

Évaluation multidisciplinaire et traitement de la dépression chez une personne présentant un retard mental

Diane Morin

*Pavillon Ste-Marie et Centre de consultation
psychologique et éducationnelle*

Yvon L'Abbé, Rachel Taillon, Denise Gagnon-Bousquet et Sylvie Gagné

Pavillon Ste-Marie

Claude Goyette et Robert Labine

Pavillon Ste-Marie et Hôtel Dieu de Saint-Jérôme

Résumé

L'évaluation des troubles de santé mentale chez les personnes présentant un retard mental est un phénomène relativement récent. Actuellement, la dépression constitue l'une des maladies mentales les plus investiguées auprès de cette clientèle. Cependant, pour être efficace, l'investigation doit s'effectuer à partir de données objectives et impliquer une équipe de travail réunissant divers professionnels. L'objectif de cet article consiste à présenter à partir d'une étude de cas, une approche multidisciplinaire pour évaluer et traiter la dépression chez une personne présentant un retard mental.

L'évaluation des troubles de santé mentale chez les personnes ayant un retard mental est un phénomène relativement récent. Dans la présente étude, la procédure d'évaluation et de traitement proposée repose sur la collaboration

personnes présentant un retard mental indique un taux de prévalence des troubles de santé mentale de 15,5 %.

Différentes recherches (Reynolds & Miller, 1985; Matson, Barrett, & Helsel, 1988) démontrent que la prévalence de la dépression est plus grande chez les personnes avec un retard mental.

Identification des troubles de santé mentale

L'identification des troubles de santé mentale chez les personnes présentant un retard mental est souvent difficile puisque les symptômes présents pour la population en général, peuvent se manifester différemment pour ces personnes (Nezu, Nezu, & Gill-Weiss 1992). Les symptômes peuvent également différer d'une personne à l'autre. Ainsi, l'agitation peut se manifester, chez une personne, par marcher de long en large et pour une autre par des comportements d'automutilation par exemple. La manifestation des symptômes peut aussi se présenter par une augmentation de la fréquence des comportements déjà présents dans le répertoire du client.

L'identification des troubles de santé mentale chez les personnes présentant un retard mental sévère et profond est d'autant plus difficile que souvent leur niveau de communication n'est pas suffisant pour exprimer ce qu'elles ressentent. Caron (1991) mentionne que lorsque les personnes ne parlent pas ou ont des capacités de communication limitées, il est nécessaire d'avoir recours à de nouvelles stratégies. Sovner et Lowry (1990) suggèrent d'adapter les évaluations pour les personnes qui présentent un retard mental afin d'augmenter la fidélité des diagnostics et engendrer ainsi la sélection d'un traitement efficace.

Sovner et Hurley (1986) rapportent que l'hypothèse d'un trouble de santé mentale devrait être envisagée lorsque les indications suivantes apparaissent:

1. Escalade et exagération inexplicables des comportements mésadaptés comparativement à ceux observés au niveau de base.
2. Apparition de comportements mésadaptés qui ne semblent provenir d'aucune source identifiable, sans antécédent connu.
3. Changements dans les routines comportementales (sommeil, alimentation, hygiène).
4. Changements dans le niveau d'activité.
5. Changements dans les contacts sociaux ou la sociabilité de la personne.
6. Désorganisation de la pensée ou du comportement.
7. Perte des acquisitions.
8. Comportements mésadaptés se produisant de façon cyclique.

d'une équipe multidisciplinaire. Une telle approche évaluative multidimensionnelle permet d'investiguer l'ensemble des facteurs bio-psycho-sociaux-environnementaux responsables des problèmes dépressifs (Gardner & Graeber, 1990; L'Abbé & Morin, 1992). L'objectif de cet article consiste à présenter à partir d'une étude de cas, une approche multidisciplinaire pour évaluer et traiter un problème de dépression chez les personnes présentant un retard mental. Toutefois, il importe au préalable de préciser l'importance de l'évaluation des troubles de santé mentale et des difficultés rencontrées pour l'identification de ces troubles chez les personnes présentant un retard mental.

Définition du retard mental

La nouvelle définition du retard mental de l'American Association on Mental Retardation (Luckasson, 1992) repose sur un système de classification multidimensionnel comportant quatre dimensions. La dimension I vise à déterminer le fonctionnement intellectuel et les habiletés d'adaptation de la personne. La dimension II porte sur les considérations psychologiques et émotionnelles de la personne. C'est à cette dimension que sont investigués entre autres, les troubles de santé mentale. La dimension III évalue la santé physique et investigate l'étiologie possible de certaines problématiques. La dimension IV se rapporte davantage à l'analyse écologique des caractéristiques de l'environnement. Elle décrit la situation environnementale actuelle de la personne et précise les caractéristiques de l'environnement optimal qui faciliterait sa croissance et son développement.

Cette définition du retard mental vient, entre autres, mettre en évidence l'existence possible de troubles de santé mentale chez les personnes ayant un retard mental et nous incite à évaluer ces troubles psychologiques et émotionnels.

Prévalence des troubles de santé mentale

Nezu, Nezu et Gill-Weiss (1992) mentionnent que les personnes présentant un retard mental peuvent vivre toute la panoplie des troubles de santé mentale et que ces troubles sont similaires à ceux vécus dans la population en général, mais ne se présentent pas toujours de la même façon. L'Association des Psychiatres Américains reconnaît que la présence des troubles de santé mentale est de quatre à six fois plus élevée chez les personnes présentant un retard mental que dans la population en général (American Psychological Association, 1989). Luckasson (1992) évalue le taux de prévalence entre 20 et 35% chez les personnes avec un retard mental et étant désinstitutionnalisées. Une étude de Crews, Bonaventura et Rowe (1994) effectuée auprès de 1273

Inventaires d'évaluation des troubles de santé mentale

Plusieurs inventaires ont été créés pour identifier les troubles de santé mentale chez les personnes présentant un retard mental. Parmi les inventaires utilisés, on retrouve le DASH (Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped; Matson, 1993) qui permet d'évaluer les personnes présentant un retard mental sévère et profond. Cet inventaire évalue la fréquence, la durée et la sévérité des comportements. Le PIMRA (Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults; Matson, 1988) évalue plus spécifiquement les personnes ayant un retard mental léger et moyen de plus de 16 ans. Il y a deux versions du PIMRA, l'une étant une auto-évaluation et l'autre une évaluation faite par un tiers. Le Reiss Screen for Maladaptive Behavior (Reiss, 1988) est construit pour évaluer les personnes de 16 ans et plus présentant un retard mental léger à sévère. Toutefois, selon Hurley et Sovner (1992), le Reiss Screen est plus indiqué pour les personnes ayant un retard mental léger et moyen à cause de catégories qui nécessitent une auto-évaluation (ex. hallucinations). Le Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis (Reiss & Valenti-Hein, 1990) s'adresse aux enfants âgés de 4 à 21 ans présentant un retard mental léger à sévère. À noter que les échelles de Reiss doivent être complétées par deux personnes différentes afin d'assurer une meilleure fidélité des résultats.

Bien que fort utile, tout inventaire psychopathologique doit être utilisé avec prudence et les résultats se doivent d'être interprétés par un professionnel de la santé mentale apte à poser un diagnostic. Il est même fortement recommandé d'utiliser plusieurs sources d'informations avant d'établir un diagnostic. En effet, une étude de Rojahn, Warren et Ohringer (1994) rapporte une très faible validité convergente entre trois mesures utilisées pour poser un diagnostic de dépression pour des sujets présentant un retard mental. De plus, il faut être particulièrement vigilant lors de l'interprétation de résultats provenant d'instruments traduits et qui ne possèdent pas de normes québécoises.

Inventaires d'évaluation de la dépression

Il existe des outils spécifiques pour évaluer la dépression des personnes présentant ou non un retard mental (Matson, Barrett, & Helsel, 1988). Parmi ces instruments on retrouve: l'Inventaire de la dépression de Beck, l'Inventaire d'auto-évaluation de Zung, l'Échelle de la dépression du MMPI, le T.A.T., le Self-Report Depression Questionnaire, l'Échelle de dépression de Hamilton, le PIMRA, le Reiss Screen, le Reiss Scale et le DASH. Toutefois, à l'exception du DASH, ces inventaires psychopathologiques de la dépression s'appliquent très peu auprès des personnes présentant un retard mental profond.

Il existe un lien étroit entre les problèmes de comportements et les modifications de l'humeur chez les personnes présentant des troubles affectifs (Lowry, 1993). Afin d'aider à poser un diagnostic de dépression, Sovner et Hurley (1982) proposent des équivalents comportementaux des symptômes de la dépression et les mettent en rapport avec les critères diagnostiques du DSM-

III-R. Le tableau 1, adapté de Sovner et Hurley permet d'identifier ces équivalents comportementaux.

Méthodologie

Dans la présente étude, une approche multidisciplinaire est utilisée permettant l'évaluation et le traitement d'une personne présentant un retard mental et pour laquelle on soupçonne un trouble de santé mentale. La démarche proposée sera illustrée à partir d'une étude de cas pour laquelle un tableau dépressif a été diagnostiqué.

Sujet

La cliente est une jeune femme âgée de 34 ans, vivant en centre de réadaptation depuis 17 ans. Elle est trisomique et présente une cécité complète. Une évaluation intellectuelle faite en 1975 indique que la cliente fonctionnait au niveau du retard mental moyen. Il n'y a pas d'évaluation intellectuelle plus récente au dossier de la cliente. Selon le jugement clinique du psychologue, la cliente fonctionne actuellement à un niveau de retard mental sévère.

Procédure

Le modèle clinique utilisé se fait en trois étapes. La première étape vise à colliger les données (observations, analyse fonctionnelle, instruments d'évaluation, etc.) en vue d'évaluer la problématique. La deuxième étape consiste en la rencontre d'une équipe multidisciplinaire dans le but d'émettre une ou des hypothèses diagnostiques et d'établir un plan de traitement en fonction de cette ou de ces hypothèses. La troisième étape est le suivi de la rencontre multidisciplinaire en vue d'évaluer l'efficacité du plan de traitement et de planifier les démarches ultérieures. À cette étape, si l'hypothèse émise lors de la rencontre multidisciplinaire n'est pas confirmée, on doit revenir à la première ou deuxième étape de cette démarche afin d'élaborer un autre plan de traitement. Les trois étapes sont présentées plus en détails dans les paragraphes suivants.

Tableau 1

Critères diagnostiques (DSM-III-R) de dépression grave et équivalents comportementaux chez les personnes présentant un retard mental¹

Critères DSM-III-R ²		Équivalents observés chez les personnes présentant un retard mental	Comportements objectifs observables
Humeur		Expression faciale apathique sans réaction émotionnelle	Mesurer la fréquence des sourires, les réactions aux activités préférées, les pleurs
Symptômes	1. Humeur dépressive, irritabilité chez les enfants et les adolescents	Retrait, absence de renforcements	Mesurer le temps passé dans la chambre
	2. Perte générale de l'intérêt, ou du plaisir exprimé lors des auto-évaluations, ou par une apathie manifeste		
	3. Perte ou gain importants d'appétit, perte ou augmentation de poids (5% du poids en un mois)		Mesurer les repas refusés, les changements de poids
	4. Insomnie ou hypersomnie	Changement dans le nombre d'heures de sommeil	Utiliser la charte de sommeil pour enregistrer les heures de sommeil, le temps passé au lit
	5. Activité psychomotrice ou retard	L'agitation peut se manifester par des actes d'autodestruction ou d'agression	Verbalisation spontanée, cent pas
6. Fatigue ou perte d'énergie		Peut se manifester par un manque d'énergie, par la passivité	
7. Sentiments d'inutilité/de culpabilité injustifiée		Affirmations telles que : "Je suis arriéré"	Langage expressif nécessaire pour déterminer la présence du symptôme
8. Perte de concentration, indécision/capacités de pensée affaiblies		Baisse du rendement dans l'atelier	Utiliser les données sur le rendement dans l'atelier
9. Pensées récurrentes de la mort/idée de suicide		Idee fixe au sujet du décès de membres de la famille, les funérailles deviennent une préoccupation constante	Langage expressif nécessaire pour déterminer la présence du symptôme.

1 Tiré de Sovner, R. & Hurley, A.D. (1982). Diagnosing depression in the mentally retarded. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation*, 1, 1-4. Traduit et reproduit dans A.S.M.C. (1993). *Recueil de différents textes. Les problèmes de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles*. 309, rue Godin, Repentigny (Québec) J6A 5Z8. Reproduit avec la permission de Psy-Média Inc. Tous droits réservés.

2 Présence d'au moins cinq des symptômes suivants pendant au moins deux semaines. Le symptôme 1 ou 2 doit être présent.

Étape 1: Évaluation de la problématique.

Le modèle d'évaluation est basé sur une approche évaluative multidimensionnelle du comportement (L'Abbé & Morin, 1992). Le Guide d'analyse multidimensionnelle du comportement implique sept étapes distinctes qui évaluent les facteurs bio-psycho-socio-environnementaux pouvant expliquer le comportement problème. (Voir L'Abbé, Morin et Prud'Homme dans ce même numéro). L'évaluateur peut puiser dans ce guide des moyens ou des outils d'évaluation qui sont pertinents à la problématique. L'analyse des facteurs psychologiques et en particulier l'évaluation des troubles de santé mentale retiennent particulièrement notre attention.

Selon le modèle proposé, il revient au psychologue de l'équipe de bien préparer la rencontre multidisciplinaire à laquelle assistera, entre autres, le psychiatre. Pour ce faire, un rapport synthèse a été adapté de Sovner et Hurley (1983) en vue d'une consultation en psychiatrie. Ce rapport comporte 11 parties distinctes et est utilisé lors de la présentation d'un nouveau cas: (a) motif de référence, (b) durée du problème, (c) présence de facteurs déclenchants, (d) retard mental, (e) développement psychosocial, (f) tuteur ou personne référente, (g) problèmes médicaux, (h) médication, (i) problèmes de comportement, (j) troubles de santé mentale et (k) fonctions végétatives.

Pour aider à l'élaboration de ce rapport, différents instruments d'évaluation peuvent être utilisés. Ainsi, les inventaires psychopathologiques comme le DASH, le Reiss et le PIMRA peuvent être complétés. De plus, plusieurs grilles d'observation des comportements problématiques peuvent être analysées.

Les résultats de ce rapport sont discutés entre le psychologue et le médecin traitant afin de déterminer la pertinence d'une consultation psychiatrique. L'annexe 1 présente sous forme de rapport synthèse l'ensemble des données cliniques obtenues par le psychologue.

Étape 2: Rencontre multidisciplinaire.

Le psychologue est responsable de l'organisation, de l'animation et du suivi de la rencontre multidisciplinaire. Au chapitre de l'organisation, il détermine l'ordre de présentation des différents cas présentés aux membres de l'équipe et il convoque les personnes significatives à cette rencontre. L'équipe, un peu comme le suggère Ryan, Rodden et Sunada (1991) peut être constituée des personnes suivantes: (a) le client et/ou son représentant, (b) l'intervenant responsable, (c) le psychologue, (d) le psychiatre, (e) le médecin traitant, (f) l'infirmière, (g) le chef d'unité de réadaptation et (h) toute autre personne jugée pertinente par le psychologue.

Le psychologue explique d'abord brièvement les résultats du rapport synthèse qui est distribué aux membres de l'équipe. Les intervenants sont libres de lui demander des explications ou de compléter par leurs observations le présent rapport. Un tour de table est alors effectué afin de recueillir l'opinion de chacun. À la lumière des discussions et des observations, le psychiatre émet une hypothèse diagnostique et précise le plan d'intervention à entreprendre

(annexe 2). Le plan d'intervention est également entériné par les membres de l'équipe. S'il y a lieu, le médecin prescrira des examens à effectuer et l'infirmière déterminera un plan de soins.

Étape 3: Suivi de la rencontre multidisciplinaire.

Suite à la réunion multidisciplinaire, chacun des membres de l'équipe repart avec ses tâches spécifiques à effectuer. Ainsi, le personnel de réadaptation se doit d'appliquer le plan d'intervention comportemental, les soins infirmiers voient à modifier la médication du client s'il y a lieu et le psychologue se doit d'évaluer les résultats des différentes interventions. Avant la rencontre multidisciplinaire suivante, un rapport sur le formulaire "Suivi des consultations psychiatriques" est effectué. Il est à noter que cette troisième étape peut se répéter à plusieurs reprises afin d'évaluer régulièrement les interventions entreprises. L'annexe 3 illustre la troisième étape de cette démarche clinique.

Résultats

Les annexes 1, 2 et 3 résument les trois démarches entreprises auprès de la cliente. Ainsi, en un premier temps l'évaluation a permis de cerner plus spécifiquement la problématique de la cliente. Dans un deuxième temps, lors de la rencontre multidisciplinaire, le psychiatre, en fonction des critères du DSM-III-R, a diagnostiqué un tableau dépressif avec comportements stéréotypés. Suite aux recommandations du psychiatre, le médecin traitant a prescrit la médication suivante: Zoloft 50mg 2 capsules BID et a maintenu le tranquillisant majeur (Largactil 25 mg 1 comprimé le midi et 50 mg H.S.) jusqu'à ce que la cliente réponde bien à cette médication antidépressive. Le personnel de réadaptation avait pour tâche spécifique d'augmenter graduellement le nombre d'activités plaisantes pour la cliente ainsi que d'augmenter leurs interactions verbales positives avec la cliente. En un troisième temps, lors d'une rencontre de suivi par l'équipe multidisciplinaire, le psychiatre a recommandé de maintenir la prescription actuelle.

Afin de mesurer objectivement l'impact de la médication et des interventions faites auprès de la cliente, des analyses comparatives au DASH et à l'ÉQCA ont été effectuées. La fréquence des comportements d'agressivité a aussi été mesurée. De plus, une synthèse des observations du personnel a été faite.

Analyse comparative du DASH

L'analyse comparative des résultats au DASH (tableau 2) indique des dimensions importantes tant au niveau de la fréquence, de la sévérité et de la durée des comportements observés et ce, pour chacune des 13 dimensions évaluées.

Selon le manuel d'administration du DASH, des hypothèses diagnostiques peuvent être formulées lorsque pour les cinq premières dimensions (anxiété, dépression, manie, autisme, schizophrénie) plus de la moitié des comportements sont présents. En ce qui a trait aux huit autres dimensions (automutilation, élimination, alimentation, sommeil, sexualité, syndrome organiques, contrôle des impulsions), c'est le critère de sévérité qui permet de postuler des hypothèses diagnostiques. En effet, dès que la cote 1 ou 2 apparaît au critère de sévérité, il est possible d'émettre des hypothèses diagnostiques pour ces dimensions.

Le tableau 2 donne les résultats au DASH en février 93, révèle que pour les cinq premières dimensions au DASH en février 93, révèle que pour les dimensions dépression, manie et autisme, plus de 50% des comportements sont observés pour chacune de ces dimensions (8/15, 5/7, 5/6). Ainsi, selon le manuel d'administration du DASH, des hypothèses diagnostiques auraient pu être formulées pour chacune de ces dimensions. L'application du plan d'intervention a permis de réduire la présence des comportements dans chacune des cinq premières dimensions tel que démontré lors de l'évaluation au DASH en mai 94. Ainsi, il n'est plus possible de retenir une hypothèse diagnostique concernant ces dimensions.

Tableau 2

Résumé de compilation DASH

Nom du client: X, Y

	Fréquence		Sévérité		Durée		Nb de cpts	
	Dates:	Fév. 93	Mai 94	Fév. 93	Mai 94	Fév. 93	Mai 94	
1-ANXIÉTÉ		1	0	1	0	1	0	1/8 0/8
2-DÉPRESSION		14	1	14	0	14	0	8/15 1/15
3-MANIE		8	1	8	0	8	1	5/7 1/7
4-AUTISME		9	2	9	0	9	2	5/6 1/6
5-SCHIZOPHRÉNIE		6	1	6	0	6	2	3/7 1/7
6-STÉRÉOTYPES		10	2	10	0	10	2	5/7 1/7
7-AUTOMUTILATION		1	0	1	0	1	0	1/5 0/5
8-ÉLIMINATION		0	0	0	0	0	0	0/2 0/2
9-ALIMENTATION		3	0	3	0	3	0	2/6 0/6
10-SOMMEIL		2	0	2	0	2	0	2/5 0/5
11-SEXUEL		3	0	3	0	3	0	2/3 0/3
12-ORGANIQUE		11	0	11	0	11	0	7/12 0/12
13-IMPULSIONS		12	3	12	0	12	5	8/16 3/16

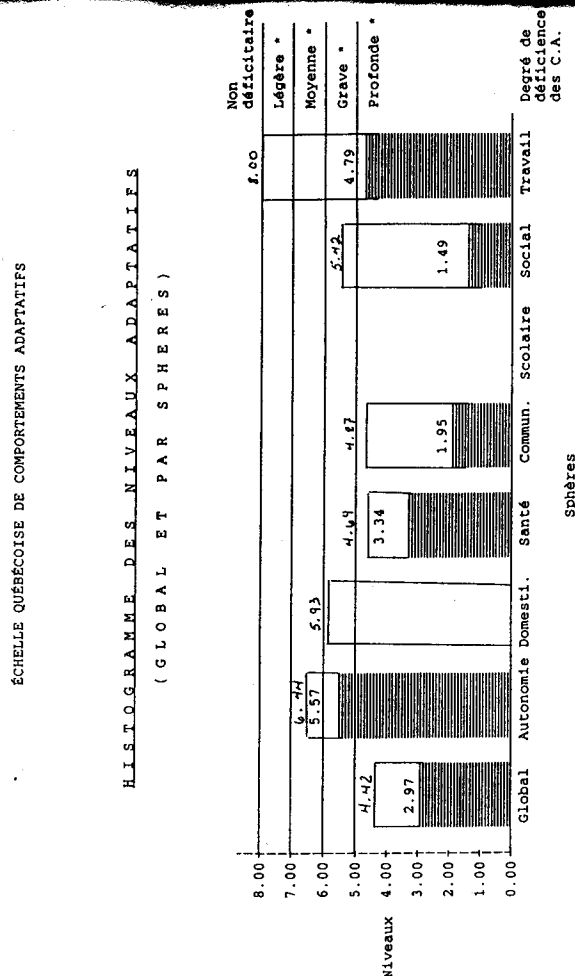
En ce qui concerne les huit autres dimensions, les résultats indiquent qu'en février 93, il y avait sept des dimensions qui pouvaient être retenues pour des hypothèses diagnostiques lorsque le critère de sévérité était analysé et plus particulièrement pour les dimensions comportements stéréotypés, syndrome organique et contrôle des impulsions. L'évaluation en mai 94, n'indique plus la présence du critère de sévérité pour chacune des huit dimensions. Aucune hypothèse diagnostique n'est alors justifiée.

Analyse comparative de l'ÉQCA

Le figure 1 compare les deux passations de l'ÉQCA. Même si l'évaluation indique encore un déficit profond des comportements adaptatifs, nous remarquons une augmentation marquée au score global. De plus, dans chacune des sphères (à l'exception de la sphère scolarisation) on note une amélioration marquée des comportements adaptatifs.

Figure 1

Comparaison des scores globaux et par sphères de la cliente en 1992 et en 1994



L'évaluation des comportements inadéquats à partir de l'ÉQCA indique en 1992 la présence de 28 comportements jugés léger et 4 comportements jugés comme étant de gravité moyenne. L'évaluation effectuée en 1994, mentionne la présence de trois comportements jugés de gravité légère et d'aucun comportement jugé moyen ou grave.

Fréquence des comportements agressifs

L'enregistrement de la fréquence des comportements agressifs pour l'année 92 et le début de l'année 93 indique la présence d'une moyenne de 11 comportements d'agressivité par mois. Suite à l'introduction de la médication, on remarque une baisse graduelle de ces comportements. Depuis près d'un an, il n'y a aucun comportement d'agressivité qui a été enregistré.

Observations du personnel

Les observations du personnel permettent de souligner les améliorations suivantes:

- la cliente se déplace de plus en plus seule dans l'établissement. Elle répond bien aux consignes verbales;
- elle est beaucoup plus présente à ce qui se passe autour d'elle;
- elle est beaucoup plus autonome pour son hygiène de base;
- elle s'occupe durant les temps libres;
- elle participe régulièrement aux tâches de la vie quotidienne, ce qu'elle ne faisait pas auparavant (ex. faire les lits);
- ne cherche plus à être isolée du groupe;
- elle fréquente un service d'apprentissage et habitudes de travail toute la journée et participe activement aux activités;
- elle est de bonne humeur, n'a plus de périodes où elle pleure sans raison apparente;
- elle parle au présent, raconte ce qu'elle a fait durant la journée, répond logiquement aux questions qui lui sont posées.
- elle développe des liens avec d'autres membres du personnel;
- elle ne mord plus, ne pousse plus et ne frappe plus; elle ne porte plus ses doigts à son nez et ne cherche pas à se masturber constamment.

Ainsi, l'ensemble des données indique clairement une nette amélioration des comportements de la cliente tant au plan de son autonomie, de son humeur et de ses interactions sociales. De plus, les comportements jugés inadéquats sont presque complètement absents.

Discussion

La démarche présentée dans cette étude a permis d'identifier et de traiter efficacement une problématique de dépression chez la cliente. Toutefois, cette même démarche peut s'appliquer à la panoplie des troubles de santé mentale.

Dans cette démarche, l'étape de l'évaluation de la problématique comme telle et l'investigation de l'ensemble des facteurs bio-psycho-sociaux-environnementaux est essentielle. L'utilisation de mesures objectives (tels les inventaires psychopathologiques et différentes mesures du comportement) aide à formuler une ou des hypothèses diagnostiques concernant les troubles de santé mentale.

Le travail en équipe lors de la rencontre multidisciplinaire, permet de mieux circonscrire la problématique et par le fait même de préciser le diagnostic. Le diagnostic n'est pas une fin en soi mais il constitue à la fois l'acte initial et permanent à tout traitement (Lemay, 1976). Le travail en équipe ne constitue pas un regroupement factuel d'un ensemble de spécialistes en vue d'effectuer une série de tâches. Le travail en équipe doit bien plus être vu comme un regroupement fonctionnel dont l'effectif, la nature des professions, le contenu des interventions dépendent des besoins mis progressivement en évidence. (Lemay, 1987). L'ajout éventuel d'un pharmacien à l'équipe multidisciplinaire pourrait permettre d'améliorer davantage l'intervention pharmacologique (Ryan, Rodden, & Sunada, 1991).

L'étape du suivi est aussi essentielle. Cette étape permet de mesurer l'efficacité des interventions entreprises et de faire des réajustements si les hypothèses diagnostiques ne semblent pas être confirmées. L'utilisation des différents inventaires psychopathologiques et des diverses mesures du comportement permettent une évaluation objective des interventions entreprises. Les observations du personnel sont aussi importantes afin de confirmer les résultats et permettent aussi d'évaluer certains aspects qui pourraient ne pas être couverts par les instruments utilisés.

En plus de l'intervention pharmacologique, des stratégies d'intervention basées sur l'approche cognitive comportementale doivent s'ajouter afin de répondre aux autres besoins des clients. Des modifications dans l'environnement physique et social des clients peuvent aussi s'avérer nécessaires pour le traitement des troubles de santé mentale.

Références

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Troisième édition révisée. Washington, D.C.: Auteur.
- American Psychiatric Association (1989). *Treatment of Psychiatric Disorders*. Washington, D.C.
- Caron, C. (1991). Les troubles psychopathologiques chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 2, 119-126.

- Crews, W.D. Jr., Bonaventura, S., & Rowe, F. (1994). Dual diagnosis: Prevalence of psychiatric disorders in a large state residential facility for individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98.
- Gardner, W.I., & Graeber, J.L. (1990). People with mental retardation and severe disorders: A multimodal behavioral diagnostic and treatment approach. *The N.A.D.D. Newsletter*, 7, 1-4.
- Gualtieri, C.T., & Sovner, R. (1989). Akathisia and tardive akathisia. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 8, 83-88.
- Harvey, M. (1984). *L'Échelle de développement Harvey, forme II*. Behavioira: Eastman, Québec.
- Hurley, A.D., & Sovner, R. (1992). Inventories for evaluating psychopathology in developmentally disabled individuals. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 11, July-August. Traduit et reproduit dans A.S.M.C. (1993). *Recueil de différents textes. Les problèmes de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles*. 309 rue Godin, Repentigny (Québec) J6A 5Z8.
- L'Abbé, Y., & Morin, D. (1992). *L'analyse du comportement. Une approche évaluative multidimensionnelle*. Eastman, Québec: Behavioira.
- Lemay, M. (1976). *Le diagnostic en psychiatrie infantile. Pièges, paradoxes et réalités*. Paris: Fleurus.
- Lemay, M. (1987). L'équipe d'intervention. In Ionescu, S. (Ed.) *L'intervention en déficience mentale. Manuel de méthodes et techniques*, Vol. 1. Belgique: Mardaga.
- Lowry, M.A. (1993). A Clear Link Between Behaviors and Mood Disorders. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 12.
- Luckasson, R. (1992). *Mental Retardation. Definition. Classification and Systems of Supports*, 9^e édition. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Matson, J.L. (1988). *The PIMRA Manual*. Worthington, OH:IDS Publishing Corporation.
- Matson, J.L. (1993). *Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped*. Oxford, MI: Oxford Publishing Group Inc.
- Matson, J.L., Barrett, R.P., & Helsel, W.J. (1988). Depression in mentally retarded children. *Research in Developmental Disabilities*, 9, 39-46.
- Maurice, P., Morin, D., & Tassé, M.J. (1991). *Manuel technique. Échelle québécoise de comportements adaptatifs*. Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal. Montréal, Québec.
- Nezu, C.M., Nezu, A.M., & Gill-Weiss, M.J. (1992). *Psychopathology in Persons with Mental Retardation. Clinical Guidelines for Assessment and Treatment*. Champaign, IL: Research Press Company.
- O'Neill, R.E., Horner, R.H., Albin, R.W., Storey, K., & Sprague, J.R. (1990). *Functional analysis problem behavior: A practical assessment guide*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Co.
- Reiss, S. (1988). *The Reiss Screen for Maladaptive Behavior test manual*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- Reiss, S., & Valenti-Hein, D. (1990). *Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis: Test Manual*. Worthington, OH:IDS Publishing Corporation.
- Reynolds, W.M., & Miller, K.L. (1985). Depression and learned helplessness in mentally retarded and non mentally retarded adolescents: An initial investigation. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 295-306.
- Rojahn, J., Warren, V.J., & Ohlinger, S. (1994). A Comparison of Assessment Methods for Depression in Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 305-313.

- Ryan, R., Rodden, P., & Sunada, K. (1991). A model for interdisciplinary on-site evaluation of people who have "dual diagnosis" *The N.A.D.D. Newsletter*, 8, (1), 1-4.
- Sovner, R., & Hurley, A.D. (1982). Diagnosing depression in the mentally retarded. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation* 1, 1-4. Traduit et reproduit dans A.S.M.C. (1993). *Recueil de différents textes. Les problèmes de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles*. Repentigny, Québec.
- Sovner, R., & Hurley, A.D. (1983a). Four factors affecting the diagnosis of psychiatric disorder in mentally retarded persons. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 5, 45-50.
- Sovner, R., & Hurley, A.D. (1983b). Preparing for a mental health consultation. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Newsletter*, 2. Synthèse et adaptation publiées dans L'Abbé, Y., & Morin, D. (1992). *L'Analyse du comportement, une approche évaluative multidimensionnelle*. Behavioura, Eastman: Québec.
- Sovner, R., & Hurley, A.D. (1986). Managing aggressive behavior: a psychiatric approach. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 5, 16-21.
- Sovner, R., & Lowry, M.A. (1990). A behavioral methodology for diagnosing affective disorders in individuals with mental retardation. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 9, 55-61.

Abstract

The assessment of mental health problems in the mentally retarded is a relatively new process. Presently, depression is the most investigated mental disorder in this clientele. But for this investigation to be effective it must be based on objective data and implicate a team of multi professional workers. The objective of this article, based on a history case, will demonstrate the multidisciplinary approach of evaluating and treating depression in a mentally retarded person.

Annexe 1

Rapport synthèse en vue d'une consultation en psychiatrie

- 1.0 *Données nominatives*
- Nom de la cliente: X. Prénom: Y.
- Adresse: Pavillon Ste-Marie 45, Du Pavillon
Lafontaine (Qc)
J7Y 3R6
- Date de naissance: 1959-XX-XX
- Date d'admission: 1976-XX-XX
- Personne responsable de l'intervention: L'éducatrice
- Date du rapport: 1993-03-10

- 2.0 *Diagnostic*
- Trisomie 21, cécité complète.
- 3.0 *Motif de référence*
- Agressivité envers les pairs.
- 4.0 *Problématique*
- Les intervenants spécifient que Y.X. est agressive envers ses pairs et émet plusieurs comportements inadéquats. Elle semble se complaire en s'isolant du groupe. Vît dans le passé. "Semble dépressive". Elle éprouve de la difficulté à être stimulée. Elle tourne en rond. Elle a été évaluée au Centre Nazareth et Louis Braille et a été suivie en orientation-mobilité. L'utilisation d'une canne blanche n'a pas été retenue puisqu'elle ne possédait pas les pré-requis nécessaires.
- 5.0 *Facteurs déclencheurs*
- Depuis qu'elle est devenue presque aveugle, les comportements inadéquats se sont accentués. Le départ de pairs qui verbalisaient avec elle a pu contribuer à ses comportements de retrait.
- 6.0 *Fonctionnement intellectuel*
- En 1975 Une psychologue mentionnait que Y.X. était une enfant qui fonctionnait au niveau de la débilite moyenne et elle recommandait: (1) un examen de la vue, (2) une intégration possible dans une institution pour semi-voyants et (3) de lui offrir des services d'orthophonie.
- En 1977 L'Échelle de développement Harvey (Harvey, 1984) indique un âge global de développement de 37 mois.
- En 1992 L'Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs (Maurice, Morin, & Tassé, 1991) indique un déficit profond des comportements adaptatifs.
- 7.0 *Histoire sociale*
- La mère de Y.X. semble avoir déjà été suivie pour des troubles de santé mentale dont on ignore la nature. Y.X. a une soeur siamoise qui lui rend visite une fois par année environ.
- Placements*
- 1962 Garderie
- 1976 École spécialisée
- 1976 Pavillon Ste-Marie (est toujours demeurée à la même unité de vie)

8.0 *Problèmes médicaux*

L'échelle d'évaluation "Tardive Akathisia Rating Scale" (Gualtieri & Sovner, 1989) en février 93 révélait la présence de plusieurs comportements stéréotypés et une importante activité motrice. Le fonctionnement de la glande thyroïde est normal.

9.0 *Médication*

1985	Élavil 10 mg T.I.D.	Cessé 86-03-27
	Nozinam 10 mg H.S.	Cessé 86-02-27
88-08-31	Largactil 25 mg 1 co.	
	prescrit le midi	
88-08-31	Largactil 50 mg H.S.	

10.0 *Problèmes de comportement*

L'éducatrice responsable rencontre régulièrement le psychologue afin d'élaborer différents plans d'intervention pour les problématiques rencontrées par la cliente.

Comportements inadéquats:

- Renverse ses pairs et leur occasionne des blessures importantes;
- frappe certains résidents en particulier;
- mord;
- pousse;
- émet des comportements bizarres, effectue beaucoup de gestes et de mimiques;
- fait allusion à des événements ou des personnes avec lesquelles elle a vécu dans le passé ou qui sont imaginaires;
- renverse les fauteuils roulants; se bute constamment sur tout ce qui l'entoure (le personnel s'interroge sur l'incidence de ce dernier comportement); semble rechercher des interactions par ce comportement;
- met ses doigts dans son nez;
- met constamment sa main dans son pantalon pour se masturber.

Observations du personnel en rapport avec ses comportements adaptatifs:

Activités:

- Aime beaucoup participer à une activité de danse qui se déroule à l'extérieur de l'établissement et qui est organisée par un organisme sans but lucratif;
- Une fois semaine, elle apprécie les massages qui lui sont offerts par une massothérapeute;
- N'aime pas venir à la piscine;
- Ne participe pas dans les activités de bricolage car elle a tendance à porter ses doigts dans son nez ou dans son pantalon;

- Depuis janvier 1990, il y a eu deux tentatives d'intégration à des activités préparatoires au service d'apprentissage et habitudes de travail et elle a dû être retirée parce qu'elle se levait constamment, ne participait à aucune activité, ne persévérerait pas face à une tâche, se promenait et se butait constamment sur les autres stagiaires.

Déplacements:

- Elle oublie souvent de placer ses mains devant elle lorsqu'elle se déplace.

Relation avec l'adulte:

- Aime parler avec l'adulte. Parle souvent de ce qu'elle a mangé ou va manger ainsi qu'elle parle de personnes qu'elle a connues dans le passé et de personnes qui nous semblent imaginaires.

Relation avec les pairs:

- Elle est capable de relations très affectueuses avec certains pairs qui acceptent de se faire cajoler;
- Elle provoque verbalement les pairs jusqu'à l'aboutissement d'une riposte verbale et/ou physique.

Émotivité:

- Passe d'un état euphorique à un état de grande peine.

11.0 Troubles de santé mentale

L'évaluation faite à partir du DASH (93-02-18) révèle surtout la présence de comportements reliés à la dépression, à la manie, à l'autisme, à des comportements stéréotypés et impulsifs. La mère serait suivie pour des troubles de santé mentale de nature inconnue.

12.0 Fonctions végétatives

- sommeil: Depuis un an, se réveille occasionnellement en pleurant et en criant.
- fonction urinaire et fécale: Continente.
- alimentation: Très préoccupée par la nourriture, mange beaucoup.
- poids: Stable.

Annexe 2

Réponse à la consultation psychiatrique

Motif de consultation: Agressivité

Observations: Comportement plus problématique depuis qu'elle présente une cécité complète. Symptomatologie bien discutée au dossier. Présente une certaine désinhibition sexuelle. Humeur changeante: pleurs soudains versus changement d'humeur. A des comportements stéréotypés. Répète les mêmes choses. Parle du passé.

Diagnostic: Présente un tableau dépressif avec comportements stéréotypés.

Plan d'intervention suggéré: Prescrire médication antidépressive. Continuer le Largactil. Le Largactil pourrait être cessé graduellement lorsqu'il y aura eu réponse à la médication antidépressive et selon cette réponse.

Annexe 3

Suivi des consultations psychiatriques

Ce formulaire comprend quatre parties. La partie A doit être remplie par les intervenants directs et la partie B doit être remplie par les soins infirmiers. La partie C doit être remplie conjointement avec les intervenants directs et les soins infirmiers. Et enfin, la partie D est complétée par le psychologue.

Partie A

A-1. Identification

Nom du résident: Y.X. Date de naissance: 1959-XX-XX
 Formulaire complété par: XXX Fonction: Éducatrice
 Date de la présente consultation psychiatrique: 1993-09-15
 Date de la dernière consultation psychiatrique: 1993-03-10

A-2. Motif de la demande initiale
 Description du ou des comportements problématiques

Agresse les pairs;
 semble se complaire en s'isolant du groupe;
 vit dans le passé: "semble dépressive";
 elle éprouve de la difficulté à être stimulée;
 elle tourne en rond.

A-3. Attentes des intervenants

Qu'elle participe aux routines et s'intéresse aux activités qu'elle nous demande de faire; qu'elle parle au présent.

A-4. Interventions psychosociale/comportementale/médicale

Date du début: 1993-03-10 Date de fin: En cours

Intervention:

Le médecin traitant a prescrit un antidépresseur et a maintenu le tranquillisant (Largactil 25 mg le midi et 50 mg H.S.). Le psychiatre suggère d'enlever graduellement le tranquillisant lorsqu'elle répondra bien à la médication antidépressive.

Résultats:

Exprime ses désirs, fait des demandes; elle parle maintenant au présent; capable de vivre socialement avec les pairs. N'a plus de changements d'humeur aussi marqués.

Intervention:

Compte tenu des changements cités précédemment, il y a eu réaménagement de l'horaire de la cliente afin de lui permettre de participer à plus d'activités et de sortir à l'extérieur de son milieu de vie.

Résultats:

La cliente a pu intégrer le programme préparatoire au service d'apprentissage et habitudes de travail à l'extérieur de son milieu de vie.
 De plus, la cliente est beaucoup plus active lorsqu'elle est présente dans son milieu de vie et arrive à s'occuper durant les périodes libres.

Partie B

B-1. Identification

Nom du résident: Y.X. Date de naissance: 1959-XX-XX
 Formulaire complété par: Y.Y.Y. Fonction: Infirmière
 Date de la présente consultation psychiatrique: 1993-09-15
 Date de la dernière consultation psychiatrique: 1993-03-10

- B-2. *Médication actuelle, dosage et posologie*
1. Zoloft 100 mg DIE
2. Largactil 25 mg le midi et 2 capsules H.S.
- B-3. *Dosage sanguin* *Date* *Niveau sanguin* *Dose journalière*
Aucun
- B-4. *Résultats obtenus à des tests de laboratoire significatifs*

Test	Date	Résultats
Aucun		
- B-5. *Commentaires généraux concernant la santé physique*
Condition stable.
Collabore bien aux examens.

Partie C

C-2. Identification Nom du résident: Y.X.

OBSERVATIONS COMPORTEMENTALES Exprime ses désirs, fait des demandes, très volatile et active. s'occupe durant ses temps libres capable de vivre socialement avec les pairs elle nous parle maintenant au présent.	SIGNES ET SYMPTÔMES PHYSIQUES Cocher chacun des problèmes observés depuis les quinze derniers jours appétit (+ - =) boit (+ - =) nausées/vomissements éourdissements perte de connaissance convulsions agitation (+ - =) troublements sommeil (+ - =) sommeil irrégulier s'endort difficilement fréquence urinaire (+ - =) difficulté à uriner incontinence urinaire incontinence fécale constipation diarrhée démangeaisons eczhyrmoses (bleus) coup de soleil éruption cutanée toux congestion nasale perturbation cycle menstruel maux de tête douleur abdominale difficulté à uriner lentueur psychomotrice perte d'équilibre autre:	MÉDICATION Date: 1993-09-15 Zoloft 100 mg DIE Largactil 25 mg le midi Largactil 50 mg H.S.
---	---	--

Partie D**D-1. Identification**

Nom du résident: Y.X. Date de naissance: 1959-XX-XX
 Date d'admission: 1976-06-30 Fonction: Psychologue
 Formulaire complété par: ZZZ Date de la présente consultation psychiatrique: 1993-09-15
 Date de la dernière consultation psychiatrique: 1993-03-10

D-2. Diagnostic

Trisomie 21.

D-3. Handicap associé

Cécité totale selon le rapport de l'optométriste du 13-09-85.
 Cause du handicap: Fibroplasie rétro-cristallinienne.

D-4. Motif de référence

Agressivité envers ses pairs. S'isole du groupe. Manque d'intérêt pour les activités. "Semble dépressive" selon les intervenants.

D-5. Recommandations à la dernière consultation

Prescription d'un anti-dépresseur et maintien temporaire du tranquillisant majeur.

D-6. Résultats aux instruments d'évaluation

Instrument utilisé: DASH, ÉQCA, données d'observation du personnel

RESULTATS:

DASH: Le tableau 2 compare les données au DASH. Pour toutes les catégories de comportements, la fréquence, la durée, la sévérité et le nombre de comportements ont diminués.

ÉQCA:

La figure 1 compare les deux passations de l'ÉQCA. Même si l'évaluation indique encore un déficit profond des comportements adaptatifs, nous remarquons une augmentation marquée au score global. De plus, dans chacune des sphères (à l'exception de la sphère scolarisation) on note une amélioration marquée des comportements adaptatifs.

OBSERVATIONS: Il n'y a plus de comportements d'agressivité d'observés chez la cliente.

D-7. Résumé de la situation

Amélioration très significative des comportements de la cliente: diminution des comportements agressifs, augmentation des comportements adaptatifs.

Les intervenants demeurent très satisfaits de la situation car la médication a eu un effet très positif sur l'ensemble de son comportement.

D-8. Questionnement et/ou recommandations

Vérifier avec le psychiatre comment se fera la diminution du Largactil. Obtenir une consultation psychologique à l'Institut Nazareth et Louis Braille afin de statuer sur son fonctionnement intellectuel et obtenir des recommandations concernant les activités que peut effectuer la cliente.

D-9. Recommandations du psychiatre

Maintien de la médication actuelle (Zoloft et Largactil). Si on veut changer la médication à long terme (commencer par éliminer le Largactil).
 À revoir dans un an (sept. 1994) à moins de problèmes entre temps.