

CRITIQUE DE LIVRE

Luckasson R. et al. (1994). *Retard mental. Définition, classification et systèmes de soutien*. (9^{ème} édition), St-Hyacinthe, Québec; Edisem, Association américaine sur le retard mental, 169 pages.

La traduction française de l'édition américaine parue en 1992 en plus de servir à établir un diagnostic, vient préciser les systèmes de soutien requis par la personne pour mieux se développer. Schalock et al. (1994) mentionne que l'approche d'évaluation proposée par l'A.A.M.R. comporte trois étapes distinctes:

Étape 1. Établir le diagnostic

- a) Le fonctionnement intellectuel se situe approximativement de 70 à 75 ou moins.
- b) Il y a des limitations significatives dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatif.
- c) Le retard se manifeste avant l'âge de 18 ans.

Étape 2. Classification et description

- a) Décrire les forces et les faiblesses à partir des considérations psychologiques et émotives.
- b) Identifier les considérations environnementales actuelles et présentes.
- c) Décrire les considérations environnementales actuelles et préciser l'environnement optimal qui faciliterait son indépendance, son interdépendance, sa productivité et son intégration communautaire.

Étape 3. Profil et intensité des soutiens requis

- a) Dimension 1. Fonctionnement intellectuel et habiletés adaptatives.
- Dimension 2. Considérations psychologiques et émotives.
- Dimension 3. Considérations physiques, de santé, étiologiques.
- Dimension 4. Considérations environnementales.

Un virage paradigmatique important

Le diagnostic de la nouvelle définition ne vise plus à décerner une étiquette handicapante mais à déterminer le profil de support dont la personne a besoin pour se développer et arriver à s'intégrer (Langevin, 1993). Il s'agit d'un virage paradigmatique important qui vient remettre en question les façons de faire. Les modifications de la définition reflètent un paradigme en évolution par une définition plus fonctionnelle, par une attention accrue portée sur l'intégration entre la personne, l'environnement, le genre et l'intensité des soutiens requis. Selon les auteurs, ce changement paradigmatique reflète ce qui se passe dans le domaine de la réadaptation où les différents concepts suivants sont véhiculés: la qualité de vie et des services, la satisfaction personnelle quant aux services requis, la croissance personnelle qui permet aux personnes d'effectuer des choix, de prendre des décisions et ainsi d'approprier sa vie. Schalock et al. (1994) soutiennent que le champ du retard mental se situe actuellement au milieu d'un changement paradigmatique qui continuera à produire des changements significatifs dans le futur.

La conception du retard mental n'est plus prise comme un "trait" caractéristique absolu de la personne, mais bien plus comme une vision plus interactive entre la personne et son environnement. L'identification des systèmes de soutien nécessaires à son développement et à son intégration apporte une dimension écologique à la définition.

La nouvelle définition du retard mental

Le retard mental est défini comme suit:

Par retard mental, on entend un état de réduction notable du fonctionnement actuel d'un individu. Le retard mental se caractérise par un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne, associé à des limitations dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatif: communication, soins personnels, compétences domestiques, habiletés sociales, utilisation des ressources communautaires, autonomie, santé et sécurité, aptitudes scolaires fonctionnelles, loisirs et travail. Le retard mental se manifeste avant l'âge de 18 ans (Luckasson et al., 1994, p. XV).

Explications concernant la nouvelle définition du retard mental

La nouvelle définition constitue une nouvelle vision du retard mental qui met l'accent sur l'interaction entre la personne et l'environnement dans lequel elle vit (Langevin, 1993).

Quatre postulats viennent préciser la mise en application de cette définition: (a) pour obtenir une évaluation valide, l'examineur doit considérer les différences culturelles et linguistiques, les divers modes de communication et le comportement de l'individu, (b) la présence de limitations au niveau des habi-

letés adaptatives est jugée en fonction de l'environnement communautaire auquel appartient l'individu, de son groupe d'âge ainsi que de l'importance de ses besoins de soutien, (c) la personne peut présenter à la fois des limitations dans des habiletés adaptatives spécifiques et des forces qui se situent au niveau d'autres habiletés adaptatives ou capacités personnelles, (d) le dernier postulat établit que le fonctionnement général d'une personne présentant un retard mental devrait progresser si ce dernier reçoit un soutien adéquat et continu (i.e. répondant à ses besoins). En ce sens, elle reflète le concept de plan de services où différents établissements doivent se concerter afin de répondre le plus possible aux besoins de la personne.

Les apports de la nouvelle définition du retard mental

Au fur et à mesure de son implantation, la nouvelle définition aura des conséquences importantes sur le système qui dispense des services en retard mental. Elle abolit les catégories antérieures (léger, moyen, grave et profond) largement basées sur le QI pour les remplacer par les notions d'intensité du soutien (intermittent, limité, important, intense); de degré de participation de l'individu (élevé, moyen, faible) et de degré d'intégration (complet, partiel, nul). Le concept des soutiens requis reflète la perspective contemporaine sur la croissance et le potentiel des personnes. Un tel concept met davantage l'emphase sur le choix personnel, les possibilités, l'autonomie et le besoin des individus d'appartenir à une communauté et d'en sortir. Plus fonctionnelle, elle force l'évaluateur à se prononcer sur les soutiens requis afin de fournir un environnement optimal permettant la croissance de l'individu.

La nouvelle définition accorde à la personne évaluée un biais positif. En effet désormais des limitations significatives dans deux dimensions adaptatives sur dix évaluées permettent d'identifier une personne ayant un retard mental (en autant qu'elle soit âgée de 18 ans et moins et que le QI se situe de 70 à 75 ou moins). On serait porté à croire et à juste titre que la nouvelle définition entraînera une augmentation du nombre de personnes retardées mentalement (hausse de la prévalence) puisque l'évaluation s'effectue à partir de limitations significatives dans deux dimensions adaptatives ou plus. Conséquemment, on identifiera pour plus de personnes les soutiens requis ce qui leur permettra d'obtenir des services pour favoriser leur croissance personnelle. De plus, il est suggéré d'évaluer les soutiens requis en équipe multidisciplinaire.

Un autre apport important consiste à tenir compte de l'évaluation des considérations psychologiques et émotives. Trop souvent le "masquage du diagnostic" faisait en sorte qu'on avait tendance à ne pas diagnostiquer la présence d'une maladie mentale chez les personnes retardées mentalement. Désormais, la présente définition force les évaluateurs à investiguer la présence de maladies mentales possibles.

Puisqu'il n'existe actuellement aucun instrument permettant d'évaluer les dix domaines d'habiletés adaptatives suggérés par l'A.A.M.R., il y a fort à parier que les prochaines années sèmeront la confusion dans la démarche diagnostique du retard mental. Les auteurs reconnaissent même l'urgence de développer de tels instruments (Reiss, 1994). La version scolaire de l'E.Q.C.A. constitue actuellement l'un des seuls instruments d'évaluation qui tient compte de l'ensemble des dix dimensions suggérées par la nouvelle définition (Morin, 1993).

La formation des psychologues à s'approprier cette nouvelle démarche diagnostique beaucoup plus complète et diversifiée que celle préconisée par la précédente définition ne se fera pas du jour au lendemain. Maurice (1994) reconnaît l'importance de créer un comité ad hoc permettant d'étudier l'impact de cette nouvelle définition et d'établir des normes de pratique.

Cet ouvrage constitue un document indispensable à toute personne travaillant auprès des personnes retardées mentalement. Au-delà d'un guide d'utilisation, il constitue un élément de formation des personnes oeuvrant dans le domaine du retard mental. Il sera à l'origine de nombreuses recherches qui viendront au fur et à mesure en préciser certains éléments. Il contribuera à un changement des mentalités dans la dispensation des services offerts aux personnes retardées mentalement.

Yvon L'Abbé

Directeur des services professionnels
et de réadaptation
Pavillon Ste-Marie

Références

- Langevin, J. (1993). La nouvelle définition de la déficience intellectuelle adoptée par l'Américan Association on Mental Retardation (1992). *Attitudes*, 8, 1, 3-5.
- Luckasson, R., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, & D.M., Stark, J.A. (1994). *Retard mental, définition, classification et systèmes de soutien*. (9^{ème} édition), St-Hyacinthe; Edisem, Association américaine sur le retard mental.
- Maurice, P. (1994). Une nouvelle définition du retard mental, *Psychologie Québec*, Montréal, Québec, Corporation professionnelle des psychologues du Québec.
- Morin, D. (1993). *Elaboration de la version scolaire de l'Échelle québécoise des comportements adaptatifs* (E.Q.C.A.). Thèse de doctorat inédite. Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec.
- Reiss, S. (1994). Issues in defining mental retardation. *American journal on mental retardation*, 99, 1-7.
- Schalock, R.L., Stark, J.A., Snell, M.A., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Luckasson, R., Reiss, S., & Spitalnik, D.M. (1994). The changing conception of mental retardation: Implications for the field. *Mental retardation*, 32, 181-193.

Remerciements aux évaluateurs pour le volume 23

Les personnes suivantes ont participé à l'évaluation des manuscrits. Elles ont contribué dans l'anonymat à la qualité de la revue. Le comité de direction de la revue et le conseil d'administration de l'ASMC les remercie de leur excellent travail.

Alarcia, Julio, m.d., Hôpital Rivière-des-Prairies
Archambault, Jean, Ph.D., Commission des écoles catholiques de Montréal (2)
Beausoleil, Raymond, Ph.D., Applied Research Associates, Montréal
Bélanger, Diane, M.A., Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Boudreau, Léonce, Ph.D., Université de Moncton
Comeau, Michelle, Ph.D., Université de Montréal
Cyr, Mirreille, Ph.D., Université de Montréal
Dauwalder, Jean-Pierre, Ph.D., Université de Lausanne, Suisse
Dolan, Shimon, Ph.D., Université de Montréal
Fontaine, Ovide, Ph.D., Université de Liège, Belgique
Giroux, Normand, M.Ps., Brossard, Québec
Harvey, Maurice, D.Ps., Le Centre Butters
Loranger, Michel, Ph.D., Université Laval (3)
Magerotte, Ghislain, Ph.D., Université de Mons-Hainaut, Belgique
Marchand, André, Ph.D., Université du Québec à Montréal
Morin, Charles M., Ph.D., Virginia Commonwealth University, maintenant à l'Université Laval (2)
O'Connor, Kieron, Ph.D., Centre de recherche Fernand Séguin; Hôpital Louis-H. Lafontaine (2)
Potvin, Pierre, Ph.D., Université du Québec à Trois-Rivières (2)
Richard, Marc-André, D.Ps., Hôpital Louis-H. Lafontaine (2)
Roland, Michel, M.A., Hôpital Rivière-des-Prairies
Rondeau, Monique, M.A., Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Sabourin, Guy, M.A., pratique privée, Saint-Rock de l'Achigan
Tassé, Marc, Ph.D., Ohio State University
Vitaro, Frank, Ph.D., Université de Montréal