

LES OUTILS D'ÉVALUATION FACILITANT L'IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Gaëtan Tremblay¹

La Maisonnée Laurendière

Résumé

L'évaluation des problèmes de santé mentale chez les personnes vivant avec une déficience intellectuelle s'avère relativement complexe. En effet, les caractéristiques de cette clientèle rendent difficile l'observation des indices pouvant faciliter le diagnostic des maladies mentales. Le présent article propose un survol de divers instruments d'évaluation facilitant le processus d'observation d'indices de difficultés d'ordre psychologique et ce, chez des personnes présentant divers niveaux de déficits au plan intellectuel.

Selon divers auteurs (Sturmev, 1993), de 27% à 40% des personnes vivant avec une déficience intellectuelle présentent également des difficultés importantes d'ajustement personnel ou social, se traduisant par des problèmes de comportements majeurs ou des problèmes de santé mentale. L'évaluation de ces difficultés n'est pas nécessairement aisée chez les gens dont le fonctionnement intellectuel se situe dans la normalité. Il s'avère encore plus ardu de cerner les difficultés d'une personne ayant

une déficience intellectuelle dans le but d'avancer un diagnostic psychologique ou psychiatrique, afin d'élaborer des stratégies d'intervention adaptées à ce qu'elle vit.

Le présent article vise à fournir aux cliniciens un minimum d'informations à propos des instruments permettant de faciliter l'identification des difficultés que peut présenter une personne vivant avec une déficience intellectuelle, sur le plan psychopathologique. Ils sont pour la plupart issus des travaux émanant d'équipes de recherche qui proposent des instruments standardisés ou des outils référant aux indices du DSM-III-R (1989). À ce propos, le tableau 1 fournit les principales informations concernant les indices de fidélité et de validité des divers instruments répertoriés dans le présent article. De plus, les types d'instruments décrits s'adressent surtout aux gens qui côtoient la personne évaluée. Cela permet d'obtenir des renseignements reliés au fonctionnement quotidien de la personne.

¹ Le présent article reprend, en partie, le contenu d'une présentation par L'Abbé et Tremblay lors du congrès "Les problèmes de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles" tenu à Longueuil en octobre 1993. L'auteur tient à remercier Mme Luce Morin et Mme Gaëtane Breault pour leur support technique lors de la rédaction de cet article, de même que M. Michel Aubine, chef de services, pour la révision finale. Les demandes de tirés à part peuvent être adressées à M. Gaëtan Tremblay, La Maisonnée Laurendière, 818 Notre Dame, bureau 200, Repentigny (Québec), J5Y 1B7.

Tableau 1*Les principales caractéristiques psychométriques des inventaires*

Échelles	Analyse fact.	Indices de fidélité	Consistance interne	Validité externe	DSM-III-R
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
ABS-2	Oui	.37 à .77	ND (f)	ND	Non
IEBOC	ND	ND	ND	ND	Non
ABC	Oui	.46 à .90	.86 à .92	.00 à .28	Non
PIMRA	Oui	.42 à .91	.83	.39 à .64	Oui
REISS	Oui	.35 à .79	.54 à .84	.78 à .83	Oui
CARS	ND	ND	ND	ND	Oui
EOC	Oui	.82 à .89	.95	.70 à .87	Non
REISS-C	Oui	.26 à .74	.91	ND	Oui
EPS	Oui	.24 à .96	.77 à .97	.17 à .97	Non
DASH	Non	.91 à .96	.20 à .84	ND	Oui

(a) Cette colonne indique si une analyse factorielle est présentée dans le manuel d'accompagnement de l'inventaire.

(b) L'accord inter-juge ou test-retest est indiqué ici. Les données indiquent le plus petit coefficient obtenu et celui

le plus élevé, parmi les différents domaines de l'échelle.

(c) Il s'agit, ici du coefficient Alpha de Cronbach (score global ou résultat le plus faible et le plus élevé si les informations par domaine sont disponibles).

(d) Ces coefficients sont en fait des corrélations obtenues, par les auteurs des inventaires, avec d'autres échelles de même type. Les données indiquent le plus petit coefficient obtenu et celui le plus élevé, parmi les différents domaines de l'instrument.

(e) Cette colonne indique si l'instrument reprend ou non les critères diagnostiques des troubles de santé mentale décrits dans le DSM- III -R.

(f) ND : Non-disponible.

Comme le souligne Desnoyers-Hurley et Sovner (1992), le recours à ces instruments peut :

1. faciliter l'identification de diagnostics ;
2. permettre de préparer des consultations auprès de spécialistes ;
3. aider à prendre des décisions concernant le type de services à offrir à une personne ;
4. mesurer l'efficacité des interventions (via pré et post-test), et
5. établir la compétence de la personne évaluée (ex : évaluation pour la Curatelle).

Ajoutons que l'ensemble des instruments décrits ici peut aisément s'inscrire dans une démarche de planification de services individualisés. Comme l'expose Tremblay (1990), ces outils peuvent être considérés comme des outils d'évaluation diagnostique et d'évaluation sommative dans le processus de planification.

Voici la présentation de ces instruments, par ordre d'année de parution. Ce relevé, non-exhaustif, vise à décrire un

ensemble d'outils pouvant s'appliquer soit à des individus dont le niveau de fonctionnement correspond à un niveau spécifique (léger, moyen, sévère ou profond) ou soit à un groupe d'âge (enfant, adolescent ou adulte).

L'Adaptive Behavior Scale (Partie 2)

L' "Adaptive Behavior Scale", partie 2, (Nihira, Foster, Shellhaas & Leland, 1975) constitue un des premiers instruments développés afin de cerner les difficultés que peut présenter une personne vivant avec une déficience intellectuelle. Cet outil s'inscrit dans les démarches de l'Association Américaine de la Déficience Intellectuelle qui, dès les années 50, recommandait l'utilisation des outils permettant d'évaluer divers aspects du fonctionnement d'une personne, habituellement non couverts par les tests d'intelligence (Heber, 1969).

Cette échelle se divise en deux parties. La première vise à évaluer le répertoire d'habiletés que possède la personne évaluée et à la comparer à un groupe du même âge. La

deuxième partie s'attarde à cerner les difficultés d'adaptation. Elle comprend les catégories suivantes :

- les comportements de violence, 26 items ;
- les comportements anti-sociaux, 29 items ;
- les comportements de révolte, 27 items ;
- les conduites déloyales, 9 items ;
- les comportements de retrait, 14 items ;
- les maniérismes, 13 items ;
- les manières inadéquates, 7 items ;
- les habitudes vocales inacceptables, 7 items ;
- les habitudes excentriques, 29 items ;
- l'automutilation, 9 items; les tendances hyperactives, 19 items ;
- les comportements sexuels inadéquats, 18 items ;
- les troubles psychologiques, 34 items ;
- l'utilisation de médicaments, 4 items.

Chaque item doit être évalué sur une échelle à 3 points (O : le comportement n'apparaît pas, 1 : le comportement apparaît occasionnellement, 2: le comportement apparaît fréquemment). Les résultats, à chaque catégorie, sont compi-lés et reportés sur un histogramme où l'on retrouve la distribution standardisée des scores par groupe d'âges. Les normes disponibles couvrent autant les enfants et les adultes et ce, quel que soit leur niveau de déficits sur le plan intellectuel. Il est à noter qu'une nouvelle version complètement révisée vient de paraître (Nihira, Leland, & Lambert, 1993).

L' "Adaptive Behavior Scale", partie 2, se veut davantage une grille axée sur l'évaluation objective des difficultés que peut présenter une personne vivant avec une déficience intellectuelle. Elle ne permet pas d'identifier, du moins directement, un diagnostic concernant les problèmes de santé mentale. C'est un instrument qui peut tout de même servir à cerner des comportements, des habitudes, qui peuvent causer préjudice à la personne ou à son entourage. Dans une perspective basée davantage sur le diagnostic, cette échelle peut s'avérer fort utile pour cerner la portée de divers comportements inadéquats et, par la suite, identifier ceux pouvant faire l'objet d'intervention.

Un instrument du même type est disponible sur le marché québécois. L'Échelle québécoise de comportements adaptatifs (EQCA), développée à l'Université du Québec à Montréal (Maurice, Morin, & Tassé, 1993), propose une démarche d'évaluation des habiletés fonctionnelles et des difficultés d'adaptation relativement similaire.

Teachers inventory or emotional and behavioral development

Le "Teachers inventory of emotional and behavioral development" vise particulièrement le dépistage de problèmes pouvant apparaître chez des enfants de 2 à 6 ans. Il est le résultat des travaux menés par Abelson (1980) au "Yale Child Study Center". Bien que l'instrument s'adresse d'abord à des enfants qui ne présentent pas de déficit particulier, son utilisation peut s'avérer utile pour identifier certaines difficultés chez des enfants dont le développement est freiné à cause d'une déficience intellectuelle. Il n'existe pas de publication en français de cet instrument.

Cette échelle s'attarde plus particulièrement aux difficultés que peut éprouver un enfant, dans les catégories suivantes :

- les activités de jeux, 20 items ;
- le langage, 10 items ;
- les sentiments, 19 items; les aspects relationnels, 24 items ;
- le développement moteur, 7 items ;
- les fonctions d'élimination, 8 items ;
- les conditions physiques, 12 items.

La cotation à l'instrument se fait par des observations directes. L'évaluateur doit inscrire si les items proposés (chacun pris individuellement) apparaissent ou non dans le répertoire de l'enfant. Le nombre d'items cochés OUI (il apparaît chez l'enfant), indique s'il y a lieu de pousser plus loin les expertises auprès de spécialistes.

Cet outil d'évaluation doit être utilisé surtout pour des fins de dépistage. Il s'avère difficile de recourir à cet inventaire pour identifier des problèmes d'ordre psychopathologique chez un jeune enfant. Par contre, pour les personnes partageant le quotidien des enfants, cet inventaire peut s'avérer utile afin de préparer une demande de consultation.

Aberrant behavior checklist

L' "Aberrant Behavior Checklist" est issu des travaux de Aman et Singh (1985). Il vise à identifier les difficultés que peuvent présenter des personnes accusant un retard variant de moyen à profond. Rojahn et Helsel (1991) montrent également que cet outil peut être utilisé auprès des enfants et des adolescents qui présentent une déficience intellectuelle.

Les thèmes évalués se présentent ainsi :

- l'irritabilité, 15 items ;
- la léthargie, 16 items ;
- les comportements stéréotypés, 7 items ;
- l'hyperactivité, 16 items ;
- les habitudes vocales inadéquates, 4 items.

L'évaluation se fait avec une personne qui connaît bien l'individu à évaluer. Lors de la cotation, l'évaluateur a recours à une échelle à quatre points, soit : 0 : non problématique ; 1 : peu problématique ; 2 : problématique et 3 : très problématique.

En comparaison avec les instruments décrits jusqu'ici, le principal avantage de l'" Aberrant Behavior Checklist" réside dans le nombre plus restreint d'items. Son utilisation s'en trouve facilitée. Par contre, l'utilisation de cette échelle, dans le but d'identifier des pathologies, n'est pas vraiment recommandée, du moins, pas comme seule source d'information. Cet outil doit être plutôt considéré comme un outil de dépistage. Cet inventaire n'est pas disponible en français.

Psychopathological Inventory of Mental Retarded Adult

Comme l'indique le titre de l'instrument, le "Psychopathological Inventory of Mental Retarded Adult" (PIMRA) s'adresse plus particulièrement à une clientèle adulte. Son application vise les personnes présentant un retard léger. A la rigueur, il est possible de l'utiliser auprès des personnes présentant une déficience moyenne, en autant que ces dernières fassent preuve de certaines habiletés de communication sur le plan verbal. Il n'existe pas de version publiée en français de cet outil.

Le PIMRA est un instrument conçu par Matson (1988) à l'Université de la Louisiane. L'application de l'instrument s'est faite auprès de gens dont les âges varient de 16 à 57 ans. Les thèmes évalués par l'instrument sont :

- la schizophrénie, 7 items ;
- les troubles affectifs, 7 items ;
- les troubles sexuels, 7 items ;
- les troubles d'adaptation, 7 items ;
- les troubles anxieux, 7 items ;
- les troubles psychosomatiques, 7 items ;
- les troubles de la personnalité, 7 items ;
- les problèmes d'ajustement personnel, 7 items.

L'administration se fait auprès d'une personne référante et auprès de l'aper-sonne visée par l'évaluation. Un point est comptabilisé selon qu'il y a accord ou non sur l'apparition des comportements entre les deux protocoles d'administration et ce pour chaque thème. Le manuel de l'utilisateur comprend un tableau illustrant les énoncés où un accord est attendu et ceux où un désaccord doit être observé. Les résultats ainsi obtenus sont rapportés sur un tableau de compilation.

Le PIMRA est un des premiers outils conçus expressément pour cerner les problèmes de santé mentale chez des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Cet inventaire repose sur les critères diagnostiques du DSM-III-R (1989). Il permet aux cliniciens d'identifier divers indices de problèmes psychologiques, difficiles à observer, autrement que par un questionnaire de ce type. De plus, la conception de l'instrument favorise l'obtention d'informations, de renseignements,

émanant directement de la part de la personne à évaluer.

L'échelle de Reiss

Cet instrument est issu des travaux de Reiss (1988) de l'Université d'Illinois à Chicago. Il vise à identifier les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et présentant des problèmes de santé mentale. Son utilisation s'avère utile pour les adolescents et les adultes fonctionnant avec un niveau de déficience variant du retard sévère au retard léger. L'inventaire n'est pas disponible en français. Cet outil comprend les thèmes suivants :

- les comportements agressifs ;
- l'autisme ;
- la psychose ;
- la paranoïa ;
- la dépression B (signes comportementaux) ;
- la dépression P (signes physiologiques) ;
- la personnalité dépendante ;
- l'évitement.

L'ensemble du questionnaire comprend 38 items. La cotation se fait sur une échelle à trois points (non-problématique, problématique, problème majeur) tout en considérant l'intensité, la fréquence et les conséquences du comportement. Il peut être complété par les gens qui côtoient la personne à évaluer.

La réalisation de cet inventaire peut s'inscrire dans le même type de démarche qui prévaut pour le PIMRA. Ici, l'accent est mis sur l'observation d'indices permettant d'identifier les problèmes de santé mentale chez une clientèle qui, règle générale, présente de grandes difficultés de communication sur le plan verbal.

Children autism rated scale

Le "Children Autism Rated Scale (CARS)" est un outil développé par l'équipe de Schopler (Schopler, Reichler, & Rothen-Renner, 1988a). Il vise à diagnostiquer la présence de l'autisme chez des personnes présentant une déficience intellectuelle de tout âge, peu importe leur niveau de déficit. Le CARS reprend les éléments diagnostiques du DSM-III-R (1989). Une traduction en français est disponible sur le marché (Schopler et al., 1988b).

Les catégories suivantes sont évaluées :

- les relations sociales ;
- l'imitation ;
- les réponses émotionnelles ;
- l'utilisation du corps ;

- l'utilisation des objets ;
- l'adaptation au changement ;
- les réponses visuelles;
- les réponses auditives ;
- le goût, l'odorat et le toucher ;
- les peurs et l'anxiété ;
- la communication verbale ;
- la communication non-verbale ;
- le niveau d'activité ;
- le niveau intellectuel ;
- l'impression générale

L'évaluation se fait avec la participation d'un répondant qui connaît bien la personne à évaluer ou encore, en situation d'observation directe. L'évaluateur doit coter chaque catégorie sur une échelle de 1 à 4 (1 : approprié à l'âge ; 2 : légèrement anormal ; 3 : moyennement anormal ; 4 : sévèrement anormal). Pour chaque cote, une définition opérationnelle est proposée et ce, pour chaque catégorie. De plus, l'évaluateur peut utiliser une cote mitoyenne (ex. : 2.5) s'il juge que les résultats de l'observation se situent entre deux cotes.

Les résultats globaux sont rapportés sur un tableau indiquant si la personne évaluée ne présente aucun indice associé à l'autisme, si elle présente des traits autistiques légers ou moyens, ou encore, si elle présente des traits autistiques sévères.

Cet instrument est probablement un des rares outils d'évaluation aussi complet pour l'identification de l'autisme. Il faut préciser que le mode de cotation retenu par les auteurs est un des éléments-clés qui expliquerait la précision de cette échelle.

Échelle d'évaluation des dimensions du comportement

L'échelle d'évaluation des dimensions du comportement est une traduction du "Behavior Dimensions Rating Scale" de Bullock et Wilson (1989). La version française est de Bullock, Wilson, Poirier, Tremblay et Freeston (1992) et elle comprend des normes élaborées à partir d'enfants résidant au Québec. Cet instrument vise essentiellement à cerner les difficultés d'adaptation, associées à des troubles affectifs, chez une clientèle d'âge scolaire (de la maternelle à la fin du secondaire).

L'échelle comprend les dimensions suivantes :

- les comportements agressifs et perturbateurs, 14 items ;
- les conduites irresponsables et l'inattention, 10 items ;
- le repli sur soi, 13 items ;
- la crainte et l'anxiété, 9 items.

La cotation est effectuée par un intervenant qui connaît bien la personne à évaluer. Les observations sont d'abord rapportées,

pour chacun des 43 items, sur une échelle bipolaire à 7 points. Par la suite, les résultats sont compilés et reportés sur un graphique standardisé.

Cette échelle ne vise pas, à prime abord, l'évaluation des problèmes de santé mentale chez des enfants présentant une déficience intellectuelle. Par contre, il semble possible de retenir cet inventaire, du moins auprès des enfants présentant une déficience légère ou moyenne. Plusieurs items de cette échelle reprennent des difficultés que l'on peut rencontrer chez ce type de clientèle.

L'échelle de Reiss pour enfants

Le "Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis" (Reiss, 1990) s'inscrit dans la foulée du "Reiss Screen for Maladaptive Behavior" décrit auparavant. Comme l'indique le titre de l'instrument, il s'agit d'une version révisée de l'échelle Reiss et ce, pour permettre une application auprès d'une clientèle d'enfants. En fait, les normes disponibles permettent une application chez des enfants, des adolescents et des adultes. Le groupe d'âge visé se situe entre 4 et 21 ans. Cette échelle n'est pas disponible en français.

L'inventaire comprend 10 thèmes qui se présente comme suit :

- colère et auto contrôle ;
- troubles de l'anxiété ;
- déficit de l'attention ;
- autisme ;
- troubles de comportement ;
- dépression ;
- estime de soi ;
- psychose ;
- comportements somatiques ;
- tendance au retrait.

Les divers items de l'inventaire sont complétés par deux répondants et ce, de façon indépendante. Ces répondants doivent bien connaître l'enfant à évaluer. La cotation est identique à l'échelle de Reiss, soit : est-ce que le comportement observé est non-problématique ? problématique ? ou constitue-t-il un problème majeur ? Il est à noter que certains items demandent une auto-évaluation de la part de l'enfant.

Cet inventaire constitue un des premiers outils visant à cerner plus spécifiquement les problèmes de santé mentale chez les enfants présentant une déficience intellectuelle. Des normes sont disponibles afin de guider l'évaluateur dans l'interprétation des résultats. Ces normes se présentent par groupe d'âge et permettent d'identifier la sévérité des problèmes rencontrés.

Emotional problem scales

L' "Emotional Problem Scale" (Prout & Strohmer, 1991) permet l'évaluation des problèmes de comportement et des difficultés émotives chez des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Cette échelle s'applique surtout auprès des adolescents et des adultes présentant une déficience légère ou une lenteur intellectuelle. En fait, cet instrument comprend deux échelles : le "Behavioral Rating Scale" et le "Self-Report Inventory". Ces instruments ne sont pas disponibles en français.

Le Behavior Rating Scale est composé de 135 items et mesure les aspects suivants :

- les troubles de comportement ;
- l'agressivité verbale ;
- l'agressivité physique ;
- les problèmes sexuels ;
- le refus d'obéir ;
- l'hyperactivité ;
- la distraction
- l'anxiété ;
- les problèmes somatiques ;
- le retrait, l'évitement ;
- la dépression ;
- l'estime de soi ;
- les problèmes extériorisés ;
- les problèmes intériorisés.

La cotation à cette échelle se fait sur un continuum en quatre points se présentant ainsi : (a) 0 : le comportement n'apparaît presque jamais ; (b) 1 : le comportement apparaît rarement ; (c) 2 : le comportement apparaît occasionnellement et (d) 3 : le comportement apparaît fréquemment. Le "Self-Report Inventory" comporte, quant à lui, 147 items. Il s'agit d'énoncés que l'évaluateur lit à la personne ; celle-ci doit alors répondre par oui ou par non. Les thèmes retenus par cet inventaire sont :

- l'image positive/négative ;
- les troubles comportementaux ;
- l'anxiété ;
- la dépression ;
- l'estime de soi.

Les résultats à ces échelles sont transposés sur des tableaux où l'on retrouve les scores standardisés. Cela permet de situer les résultats obtenus en comparaison avec ceux d'un échantillon composé de personnes présentant soit une déficience intellectuelle légère, soit une lenteur intellectuelle. La majorité des personnes échantillonnées ne présentent pas de problèmes particuliers sur le plan émotif ou comportemental. En fait, 17% des gens retenus éprouvent des difficultés de santé mentale.

Cet inventaire s'inscrit dans la même foulée que le PIMRA

et le REISS. Son principal avantage réside dans le nombre de thèmes retenus et se rapportant autant au volet "problèmes de comportement" qu'au volet "psychopathologique". De plus, les auteurs et les éditeurs de cet instrument ont développé une version informatisée de cet outil. L'utilisateur peut alors obtenir des profils incorporant divers indices favorisant l'interprétation des données. Les résultats ainsi obtenus peuvent être incorporés à un traitement de texte.

Dual Assessment of Severely Handicapped

Le "Dual Assessment of Severely Handicapped (DASH)" sert à cerner les problèmes de santé mentale que peuvent éprouver des personnes présentant une déficience sévère ou profonde. Cet outil, proposé par Matson (1993), peut s'utiliser auprès des adolescents et des adultes. Il est à noter que l'instrument reprend les critères du DSM-III-R (1989), afin de vérifier la présence d'une psychopathologie chez la personne évaluée.

Le DASH comprend les thèmes suivants :

- l'anxiété, 8 items ;
- la dépression, 15 items ;
- les manies, 7 items ;
- l'autisme, 6 items ;
- la schizophrénie, 7 items ;
- les comportements stéréotypés, 7 items ;
- l'automutilation, 5 items ;
- les troubles de l'élimination, 2 items ;
- les troubles alimentaires, 6 items ;
- les désordres du sommeil, 5 items ;
- les désordres sexuels, 3 items ;
- les syndromes organiques, 9 items ;
- le contrôle des impulsions, 16 items.

L'évaluation est effectuée lors d'une entrevue avec un proche de la personne évaluée. Il s'agit d'établir la cotation concernant la fréquence, la durée et l'intensité des comportements décrits à chacun des items de l'échelle. La fréquence est rapportée selon une échelle de 0 à 2 (0 : n'apparaît pas ; 1 : apparaît de 1 à 10 fois depuis deux semaines ; 2 : apparaît plus de 10 fois depuis deux semaines).

Le même type d'échelle est utilisé pour la durée (0 : est présent depuis moins d'un mois ; 1 : est présent depuis moins d'un an ; 2 : est présent depuis plus d'un an). Finalement, l'intensité du comportement doit être enregistrée selon les scores suivants : 0: le comportement n'occasionne pas de dommage; 1: la manifestation du comportement ne cause pas de dommage mais elle provoque une interruption des activités en cours; 2: l'apparition du comportement cause des blessures ou des dommages.

Cet outil se démarque des autres instruments par son mode de cotation. Le fait de s'attarder à la fréquence, à la durée et à

l'intensité de chaque item fournit toute une série de renseignements fort utiles pour favoriser l'identification d'un diagnostic, pour faciliter la priorisation des objectifs à retenir et aussi pour élaborer des stratégies d'intervention. Il est à noter que l'instrument devrait être publié sous peu en français².

Conclusion

La majorité des inventaires présentés ici visent une clientèle

particulière. Le tableau 2 indique, pour chaque instrument, s'il s'applique à des personnes présentant une déficience légère, moyenne, sévère ou profonde. De plus, la répartition tient compte des grands groupes d'âge que constituent l'enfance, l'adolescence et l'adulte. Cela permet de cerner rapidement quel outil il faut retenir selon l'ampleur des déficits et l'âge de la personne à évaluer.

Tableau 2

Répartition des inventaires selon l'âge et le niveau de déficit intellectuel

ÉCHELLE	ENFANTS				ADOLESCENTS				ADULTES			
	<u>L</u>	<u>M</u>	<u>S</u>	<u>P</u>	<u>L</u>	<u>M</u>	<u>S</u>	<u>P</u>	<u>L</u>	<u>M</u>	<u>S</u>	<u>P</u>
ABS-2					X	X	X	X	X	X	X	X
TIEBD	X	X										
ABC		X	X	X		X	X	X		X	X	X
PIMRA					X	X			X	X		
REISS						X	X	X		X	X	X
CARS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EDC	X	X			X	X						
REISS-C	X	X			X	X						
EPS					X				X			
DASH							X	X			X	X

Ajoutons que ces inventaires constituent des outils fournissant des indices pour l'identification de diagnostics. Il ne faut pas perdre de vue qu'ils ne constituent qu'un élément de toute démarche d'étude clinique. Ils ne doivent pas être utilisés comme seule source d'information. De plus, la plupart des auteurs suggèrent d'interpréter les données avec circonspection, de bien situer le contexte où s'est déroulée l'évaluation et de tenir compte des autres évaluations disponibles dans le dossier de la personne évaluée.

Desnoyers-Hurley et Sovner (1991) proposent également de recourir à plus d'une échelle, s'il y a lieu, pour mieux cerner les difficultés. Dans le même ordre d'idées, il peut s'avérer utile de faire compléter le ou les inventaires retenus par plus d'une personne et ce, dans des contextes de vie différents.

Il faut aussi ajouter l'importance, après étude des profils, d'entreprendre une analyse, item par item, des résultats de l'évaluation. Cette démarche permet de mieux connaître les difficultés que peut éprouver la personne évaluée et de fournir des informations quant aux objectifs à prioriser ainsi que les pistes d'intervention à explorer.

Enfin, il ne faut surtout pas minimiser l'importance de bien former les gens qui vont procéder à l'évaluation, à l'aide de ces inventaires. La plupart des guides d'accompagnement renferment des informations très utiles, sinon indispensables,

lors de la formation des évaluateurs. Les sessions de formation devraient minimalement inclure une présentation détaillée et commentée de l'instrument, une lecture des parties des manuels portant sur les consignes d'administration, de même que des exercices de cotation en situation réelle ou simulée.

Il est à remarquer que la plupart des inventaires présentés dans cet article sont disponibles en anglais seulement. Leur traduction s'avère laborieuse dû au fait que les auteurs souhaitent que les versions traduites incluent de nouvelles normes représentatives de la population visée. A cet égard, la traduction de l'échelle "Behavior Dimension Rating Scale" respecte cette volonté.

Il reste aussi la possibilité, pour les chercheurs intéressés, de confectionner des inventaires plutôt que de les traduire puisqu'il faut, de toute façon, prévoir une démarche de validation de l'instrument. Dans la perspective où de tels outils seraient développés, il serait souhaitable de suivre les démarches retenues par les concepteurs des plus récents instruments et ainsi adopter, comme point de départ, l'étude de critères diagnostiques des problèmes de santé mentale. Le recours à la dernière parution de la nouvelle version du DSM (1994) devrait, dans ce contexte, être privilégié.

² Matson, J.L., (en préparation). DASH : inventaire psychopathologique pour les personnes déficientes intellectuelles sévères ou profondes (traduit par Y. L'Abbé & G. Tremblay).

Références

- Abelson, W. (1980). *Teacher's inventory of emotional and behavioral development*. New-York : Yale child study center.
- Aman, M.G. & Singh, N.N. (1985). *The aberrant behavior checklist*. East Aurora, NY : Slosson educational publication.
- American Psychiatric Association. (1989). *D.S.M.-III-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (3^e édition, révisée). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4^e édition). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Bullock, L.M. & Wilson, M.J. (1989). *Behavior dimensions rating scale*. Allen, Texas : DLM Teaching Ressources.
- Bullock, L.M., Wilson, M.J., Poirier, M., Tremblay, R. & Freeston, M. (1992). *Échelle d'évaluation des dimensions du comportement*. Loretteville, QC : Commission scolaire de la Jeune Lorette.
- Desnoyers-Hurley, A. & Sovner, R. (1992). Inventories for evaluating psychopathology in developmentally disabled individuals. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 11, 45-50.
- Heber, R. (1959). A manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 64 (monograph supplement).
- Maurice, P., Morin, D., Tassé, M.J. (1993). *Manuel technique de l'échelle québécoise de comportements adaptatifs*. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Matson, J.L. (1993). *DASH - Dual assessment for the severely handicapped*. Boston, MA : Oxford publication group.
- Matson, J.L. (1988). *The PIMRA manual*. Orland Park IL : International Diagnostic systems.
- Nihira, K., Foster, R., Shellhaas, M., & Leland, H. (1975). *A.A.M.D. Adaptive Behavior Scale*. Washington, D.C. : American Association on Mental Deficiency.
- Nihira, K., Leland, H., & Lambert, N. (1993). *Adaptive Behavior Scale - Residential and community (ABS-RC-2)*. Odessa, FL : Psychological assessment resources.
- Prout, H. & Struhmer, D.C. (1991). *Emotional problem scales*. Odessa, FL : Psychological assessment resources.
- Reiss, S. & Valenti-Heind, D. (1990). *Reiss Scales for children's Dual Diagnosis: test manual*. Orlando Park, IL : International diagnostic systems.
- Reiss, S. (1988). *Reiss screen for maladaptive behavior manual*. Orland Park IL : International diagnostic systems.
- Rojahn, J. & Helsel, W.J. (1991). The aberrant behavior checklist with children and adolescents with dual diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 17-28.
- Schopler, E., Reichler, R.J. & Rothen-Renner, B. (1988a). *The childhood autism rating scale*. Los Angeles, CA : Western psychological services.
- Schopler, E., Reichler, R.J. & Rothen-Renner, B. (1988b). *Échelle d'évaluation de l'autisme infantile*. (Trad. : B. Roge). Paris : Les éditions scientifiques et psychologiques.
- Sturme, P. (1993). The use of DSM and ICD diagnostic criteria in people with mental retardation : a review of empirical studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 39-42.
- Tremblay, G. (1990). L'évaluation sommative et formative lors de l'élaboration de Plan de Services Individualisés. Communication présentée au 20^e Congrès de l'Association scientifique pour la modification du comportement. Montréal.

Abstract

Evaluation of mental illness among persons with mental retardation is quite complex. These people's characteristics make difficult the observation of signs that facilitate the diagnosis of mental illness. This article provides a brief review of some assessment scales designed to make the observation of some psychological difficulties easier, and this for people with different levels of mental retardation.