence in psychologists' reports to teachers. *Psychology in the Schools, 5*, 87-89.
- British Psychological Society 1998a. *Code of conduct, ethical principles and guidelines*. Leicester, United Kingdom: British Psychological Society.
- British Psychological Society 1998b. *Certificate and Register of Competence in Occupational Testing General Information Pack (Level A)*. Leicester, United Kingdom: British Psychological Society.
- British Psychological Society 1999a. *Certificate and Register of Competence in Occupational Testing General Information Pack (Level B)*. Leicester, United Kingdom: British Psychological Society.
- British Psychological Society Steering Committee on Test Standards. (1999b). *Checklist of competencies in educational testing: Foundation level*. Leicester, United Kingdom: British Psychological Society.
- Bruyère, B. 2011. *Les psychologues et le secret professionnel*. Paris : Armand Colin.
- Buser, P., Debru, C., Meyer, C. 2014. *Les Lumières : hier, aujourd'hui, demain*. Paris : Hermann.
- Canadian Psychological Association. 1987. *Guidelines for educational and psychological testing*. Ottawa: Canadian Psychological Association.
- Carroll, J.B. 1993. *Human Cognitive Abilities: A survey of factor-analytic studies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carroy, J., Ohayon, A., Plas, R. 2006. *Histoire de la psychologie en France, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*. Paris : La découverte.
- Castro, D. 2000. *Le CR d'un bilan psychologique*. Les Ecrits en psychologie. Paris : L'esprit du temps.
- Castro, D. 2010. L'examen psychologique avec l'enfant. Conférence de consensus. *Le Journal des Psychologues, 280*, 13-15.
- Castro, D. 2011. Evaluation clinique et travail du handicap : intérêt de l'examen psychologique dans la prise en charge de sujets porteurs de handicaps. Colloque Psychopathologie et handicap chez l'enfant et l'adolescent. Lyon : APPEA.
- Castro, D., Meljac, C., Joubert, B. 1996. Pratiques et outils des psychologues français, les enseignements d'une enquête. *Pratiques Psychologiques, 4*, 73-81.
- Chabert, C. 1998. *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod.
- Chabert, M.A. 2002. *Savoir sur la maladie, savoir sur la personne. Pratique du bilan psychologique et de sa restitution*. *Le Coq-Héron, 2*, 169, 17-22.
- Chagnon, J.Y., Bernardeau, C. 2011. Définition et cadre clinique de l'examen psychologique avec l'enfant. In R. Voyazopoulos, L. Vannetzel, L.A. Eynard, *L'examen psychologique avec l'enfant et l'utilisation des mesures. Conférence de consensus et analyses complémentaires*. Paris : Dunod.
- Chiland, C. 1985. L'examen psychologique. In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, Nouvelle éd. Quadrige 1999, Tome 1. Paris : P.U.F.

- Cheramie, G.M., Goodman, B.J., Santos, V.T., Webb, E.T. 2007. Teacher perceptions of psychological reports submitted for emotional disturbance eligibility. *Journal of Education and Human Development*, 1, 2.
- CNCDP, Commission Nationale Consultative de Déontologie des Psychologues. 2012. *Le psychologue et le secret professionnel. Journée d'étude déontologie*. Paris : Fédération Française des Psychologues et de Psychologie.
- Cognet, 2011a. Les trois vies du Binet-Simon : Binet-Simon, Nemi, Nemi-2. *Recherches & éducations* [En ligne], <http://rechercheseducations.revues.org/832>
- Cognet, G. 2011b. Comprendre et interpréter les dessins d'enfants. Paris : Dunod.
- Cuadra, C. A., Albaugh, W. P. 1956. Sources of ambiguity in psychological reports. *Journal of Clinical Psychology*, 12, 109-115.
- Debray, R. 2000. L'examen psychologique à la période de latence (6-12 ans). Paris : Dunod.
- De Rincquesen, D., Voyazopoulos, R. 2011. Pratiques et outils des psychologues cliniciens français : étude comparative entre 1996 et 2011. *Etudes et pratiques en psychologie*, 1, 1, 66-77.
- Duflot, C. 1999. L'expertise psychologique, procédures et méthodes. Paris : Dunod.
- EFPA, 2010. ESPIIL. *European School Psychologists Improve Lifelong Learning*. European Federation of Psychologists Associations.
- EFPA. 2012. European Federation of Professional Psychologists' Association. Meta-Code of Ethics. *European Psychologist*, 1, 151-154.
- Eyde, L. D., Moreland, K. L., Robertson, G. J., Primoff, E. S., Most, R. B. 1988. *Test user qualifications: A data-based approach to promoting good test use. Issues Scientific Psychology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Geffken, G. R., Keeley, M. L., Kellison, I., Rodrigue, J. R., Storch, E. A. 2006. Parental adherence to child psychologists' recommendations from psychological testing. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 499-505.
- Gilberg, J. A., Scholwinski, E. 1983. Improving the utility of school psychological reports through evaluation using Stufflebeam's CIPP model. *School Psychology Review*, 12, 346-350.
- Gould, S. J. 1981. *La Mal-Mesure de l'homme*. Paris : Odile Jacob.
- Guillaumin, J. 1965. La dynamique de l'examen psychologique. Paris : P.U.F.
- Grégoire, J. 2005. Les métamorphoses des échelles de Wechsler. *Le Journal des Psychologues*, 230, 25-28.
- Grégoire, J. 2006. L'examen clinique de l'intelligence de l'enfant: fondements et pratique du WISC-IV. Bruxelles : Mardaga.
- Grégoire, J. 2011. Recommandations pour la pratique de l'examen psychologique et l'utilisation des mesures en psychologie de l'enfant. In R. Voyazopoulos, L. Vannetzel, L.A. Eynard. *L'examen psychologique avec l'enfant et l'utilisation des mesures. Conférence de consensus*. Paris : Dunod.
- Groth-Marnat, G., Horvath, L. S. 2006. The psychological report: A review of current controversies. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 73-81.
- Groth-Marnat, G., Davis, A. 2014. *Psychological report writing assistant*. New-Jersey : Willey.

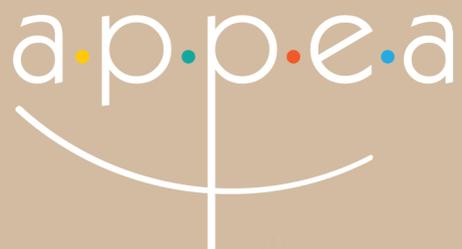
- Harvey, V. S. 1997. Improving readability of psychological reports. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 271-274.
- Harvey, V. S. 2006. Variables affecting the clarity of psychological reports. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 5-18.
- Hass, M., Carrière, J.A. 2014. Writing Useful, Accessible, and Legally Defensible Psychoeducational Reports. New Jersey, Hoboken: John Wiley & Sons.
- Hoff, M.K., Fenton, K.S., Yoshida, R. K., Kaufman, M.J. 1978. Notice and consent: The school's responsibility to inform parents. *Journal of School Psychology*, 16, 265-273.
- Huteau, M., Lautrey, J. 1997. *Les tests d'intelligence*. Paris : La découverte.
- Huteau, M., Lautrey, J. 1999. *Evaluer l'intelligence. Psychométrie cognitive*. Paris : P.U.F.
- International Test Commission 2000. *International guidelines for test use*. Louvain-la- Neuve, Belgium: author.
- International Test Commission 2006. International Guidelines on Computer-Based and Internet- Delivered Testing, *International Journal of Testing*, 6, 2, 143-171.
- Joint Committee on Testing Practices 1993. *Responsible test use*. Washington DC: American Psychological Association.
- Jumel, B. 2008. Guide clinique des tests de l'enfant. Paris : Dunod.
- Jumel, B., Savournin, F. 2009. *L'aide-mémoire du WISC-IV*. Paris : Dunod.
- Kamphaus, R.W., Petoskey, M.D., Rowe, E.W. 2000. Current trends in psychological testing of children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 2, 155-164.
- Kendall, I., Jenkinson, J., De Lemos, M., Clancy, D. 1997. *Supplement to guidelines for the use of psychological tests*. Sydney: Australian Psychological Society.
- Koene, C. J. 1997. Tests and professional ethics and values in European psychologists. *European Journal of Psychological Assessment*, 13, 219-228.
- Kuhn, N. 1972. La structure des révolutions scientifiques. Paris : Flammarion.
- Lagache, D. 1949. *L'unité de la psychologie*. Paris : P.U.F.
- Lautrey, J. 2005. L'évolution du concept d'intelligence depuis Binet. In S. Nicolas & B. Andrieu (Dir.). *La mesure de l'intelligence*. Paris : L'Harmattan.
- Lévy, A., Missler, S. 2010. Conférence de consensus : l'examen psychologique et l'utilisation des mesures en psychologie de l'enfant, *A.N.A.E. 107-108*, 318-322.
- Leyser, Y., Cole, K. B. 1984. Perceptions of parents of handicapped children about school and parent-teacher partnership. *The Exceptional Child*, 31, 193-201.
- Lindsay, G. 1996. Psychology as an ethical discipline and profession. *European Psychologist*, 1, 79-88.
- Mallin, B., Beimcik, J., Hopfner, L. 2012. Teacher Ratings of Three School Psychology Report Recommendation Styles. *Canadian Journal of School Psychology*, 27, 3, 258-273.
- Meljac, C. 2006. L'examen de l'intelligence d'un enfant : comment en rendre compte ? *Journal des psychologues*, 234, 49-51.

- Meljac, C. 2010. Testons les tests. L'examen psychologique. *A.N.A.E.*, 109, 323-325.
- Miller, J.A., Watkins, M.W. 2010. The Use of Graphs to Communicate Psychoeducational Test Results to Parents. *Journal of Applied School Psychology*, 26, 1-16.
- Mussman, M. C. 1964. Teachers' evaluations of psychological reports. *Journal of School Psychology*, 3, 35-37.
- Oakland, T. 1995. Test use with children and youth: current status and future directions. In T. Oakland, R. Hambleton (Eds.). *International perspectives on academic assessment*. Hingham, MA: Kluwer Academic Publishers.
- Oakland, T. 2009. Merging testing and assessment practices with children and youth. In M. Born, C.D. Foxcroft, Butter, R. (Eds.), *Online Readings in Testing and Assessment*, International Test Commission, <http://www.intestcom.org/orta>
- Oakland, T., Hu, S. 1992. The top 10 tests used with children and youth worldwide. *Bulletin of the International Test Commission*, 19, 1, 99-120.
- Oakland, T., Hu, S. 1993. International Perspectives on Tests Used With Children and Youths. *Journal of School Psychology*, 31, 501-517.
- Oakland, T., Hu, S., 1991. Professionals who administer tests with children and youth: An international survey. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 9, 2, 108-120.
- Ohayon, A. 1999. L'impossible rencontre : psychologie et psychanalyse en France, 1919-1969. Paris : La Découverte.
- Ohayon, 2001. Fondements et usages des tests : une histoire critique. *Le Journal des Psychologues*, 186, 27-31.
- Osborne, A. G. 1996. *Legal issues in special education*. Boston: Allyn and Bacon.
- Ownby, R. L. 1987. *Psychological reports: A guide to report writing in professional psychology*. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing.
- Ownby, R.L. 1991. *Psychological reports : a guide to report writings in professional psychology*. Brandon VT : Clinical Psychology Publishing.
- Ownby, R. L., Wallbrown, F. 1986. Improving report writing in school psychology. In T. Kratochwill (Ed.), *Advances in school psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Parot, F., Richelle, M. 1992. *Introduction à la psychologie. Histoire et méthodes*. Paris : PUF.
- Pédinielli, J.L. 1997. *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Nathan.
- Perron-Borelli, M., Perron, R. 1970. *L'examen psychologique de l'enfant*. Paris : P.U.F.
- Petot, D. 2008. *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris : Dunod.
- Pichot, P. 1999. *Les tests mentaux*. Paris : PUF.
- Pieron, H., 1979. *Vocabulaire de la psychologie*. Paris : P.U.F.
- Plaza, M. 1989. La Psychologie clinique : les enjeux d'une discipline. In C. Revault d'Allonnes, *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Dunod.

- Rafoth, M. A., Richmond, B. O. 1983. Useful terms in psychoeducational reports: A survey of students, teachers, and psychologists. *Psychology in the Schools, 20*, 346–350.
- Raoult, P.A. 2006. Crise de la psychologie et devenir de la psychologie clinique. *Pratiques Psychologiques, 12*, 4, 483-500.
- Rausch de Traubenberg, N., Chabert, C. 1982. Tests de projection de la personnalité chez l'enfant. *Encyclopédie Medico Chirurgicale, Psychiatrie, 37-190B-1-15*.
- Reuchlin, M. 1989. *Histoire de la psychologie*. Paris : P.U.F.
- Revault d'Allonnes, C. 1989. *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Dunod.
- Roberts, R.M., Moar, K., Scott, R. 2011. Teachers' opinions of interdisciplinary reports: The Children's Assessment Team *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology, 11*, 39-59.
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L., Ritchie, P. 2005. A cube model for competency development: implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology, 36*, 4, 347-354.
- Rogard, V. 2009. Restituer l'évaluation en psychologie. Questions éthiques. In O. Bourguignon, *La pratique du psychologue et l'éthique*. Liège : Mardaga.
- Rucker, C. N. 1967. Report writing in school psychology: A critical investigation. *Journal of School Psychology, 5*, 101-108.
- Rupert, P.A., Kozlowski, N.F., Hoffman, L.A., Daniels, D.D., Piette, J.M. 1999. Practical and ethical issues in teaching psychological testing. *Professional Psychology: Research and Practice, 30*, 2, 209-214.
- Sanglade-Andronikof, A., Verdier-Gibello, M.L. 1983. L'examen psychologique de l'enfant. Les tests d'intelligence, d'aptitude, de raisonnement, *Encyclopédie Médicochirurgicale, Psychiatrie, 37180-C10-2*.
- Scelles, R., Petitpierre, G. 2013. *Polyhandicap : processus d'évaluation cognitive*. Paris : Dunod.
- Schneider, B. 2011. Pour l'avenir de la psychologie et des psychologues : la conférence de consensus, du modèle expert au modèle dynamisant. In R. Voyazopoulos, L. Vannetzel, L.A. Eynard. *L'examen psychologique avec l'enfant et l'utilisation des mesures. Conférence de consensus*. Paris : Dunod.
- Schwartz, N. H. 1987. Data integration and report writing. In R. S. Dean (Ed.), *Introduction to assessing human intelligence: Issues and procedures*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Seagull, E.A.W. 1979. Writing the report of the psychological assessment of a child. *Journal of Clinical Child Psychology, 8*, 39-42.
- Sultan, S., 2004. *Le diagnostic psychologique*. Paris : Frison-Roche. consensus en psychologie. Paris : Dunod.
- Shively, J. J., Smith, A. E. 1969. Understanding the psychological report. *Psychology in the Schools, 6*, 272-273.
- Surber, J. M. 1995. Best practices in a problem-solving approach to psychological report writing. In A. Thomas & J. Grimes (Eds), *Best Practices in School Psychology*. Washington, D.C.: National Association of School Psychologists.

- Tallent, N. 1993. *Psychological report writing* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Tidwell, R., Wetter, J. 1978. Parental evaluations of psychoeducational reports: A case study. *Psychology in the Schools*, 15, 209-215.
- Tort, M. 1974. *Le QI*. Paris : Maspéro.
- Tourrette, C. 2001. L'évaluation psychologique des très jeunes enfants au développement normal et atypique. Paris : Dunod.
- Tourrette, C. 2006. Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement. Paris : Dunod.
- Vannetzel, L., Voyazopoulos, R. 2010. Conférence de consensus en psychologie : l'examen psychologique et l'utilisation des mesures en psychologie de l'enfant. *A.N.A.E.* 106, 79-82.
- Veil, C. 1968. *Handicap et société*. Paris : Flammarion.
- Voyazopoulos, R. 2011. Le compte rendu écrit de l'examen psychologique de l'enfant. A fond la forme ? Congrès temps d'enfances, AFPEN, Strasbourg.
- Voyazopoulos, R., Vannetzel, L., Eynard, L.A. 2011. L'examen psychologique avec l'enfant et l'utilisation des mesures. Conférence de consensus et analyses complémentaires. Paris : Dunod.
- Voyazopoulos, R., Andronikof, A., Castro, D., Cognet, G., Gibello, B., Lemmel, G., Meljac, C., Perron, R., Verdier-Gibello, M.L. 2005. Des psychologues s'interrogent sur le Q.I. et certains de ses usages. *Le Journal des Psychologues*, 230.
- Vrignaud, P., Chevalier, A., Paineau, A., 2009. Recommandations Internationales sur les tests informatisés et les tests distribués par Internet (adaptation française) [International guidelines on computer-based and Internet delivered testing (French adaptation)]. *Pratiques Psychologiques*, 15, 1, 89-119.
- Watkins, C.E., 1991. What have surveys taught us about the teaching and the practice of psychological assessment ? *Journal of personality assessment*, 56, 426-437.
- Watkins, C., Campbell, V., Nieberding, R., Hallmark, R. 1995. Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional psychology, research and practice*, 26, 1, 54-60.
- Weddig, R. A. 1984. Parental interpretation of psychoeducational reports. *Psychology in the Schools*, 21, 477-481.
- Whyte, W.H. 1956. *The Organization Man*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Wiener, J. 1985. Teachers' comprehension of psychological reports. *Psychology in the Schools*, 22, 60-64.
- Wiener, J. 1987. Factors affecting educators' comprehension of psychological reports. *Psychology in the Schools*, 24, 116-126.
- Wiener, J. 2012. Teaching Psychological Report Writing: Content and Process *Canadian Journal of School Psychology*, 27, 258-273.
- Wiener, J., Kohler, S. 1986. Parents' comprehension of psychological reports. *Psychology in the Schools*, 23, 265-270.
- Wiese, M. J., Bush, B. R., Newman, P. M., Benes, K. M., Witt, J. C. 1986. A rose by any other name: The influence of jargon on teacher perceptions of psychological reports. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 4, 291-298.

- Zazzo, R. 1957. Les psychologues scolaires. *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, 5, 112-116.
- Zazzo, R., Gilly, M., Verba-Rad, M., 1966. *La nouvelle échelle métrique de l'intelligence*. Paris : EAP.
- Zuckerman, E.L. 1995. *Clinicians Thesaurus. Guidebook for writing psychological reports*. N.Y. : Guilford Publication.



ASSOCIATION FRANCOPHONE DE  
PSYCHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE  
DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT