

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANICK BRISSON

LES QUALITÉS MÉTROLOGIQUES D'UNE TRADUCTION FRANÇAISE  
DU *REISS SCREEN FOR MALADAPTIVE BEHAVIOR*

JUIN 1997

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Depuis les quinze dernières années, nous avons vu croître l'intérêt face aux questions du double-diagnostic chez les personnes présentant un déficit intellectuel. Le concept de double-diagnostic illustré dans cette recherche, renvoie à la présence concomitante des diagnostics de déficience intellectuelle et de troubles mentaux chez le même individu. Traditionnellement, on a ignoré cette clientèle car les auteurs jugeaient que les personnes déficientes étaient, par leur déficit intellectuel, immunisées contre tous les troubles mentaux (Matson & Barrett, 1993). Aujourd'hui, même si le concept de double-diagnostic est reconnu, ce domaine de recherche est encore peu développé. Cette étude porte donc, sur l'évaluation des troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. Actuellement, tous les instruments de mesure portant sur cette problématique sont élaborés par des chercheurs américains, et à notre connaissance aucune traduction n'a déjà été faite. Le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (Reiss, 1987) est parmi les tests les plus fréquemment utilisés et il a été retenu pour cette étude. Le but de cette recherche est donc de vérifier les qualités métrologiques d'une traduction québécoise du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*, l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Cette version traduite a été expérimentée auprès de 70 personnes adultes déficientes intellectuelles institutionnalisées au Centre Hospitalier Robert-Giffard de Québec. La population est constitué de 54 hommes et de 16 femmes dont une personne ayant une déficience intellectuelle limite, 18 avec une déficience intellectuelle légère, 26 avec une déficience moyenne, 12 avec une déficience sévère et 13 avec une déficience intellectuelle

profonde. Pour mesurer la validité de cette traduction, les résultats de cet outil ont été mis en corrélation d'abord avec les diagnostics psychiatriques établis pour ces personnes, et ensuite, avec la deuxième partie de l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs* (ÉQCA) qui mesure les comportements inadéquats. Et pour évaluer la fidélité de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*, la concordance interjuge, la consistance interne et la fidélité test-retest ont été vérifiées. Les résultats obtenus aux analyses de validité et de fidélité correspondent à ceux obtenus pour la version originale anglaise. L'*Échelle de Dépistage des Comportement Mésadaptés de Reiss* s'avère un nouvel instrument de mesure fiable qui pourrait être utilisé par les praticiens francophones pour la planification des services aux personnes déficientes intellectuelles présentant un double-diagnostic.

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	<b>9</b>
<b><u>CHAPITRE 1: CONTEXTE THÉORIQUE</u></b>	<b>12</b>
LA PROBLÉMATIQUE DE DOUBLE-DIAGNOSTIC	13
Position du problème	13
Déficience intellectuelle	16
Définitions	16
Mesure de la déficience intellectuelle	25
Facteurs étiologiques	28
Prévalence de la déficience intellectuelle	29
Double-diagnostic	30
Définition du concept de double-diagnostic	30
Manifestation des troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle	34
Prévalence du double-diagnostic	38
Mesure des troubles mentaux chez les déficients intellectuels	42
Embûches diagnostiques	47
Instruments de mesure des troubles mentaux pour les personnes déficientes intellectuelles	50
<b><u>CHAPITRE 2: MÉTHODE</u></b>	<b>56</b>
POPULATION	57
INSTRUMENTS DE MESURE	58
DÉROULEMENT DE L'EXPÉRIENCE	62
HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	65
Hypothèse générale	65
Hypothèses exploratoires	66

CHAPITRE 3: RÉSULTATS	68
ANALYSE DES DONNÉES	69
Analyses des données utilisées en fonction de l'hypothèse de recherche principale	70
Analyses des données en fonction des hypothèses exploratoires	74
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	75
CHAPITRE 4: DISCUSSION	93
CHAPITRE 5: CONCLUSION	104
RÉFÉRENCES	108
APPENDICE	114

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Besoins de soutien .....	20
Tableau 2	Degrés de gravité du retard mental .....	23
Tableau 3	Différences entre les définitions de la déficience intellectuelle de Grossman (1983), Luckasson et al. (1992) et de l'American Psychiatric Association (1994) .....	24
Tableau 4	Examen de la distribution de fréquences des sujets en fonction de la présence ou de l'absence de diagnostic psychiatrique et de la présence ou de l'absence d'un score positif à l' <i>Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss</i> .....	77
Tableau 5	Examen de la distribution de fréquences entre les huit catégories de diagnostics psychiatriques et les huit échelles de l' <i>Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss</i> .....	79
Tableau 6	Coefficients de corrélation de Pearson entre le score global à la deuxième partie de l'ÉQCA et les scores totaux de l' <i>Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss</i> .....	80
Tableau 7	Coefficients de corrélation de Pearson obtenus entre le score de l'évaluateur 1 et le score de l'évaluateur 2 à chaque échelle de l' <i>Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss</i> (concordance interjuge) .....	82
Tableau 8	Consistance interne aux échelles de l' <i>Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss</i> .....	84
Tableau 9	Coefficients de corrélation de Pearson entre deux prises de mesure (test-retest) pour chaque échelle de l' <i>Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss</i> (constance) .....	86
Tableau 10	Examen de la distribution de fréquences des sujets selon la présence ou l'absence d'un diagnostic psychiatrique en fonction de leur sexe .....	88
Tableau 11	Examen de la distribution de fréquences des sujets selon la présence ou l'absence d'un score positif à l' <i>Échelle de Dépistage des Comportement Mésadaptés de Reiss</i> .....	89

Tableau 12	Examen de la distribution de fréquences des sujets selon la présence ou l'absence d'un diagnostic psychiatrique en fonction de leur degré de déficience intellectuelle.....	91
Tableau 13	Examen de la distribution de fréquences des sujets selon la présence ou l'absence d'un score positif à l' <i>Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss</i> en fonction de leur degré de déficience intellectuelle .....	92



### Remerciements

Je désire remercier, tout spécialement, Mme Colette Jourdan-Ionescu, directrice et professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour la confiance qu'elle a su me manifester dès le début de ma formation universitaire. Elle fût pour moi une grande source de motivation et d'inspiration. Son soutien constant m'a permis d'atteindre mes objectifs professionnels.

Je désire, également, remercier le Dr Jean Delâge, psychiatre et chef de service clinique et Mme Christine Caron, agent de programmation sénior, tous deux du Centre Hospitalier Robert-Giffard, pour avoir mis à ma disposition leur temps et leur expérience. De même que M. Germain Couture du Groupe de Recherche En Développement de l'Enfant et de la Famille, Université du Québec à Trois-Rivières, pour le soutien technique qu'il m'a fourni.

Merci enfin, à l'administration, aux professionnels et aux intervenants du Centre Hospitalier Robert-Giffard à Québec qui, par leur contribution ont rendu possible la réalisation de ce projet.

## Introduction

L'évaluation des troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle fait l'objet du présent mémoire de maîtrise en psychologie. Afin de mieux saisir cette problématique de double-diagnostic traitant des troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, la première partie de cet ouvrage sera consacrée à la déficience intellectuelle. Elle permettra de définir la déficience intellectuelle, d'exposer quelles sont les caractéristiques et les causes qui y sont associées, d'expliquer la procédure diagnostique et finalement, de mesurer l'ampleur de ce phénomène.

Une fois la déficience intellectuelle bien définie, il sera plus facile de définir le concept de double-diagnostic. Ceci signifie, exposer les manifestations des troubles mentaux chez les personnes déficientes intellectuelles, décrire les statistiques de prévalence associées à cette problématique, présenter les facteurs étiologiques, décrire la procédure diagnostique et les embûches qui y sont associées et finalement, présenter les instruments de mesure les plus fréquemment utilisés dans l'évaluation des troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle dont le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (Reiss, 1987).

Cette revue de documentation sur le concept du double-diagnostic permettra d'aboutir à la problématique: l'étude des qualités psychométriques de la traduction québécoise du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* réalisée dans le cadre de ce mémoire de maîtrise l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. La seconde partie de ce mémoire exposera donc, la méthode suivie pour pouvoir rendre à terme les hypothèses de recherche. Ici, la population et les instruments utilisés seront décrits, de même, que le déroulement de cette recherche.

La troisième partie sera consacrée à présenter les résultats obtenus lors des analyses statistiques et à les discuter, en relation avec toutes les informations exposées aux première et deuxième parties. Il est important d'ajouter que cette étude sur les qualités métrologiques d'une traduction québécoise du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* démontre des analyses statistiques supplémentaires aux analyses retrouvées pour la version originale : une validation avec un autre instrument de mesure, une analyse interjuge et une analyse test-retest (avec un intervalle de trois mois). Cette étude de validation permettra donc d'obtenir des analyses statistiques plus nombreuses que celles présentées par l'auteur du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. La quatrième et cinquième parties présenteront une discussion traitant des résultats obtenus et, enfin, une conclusion.

## Contexte théorique

## LA PROBLÉMATIQUE DE DOUBLE-DIAGNOSTIC

Ce premier chapitre traitera de la problématique du double-diagnostic. D'abord une introduction à la problématique sera exposée. Par la suite, deux grands thèmes seront abordés: la déficience intellectuelle et le double-diagnostic. La déficience intellectuelle sera présentée en quatre parties: les définitions les plus reconnues, la mesure de la déficience intellectuelle, les facteurs étiologiques et la prévalence de cette problématique. Le second thème, le double-diagnostic, sera détaillé en sept parties: la définition du concept, les manifestations des troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, la prévalence de cette problématique, les facteurs étiologiques qui s'y rattachent, la mesure des troubles mentaux chez cette clientèle, les embûches diagnostiques rencontrées et finalement, les instruments qui mesurent la présence de troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle.

### Position du problème

Durant les quinze dernières années, nous avons vu croître l'intérêt face aux questions du double-diagnostic chez les personnes présentant une déficience intellectuelle. Le concept de double-diagnostic illustré dans cette recherche, renvoie à la présence concomitante des

diagnostics de déficience intellectuelle et de troubles mentaux chez le même individu. Ce concept est associé au mouvement américain de désinstitutionnalisation qui a débuté dans les années '80, période pendant laquelle une partie des personnes présentant une déficience intellectuelle ont été appelées à aller vivre dans la communauté. C'est devant ce mouvement massif de désinstitutionnalisation que l'on a noté qu'un bon nombre de personnes déficientes intellectuelles présentaient des troubles du comportement qui pouvaient être associés à des symptomatologies de troubles mentaux. Conséquemment, on a observé que ces personnes requéraient des interventions psychiatriques en plus des interventions fournies pour leur déficience intellectuelle

Traditionnellement, on a ignoré cette clientèle car les auteurs jugeaient que ces personnes étaient, par leur déficience intellectuelle, immunisées contre tous les troubles mentaux (Matson & Barrett, 1993). Donc, dans l'histoire, c'est cette clientèle qui a eu le plus de difficultés à recevoir des services d'ordre psychiatrique (Fletcher & Menolascino, 1989; Nézu, Nézu & Gill-Weiss, 1992). Maintenant, il est reconnu que les personnes déficientes intellectuelles peuvent souffrir de toute la gamme des maladies mentales (Eaton & Menolascino, 1982; Menolascino & Stark, 1984; Matson & Barrett, 1993). Toutefois, même si ces problèmes sont souvent identifiés, on n'y répond pas forcément avec des services appropriés (Stark, Menolascino, Albarelli & Gray, 1984). En conséquence, plusieurs personnes déficientes intellectuelles se retrouvent sans diagnostic approprié et sans service en santé mentale (Corbett, 1979).

Aujourd'hui, même si le concept de double-diagnostic est connu et reconnu, ce domaine de recherche est encore peu développé. En conséquence, la documentation est très limitée et on observe un manque de cohésion entre les différentes études: on n'utilise pas toujours la même définition du concept de double-diagnostic, on évalue des troubles psychiatriques différents et on retrouve des méthodologies différentes (Matson & Barrett, 1993).

De plus, malgré une plus grande ouverture sur ce concept, certains praticiens ne croient pas encore en l'existence de tels troubles chez ce type de clientèle et ils demeurent réticents à poser un diagnostic double. Cette réticence relève du fait que certains professionnels de la santé ont, encore aujourd'hui, peu de connaissances et de formation sur ce sujet (Crews, Bonaventura & Rowe, 1994; Sovner & Hurley, 1983). Ils reconnaissent donc plus difficilement les manifestations des troubles mentaux chez une personne ayant une déficience intellectuelle, surtout lorsque le degré de la déficience est plus profond (Reiss, 1987; Stark, Menolascino, Albarelli & Gray, 1988). D'autres professionnels entendent souvent parler de ce concept mais son application demeure pour eux complexe. Il en résulte que les personnes ayant un double-diagnostic sont mal orientées en termes de services. En conséquence, les intervenants de première ligne ayant peu d'informations sur la dynamique de ces clients, les meilleurs plans d'intervention et plans de services sont voués à l'échec. Toutefois, aucun reproche ne peut être formulé à l'égard des praticiens puisque le concept de double-diagnostic est récent et encore vague pour certains. Il est important de retenir que l'augmentation de la préoccupation dans les services offerts aux



individus a contribué à porter une attention particulière dans la recherche, le développement d'outils d'évaluation (Havercamp & Reiss, 1996) et le traitement des psychopathologies chez la clientèle déficiente intellectuelle.

Ce projet de recherche porte sur l'étude des qualités métrologiques d'un outil en français qui évalue la présence de troubles mentaux chez les personnes déficientes intellectuelles et vient répondre au manque d'instruments d'évaluation souligné par certains chercheurs comme Sturmey et son équipe (Sturmey, Reed & Corbett, 1991; Sturmey, 1993). Par le fait même, ce projet tentera d'améliorer l'évaluation et l'intervention faites auprès de la population déficiente intellectuelle du Québec. Afin de mieux saisir cette problématique, il est important de comprendre d'abord ce qu'est la déficience intellectuelle pour ensuite saisir comment se manifestent et s'évaluent les psychopathologies chez ce type de clientèle.

## Déficience intellectuelle

### Définitions

Afin de faciliter la compréhension de toutes les informations qui suivront, il est important de rappeler d'abord, ce qu'est la déficience intellectuelle. Dans cette section, nous verrons les trois définitions les plus connues en Amérique du Nord. Elles seront présentées en ordre chronologique: celle de Grossman de l'American Association on Mental Deficiency (1983), celle de Luckasson de l'American Association on Mental Retardation (1992) et finalement celle retenue dans le DSM-IV par l'American Psychiatric Association (1994).

Des comparaisons entre elles seront faites afin de démontrer qu'au fond, elles ne sont que légèrement différentes les unes de l'autre.

La définition de la déficience intellectuelle retenue par l'American Association on Mental Deficiency (Grossman, 1983) aujourd'hui appelée, l'American Association on Mental Retardation (AAMR), indique que « le retard mental est défini comme un fonctionnement intellectuel général significativement sous la moyenne, qui se manifeste au cours de la période de développement (avant 18 ans) ». La déficience intellectuelle doit être concomitante au déficit adaptatif, c'est-à-dire que les limites intellectuelles se manifestent en même temps que des limitations dans les habiletés adaptatives. Cette définition fut adoptée par les classifications médicales, comme la CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1992) et le DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Elle fut aussi acceptée par les lois fédérales.

Plus récemment, l'AAMR (Luckasson et al., 1992) a repris cette définition et y a apporté des modifications. Cette nouvelle définition du retard mental est basée sur un modèle fonctionnel, c'est-à-dire qu'elle tient compte de la façon dont les individus fonctionnent dans leur environnement. On indique donc que le retard mental fait référence à des limitations substantielles du fonctionnement intellectuel (significativement inférieur à la moyenne) concomitantes à des limitations reliées à au moins deux des domaines d'habiletés adaptatives suivants: la communication, les soins personnels, les habiletés domestiques, les

habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et la sécurité, les habiletés scolaires fonctionnelles, les loisirs et le travail. Le retard mental se manifeste avant l'âge de 18 ans.

Jusqu'ici, on observe que les critères diagnostiques de la nouvelle définition (Luckasson et al., 1992) sont les mêmes que dans l'ancienne définition (Grossman, 1983), c'est-à-dire une déficience intellectuelle concomitante à un déficit adaptatif devant survenir avant l'âge de 18 ans. Cependant, une attention particulière doit être portée car le critère «d'environ 70 de QI» comme limite inférieure d'un fonctionnement intellectuel est portée à «environ 70 à 75 de QI» dans la nouvelle définition (Maurice, 1993). Une autre différence se situe dans l'évaluation des habiletés adaptatives puisque dans la dernière version de l'AAMR, elles doivent être déficitaires dans au moins deux domaines bien définis. Cet ajout a pour but de démontrer une limitation généralisée et de réduire la probabilité d'erreur de mesure (Luckasson et al., 1992).

De plus, Luckasson et l'AAMR ont inclu dans cette définition quatre postulats qu'on ne retrouvait pas dans l'ancienne définition (Grossman, 1983). Ces quatre postulats ont pour but d'apporter certaines précisions sur la mise en application de cette définition. Le *premier* postulat est de considérer les différences culturelles et linguistiques afin d'obtenir une évaluation valide. C'est-à-dire qu'on doit tenir compte de la langue parlée et de l'appartenance ethnique de l'individu dans son évaluation. Le *deuxième* est que la

limitation au niveau des habiletés est jugée en fonction de l'environnement communautaire, du groupe d'âge, de l'importance des besoins de soutien. L'individu doit être comparé à des individus de même groupe d'âge et de même environnement. Le *troisième* est que l'individu peut présenter des limites fonctionnelles spécifiques mais aussi des forces dans d'autres habiletés ou capacités personnelles. Autrement dit, il ne faut pas tenir compte uniquement des limites de l'individu mais aussi, de ses forces. Et le *dernier* postulat est que le fonctionnement général d'un individu peut progresser s'il reçoit un soutien adéquat et continu. C'est-à-dire qu'il faut garder à l'esprit que le niveau adaptatif d'un individu peut être augmenté s'il y a intervention en ce sens. À la lumière de ces définitions, on peut spécifier que dans l'ancienne définition de Grossman (1983), la déficience est associée à l'individu. Alors que la conception de la nouvelle définition de Luckasson et al. (1992), veut exprimer le fait que la déficience est le résultat de l'interaction entre l'individu et son environnement (Reiss, 1994).

En résumé, l'approche d'évaluation de Luckasson et l'AAMR (1992) comprend une démarche en trois temps. *Premièrement*, on établit le diagnostic: on doit s'assurer que le sujet présente un déficit du fonctionnement intellectuel ainsi qu'une limitation dans les habiletés adaptatives. Ces deux critères sont essentiels pour établir la présence d'un retard mental. Il faut retenir que ces deux derniers critères doivent survenir avant l'âge de 18 ans.

Tableau 1  
Besoins de soutien

Niveaux de soutien	Description du soutien fourni
intermittent	soutien de façon ponctuelle, «au besoin»
limité	soutien fourni dans certaines dimensions seulement, de façon régulière, pour une période de temps donné
étendu	soutien de façon régulière, dans au moins quelques environnements, non limité dans le temps
envahissant	soutien nécessaire de façon constante et intense, intrusif

*Deuxièmement*, on procède à l'analyse des forces et des faiblesses. Ici on se réfère aux aspects psychologiques et émotionnels de l'individu, et plus particulièrement aux problèmes de santé mentale qui peuvent s'ajouter au diagnostic de retard mental pour former un double-diagnostic. Et *troisièmement*, on situe le sujet selon le niveau de besoin de soutien à fournir, plus spécifiquement, de l'encadrement à proposer. Le Tableau 1 (ci-haut) permet de mieux cerner les différences entre chacun des niveaux des besoins de soutien.

Ces besoins de soutien sont définis en quatre niveaux : intermittent, limité, étendu et complet. Ces besoins de soutien viennent remplacer les niveaux de déficience intellectuelle (léger, moyen, profond et sévère) que l'on retrouvait dans l'ancienne définition de Grossman (Maurice, 1993).

Par contre, la définition de 1992 n'est pas utilisée dans la pratique à cause des controverses et de la confusion qu'elle suscite (Maurice, 1993). En effet, par l'abstraction des niveaux de déficience, elle complique et amène un changement dans le travail des psychologues cliniciens qui doivent évaluer davantage en équipe multidisciplinaire. De même, les chercheurs ne peuvent adopter cette définition qui rend plus complexe la catégorisation des sujets de recherches. En effet, les chercheurs devraient laisser de côté la catégorisation de leurs sujets selon une mesure objective, le quotient intellectuel. En plus, Maurice (1993) souligne que l'abstraction des niveaux et la hausse du critère du QI d'environ 70 à environ 75 ajouté au critère de seulement deux domaines déficitaires sur dix, amènerait une augmentation de la prévalence de cette problématique. Reiss (1994) croit que le QI limite de la nouvelle définition (Luckasson et al., 1992) n'est pas une raison valable de croire que cela conduira à sur-diagnostiquer le retard mental. Au contraire, Reiss (1994) spécifie que lorsque cette nouvelle définition est bien comprise, elle devrait réduire et non augmenter les chances d'erreurs diagnostiques dans les groupes minoritaires.

Et dernièrement, dans la nouvelle version du DSM, le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), on retrouve les trois critères décrits ci-haut, c'est-à-dire, une déficience intellectuelle, une déficience adaptative et l'âge de survenue. Toutefois, le critère de déficience intellectuelle est associé avec un QI inférieur à environ 70 au lieu d'environ 75 pour Luckasson et al. Il faut noter que ce n'est pas si différent car la marge d'erreur décrite dans le DSM-IV est de 5 points, on obtient donc 65 à 75 de QI.

De plus, le critère pour obtenir un déficit adaptatif est relevé de la définition de Luckasson et al. (1992), c'est-à-dire d'avoir deux domaines d'habiletés adaptatives déficitaires parmi les dix domaines d'habiletés adaptatives énumérés.

Par contre, la définition de l'American Psychiatric Association (DSM-IV) sur le retard mental conserve les niveaux de gravité de la déficience intellectuelle tels que définis par Grossman et l'AAMD (1983).

Le Tableau 2 (page suivante) permet d'associer les niveaux de QI aux degrés de gravité du retard mental correspondant.

En conclusion, ces définitions semblent proches l'une de l'autre mais lorsqu'on les regarde de plus près, on se rend bien compte que les points de vue divergent même si ce n'est que légèrement.

Tableau 2

Degrés de gravité du retard mental

Degré de gravité du retard	Niveaux de QI
léger	de 50-55 à environ 70
moyen	de 35-40 à 50-55
grave	de 20-25 à 35-40
profond	inférieur à 20-25

Le Tableau 3 (page suivante) permet de résumer les ressemblances et les différences entre les trois définitions présentées par Grossman (1983), par Luckasson et al. (1992) et par l’Americain Psychiatric Association (1994) pour chacun des critères retenus dans ces trois définitions citées précédemment.

Si on reprend les définitions de la déficience intellectuelle mentionnées ci-haut, on retrouve donc, trois aspects universels importants dans l’évaluation diagnostique: le fonctionnement intellectuel général, le fonctionnement adaptatif et l’âge de survenue. Les



Tableau 3

Différences entre les définitions de la déficience intellectuelle de Grossman (1983), Luckasson et al. (1992) et de l'American Psychiatric Association (1994).

<b>Critères diagnostiques</b>	<b>Grossman (1983)</b>	<b>Luckasson et al. (1992)</b>	<b>A.P.A (DSM, 1994)</b>
QI inférieur à 70	x		x
QI inférieur à 75		x	
Capacités adaptatives déficitaires	x		
Capacités adaptatives déficitaires dans au moins deux domaines		x	x
Âge de survenue - de 18 ans	x	x	x
Niveaux de déficience intellectuelle	x		x
Besoins de soutien		x	

prochaines pages expliqueront, à partir de ces trois aspects, de quelle façon on peut poser un diagnostic de retard mental chez un individu.

### Mesure de la déficience intellectuelle.

D'abord, le *fonctionnement intellectuel général* est défini par une mesure de l'intelligence aboutissant au quotient intellectuel (QI). On obtient habituellement cette mesure à l'aide d'une ou de plusieurs échelles d'intelligence générale standardisées. Par standardisées, on entend que ces échelles d'évaluation répondent à des normes de validité et de fidélité reconnues en psychométrie. Les plus connues et utilisées sont l'*Échelle d'Intelligence Stanford-Binet* et les *Échelles Weschler (WPPSI, WISC, WAIS-R)*.

Un fonctionnement intellectuel général *significativement inférieur* est défini par un QI global de 70 ou moins, c'est-à-dire, approximativement deux écart-types sous la moyenne (moyenne = 100; e.t. = 15). Cette limite est utilisée comme balise afin d'uniformiser les résultats obtenus, mais tout dépendamment de l'échelle de mesure utilisée, elle pourrait être portée à 75 due à une marge d'erreur d'approximativement 5 points dans une évaluation psychométrique (ex. un QI de 70 obtenu à l'Échelle de *Weschler* correspond au rang de 65-75).

Le deuxième critère, le *fonctionnement adaptatif* fait référence aux capacités d'adaptation de la personne aux exigences de la vie et à comment elles répondent aux normes d'autonomie généralement attendues chez les individus du même groupe d'âge et du même milieu culturel. Le fonctionnement adaptatif peut être influencé par plusieurs facteurs dont: l'éducation, la motivation, les caractéristiques personnelles et sociales, la condition

physique de l'individu et les troubles mentaux. Le fonctionnement adaptatif est déterminé par une évaluation clinique et, habituellement, à l'aide de tests adaptatifs standardisés. Les plus connus et les plus utilisés sont le *Vineland Adaptive Behavior Scale* (Doll, 1964) et de l'*Adaptive Behavior Scale* (American Association on Mental Deficiency, 1981). À notre connaissance, aucune traduction québécoise standardisée n'existe de ces tests. Un seul test a été construit à partir de normes québécoises: l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs* (ÉQCA).

À noter que pour la définition de Luckasson et al. (1992) et celle de l'American Psychiatric Association (DSM-IV, 1994), le critère retenu est le même et il faut deux domaines déficitaires sur les dix suivants: la communication, les soins personnels, les habiletés domestiques, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et la sécurité, les habiletés scolaires fonctionnelles, les loisirs et le travail.

Il est primordial que les deux premiers critères (QI et comportements adaptatifs déficitaires) soient évalués et concluants afin qu'un diagnostic de déficience intellectuelle soit posé. Encore ici, on peut observer que cette nouvelle définition soulève des controverses puisque les tests les plus utilisés n'ont pas encore été adaptés aux modifications formulées par Luckasson et al. (1992). En effet, à notre connaissance, il n'existe pas de tests de comportements adaptatifs ayant ces dix domaines.

Le troisième critère est que la *survenue* du retard mental doit avoir lieu pendant la période de développement. La période de développement est comprise entre le tout début de la conception et le 18ème anniversaire de l'individu. Le déficit développemental peut se manifester par un ralentissement, un arrêt ou un inachèvement du développement résultant d'un dommage cérébral, d'un processus dégénératif du système nerveux central ou d'une régression due à des facteurs psychologiques. Il est possible d'obtenir ce type d'information en recueillant des données anamnestiques concernant une personne. L'histoire développementale d'un sujet se fait en regroupant les informations sur son vécu venant de la famille, des proches et du dossier médical du client.

Malgré des critères diagnostiques bien établis pour la déficience intellectuelle, il arrive que dans la pratique on rencontre des individus qui ne peuvent être soumis à des tests standardisés traditionnels à cause de certaines caractéristiques personnelles telles qu'une déficience intellectuelle trop sévère, une paralysie, des troubles sévères du comportement, un manque de collaboration lors de l'évaluation, etc. Lorsqu'un professionnel est aux prises avec une telle situation, il pourra à l'aide d'indices cliniques, détecter une déficience et émettre un diagnostic de retard mental non spécifié (American Psychiatric Association, 1994) en précisant, toutefois, sur quels éléments est basé son jugement. Il est important de retenir que dans la mesure de la déficience intellectuelle, un jugement clinique basé sur des observations quotidiennes est toujours souhaitable pour appuyer les mesures objectives (les épreuves psychométriques).

### Facteurs étiologiques

Les facteurs étiologiques peuvent être principalement de nature biologique ou de nature psychosociale, ou encore la combinaison des deux. Parmi les individus ayant consulté pour une déficience intellectuelle, les causes du retard mental ne sont pas claires dans environ 30% à 40% des cas, et ce malgré les efforts d'évaluation faits. Les facteurs prédisposants les plus communs sont: 1) *l'hérédité* (dans approximativement 5% des cas), ce facteur inclut les malformations lors de la conception du métabolisme, les anomalies génétiques et les aberrations chromosomiques; 2) les *détériorations du développement embryonnaire* (approximativement 30%) incluant les changements chromosomiques et les dommages prénataux dus à des toxines; 3) les *facteurs prénataux, nataux et post-nataux* (environ 10%) incluant les naissances prématurées, l'anoxie, les virus, les infections, les traumatismes et la malnutrition; 4) la *condition médicale du bébé et de l'enfant* (environ 5%) peut causer la déficience intellectuelle par les infections virales, les empoisonnements, etc.; 5) les *facteurs environnementaux et autres troubles mentaux* constituent environ 15%-20% des causes par privation sociale, alimentaire, linguistique, etc. (American Psychiatric Association, 1994).

En résumé, la déficience intellectuelle est déterminée par des facteurs étiologiques, biologiques et/ou sociaux-environnementaux, qui peuvent agir à partir du moment de la conception jusqu'à la fin de la maturation psychomotrice (Ionescu, 1987).

### Prévalence de la déficience intellectuelle

La prévalence dans la population des personnes présentant une déficience intellectuelle est étroitement associée à l'environnement social, économique, à des conditions de santé dans la société et aux ressources offertes pour l'éducation, le développement et l'intégration de ces enfants et adultes. Cette prévalence est estimée par Grossman (1983) entre 1% et 3% de la population générale. Cette donnée est concordante avec la distribution normale de l'intelligence, soit à partir d'un QI situé à deux écart-types sous la moyenne ( $= 3\%$ ). On observe que la prévalence chez les 10-14 ans double comparativement aux enfants de 0 à 5 ans. Cette hausse dans la prévalence est due au fait, qu'à ce stade, le système scolaire sollicite la pensée abstraite et peut donc mettre en évidence un déficit non détecté auparavant.

La distribution de la prévalence selon les degrés de gravité est la suivante: 85% de la population déficiente intellectuelle ont un retard mental léger (QI de 50-55 à environ 70), 10% ont un retard mental moyen (QI de 35-40 à 50-55), 3% à 4% ont retard mental sévère (QI de 20-25 à 35-40) et 1% à 2% ont un retard mental profond (QI inférieur à 20-25).

En conclusion, les données actuelles sur la prévalence peuvent légèrement varier selon les changements dans les critères diagnostiques, selon que l'on utilise seulement le critère de fonctionnement intellectuel général ou le critère de fonctionnement intellectuel

général concomitant au critère de fonctionnement adaptatif et selon les variations de l'environnement du sujet.

Une fois la déficience intellectuelle bien définie selon des critères valides et bien évaluée à l'aide d'épreuves validées, un diagnostic de retard mental peut alors être posé. Toutefois, ce retard mental n'élimine pas les probabilités de développer un trouble mental. On se retrouvera donc devant une problématique de double-diagnostic, ce que nous verrons de façon plus spécifique dans la prochaine partie de ce mémoire.

## Double-diagnostic

### Définition du concept de double-diagnostic

Dans les quarante dernières années, les cliniciens qui oeuvraient auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle se concentraient uniquement sur l'évaluation de la déficience intellectuelle et sur les troubles du comportement qui y sont associés. D'ailleurs, ce sont ces troubles du comportement et les comportements anti-sociaux qui étaient les raisons majeures d'institutionnalisation et de réinstitutionnalisation des personnes déficientes intellectuelles. Plus précisément, les personnes déficientes intellectuelles qui présentaient des comportements inadaptés tels l'automutilation et l'agressivité étaient dès lors, placées en institution. Cette institutionnalisation massive se faisait quelque soit l'âge, le quotient intellectuel ou les handicaps physiques des personnes (Stark, Menolascino,

Albarelli & Gray, 1988). À ce moment, aucune distinction n'était faite entre les diagnostics de déficience intellectuelle et les diagnostics de trouble mental. C'est le diagnostic de déficience intellectuelle qui était alors posé et on y ajoutait souvent un diagnostic de troubles du comportement. Cette non-distinction influençait donc l'évaluation et par le fait même, les services proposés.

De plus, cette ambiguïté est d'autant plus appuyée par deux écoles de pensées différentes qui s'affrontaient à cette époque. La première école de pensée affirmait que les comportements non désirables des personnes souffrant d'une déficience intellectuelle s'expliquaient par une réaction apprise de l'environnement excluant la maladie mentale. La deuxième école supposait quant à elle que le déficit cognitif de ces personnes, à lui seul, empêchait l'apparition de troubles mentaux. Une ressemblance rapproche toutefois ces deux écoles de pensée: elles supposent qu'une personne déficiente intellectuelle ne peut souffrir d'un trouble mental (Szymanski & Grossman, 1984).

Par la suite, des scientifiques ont affirmé que ces personnes pouvaient souffrir d'un trouble mental, mais ce trouble serait de nature organique et donc intraitable (Szymanski & Grossman, 1984). À ce moment, compte tenu que l'on écartait la possibilité d'un diagnostic de trouble mental, il était suffisant pour les cliniciens d'évaluer seulement la fréquence et l'intensité du trouble du comportement.



Plus récemment, la venue d'un mouvement sur le double-diagnostic a contribué à un élargissement de l'intérêt pour inclure des problèmes autrefois mis à l'écart. Reiss (1988) montre qu'on s'intéresse maintenant à des problèmes tels les définitions de déficience intellectuelle et de double-diagnostic, des recherches de prévalence, des traitements, etc. Et aujourd'hui, cette relation entre la déficience intellectuelle et les troubles mentaux intéresse plusieurs chercheurs et cliniciens. Les connaissances et le développement du concept de double-diagnostic impliquent un besoin d'évaluer à quel moment les troubles du comportement sont associés avec une psychopathologie (Matson & Barrett, 1993). Cela implique aussi que tout l'éventail des troubles mentaux doit être évalué, et non pas un seul trouble.

En résumé, on peut relever trois implications actuelles à considérer dans le concept du double-diagnostic:

1. le clinicien doit fournir des services pour tout handicap que la personne présente sous l'étiquette de diagnostic primaire ou secondaire;
2. le clinicien doit évaluer quand les comportements mésadaptés sont associés à une psychopathologie;
3. le clinicien doit évaluer l'ensemble des psychopathologies (Matson & Barrett, 1993).

Donc, contrairement à la pratique des années '70 alors que les cliniciens se concentraient davantage sur l'évaluation des troubles du comportement, on reconnaît actuellement que les

personnes déficientes intellectuelles peuvent souffrir de toute la gamme des troubles mentaux et donc profiter d'évaluations et de traitements comparables à ceux dont la population générale bénéficie (Sovner & Hurley, 1983; Reiss, 1988; Reiss, 1990; American Psychiatric Association, 1994).

Dans cette même ligne de pensée, Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987) ont montré que des études de prévalence prouvent que les personnes ayant un retard mental peuvent présenter des troubles mentaux et peuvent accéder à une psychothérapie. Toutefois, la psychothérapie avec cette clientèle a des particularités car les symptômes observés chez les déficients intellectuels diffèrent légèrement de ceux décrits dans les classifications médicales DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) et CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1992). En exemple, les modes de communication sont déficitaires voire inexistants, ce qui a pour effet que l'individu ne peut dire comment il se sent. Nous aborderons plus spécifiquement les différences dans les symptomatologies dans la prochaine section de ce mémoire. Malgré cette progression dans l'évaluation pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, l'évaluation de l'intelligence semble encore, aujourd'hui, occuper beaucoup de place (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 1987). C'est-à-dire, que les évaluations mesurent l'intelligence mais elles ne tiennent pas toujours compte de l'état mental. Les troubles mentaux sont encore souvent mis de côté pour laisser la place au diagnostic de déficience intellectuelle.

Malgré les recherches et les écrits sur la présence de troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, on peut observer que certains chercheurs ont encore tendance à sous-diagnostiquer les troubles mentaux chez cette clientèle (Matson & Barrett, 1993), Szymanski et Grossman (1984) font une réflexion intéressante sur l'ambiguïté que soulève cette problématique. Selon eux, l'étiquette de double-diagnostic devient inutile voire même génératrice de problèmes car maintenant que cette clientèle fait partie d'une catégorie spécifique, elle se voit refuser des services autrefois disponibles. C'est-à-dire qu'autrefois la déficience intellectuelle et la maladie mentale constituaient un ensemble de troubles pris en charge par les mêmes services psychiatriques mais maintenant qu'on invoque le double-diagnostic, les services sont divisés. Les centres allèguent un manque de connaissances soit dans le domaine de la déficience intellectuelle soit dans celui de la maladie mentale, nécessitant une nouvelle expertise pour pouvoir offrir des services appropriés.

#### Manifestation des troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle

Maintenant le concept de double-diagnostic exposé, il pourrait sembler simple de saisir comment se manifestent les troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. Il faut se détromper car comme mentionné ci-haut, il n'existe pas de troubles mentaux spécifiques à la déficience intellectuelle (Grossman, 1983; American Psychiatric Association, 1994). Tentons d'éclaircir cette «zone grise» associée à la déficience intellectuelle, tâche qui ne sera pas si simple puisque les études sont peu nombreuses et très

récentes dans ce domaine. De plus, les caractéristiques spécifiques de la déficience intellectuelle viennent, elles aussi, compliquer la compréhension des manifestations psychopathologiques chez ce groupe d'individus.

Sovner et Lowry (1990) montrent que chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, les signes et les symptômes d'une maladie mentale apparaissent souvent comme un mélange de comportements mésadaptés nouveaux et d'aggravation de comportements mésadaptés déjà existants. Par exemple, l'expression d'un malaise physique ou psychologique se manifestera par l'apparition ou l'augmentation d'un ou des comportement(s) inadapté(s) tels l'agression, l'automutilation, l'autostimulation et/ou le repli sur soi, etc. L'utilisation de ces comportements est principalement due à l'insuffisance de moyens adéquats de communication (souvent le langage est déficitaire ou inexistant), à l'emploi de mécanismes de défense primitifs (structures psychologiques inachevées) combinés à des inadaptations sociales et à un soutien émotif faible (Fletcher & Menolascino, 1989; American Psychiatric Association, 1994). La capacité d'auto-observation des personnes déficientes intellectuelles et de description de leurs comportements et états affectifs est considérablement réduite (Sovner & Lowry, 1990). Il est évident qu'elles ne peuvent dire ce qu'elles pensent, ni ce qu'elles ressentent (Matson & Barrett, 1993). Elles n'ont souvent aucune compréhension et gérance de leurs émotions. Cela est d'autant plus vrai que le déficit intellectuel est plus profond. Les troubles

psychiatriques chez les personnes retardées mentalement prennent donc des tableaux cliniques différents de ceux de la population normale (Grossman, 1983).

Toutefois, on a toujours tendance à pointer le trouble du comportement pour procéder à une évaluation psychiatrique. Mais ici, il faut faire attention de ne pas se diriger dans l'autre extrême et de psychiatiser toutes les personnes aux prises avec une déficience intellectuelle. Le trouble du comportement est insuffisant pour évoquer un diagnostic de trouble mental. Pour émettre un double-diagnostic, le trouble du comportement doit être un symptôme provenant d'un syndrome décrit dans une des classifications médicales reconnues (le DSM ou la CIM) comme un trouble psychiatrique (le syndrome est composé de plusieurs symptômes). La question est donc de savoir si le trouble du comportement peut-être en relation avec un des symptômes décrits dans ces classifications. Dans le cas d'une réponse positive, un double-diagnostic doit être émis. Cependant, lorsque ce trouble du comportement ne peut être associé à une symptomatologie décrite dans les classifications médicales, aucun double-diagnostic ne peut être fait (Matson & Barrett, 1993).

Pour conclure cette section sur les manifestations de psychopathologies chez les personnes présentant un retard mental, prenons comme exemples deux troubles mentaux qui, selon Grossman (1983), semblent plus communs chez les personnes déficientes intellectuelles: l'autisme et la psychose infantile. L'autisme infantile est caractérisé par une

coupure dans le développement relationnel, un langage expressif et réceptif anormal, un déficit intellectuel (la majorité des cas ont un QI sous 50), des comportements compulsifs et des rituels. Ces symptômes apparaissent dans les trente premiers mois de vie de l'enfant et sont très rares dans la population normale. La psychose infantile est encore plus rare, elle est différenciée de l'autisme par un développement normal jusqu'à l'âge de 2-4 ans. Les symptômes reposent sur une profonde régression suivie d'une période où la maladie est indéfinie. La régression est caractérisée par une perte des habiletés sociales et du langage, par un déclin de l'intelligence et par un développement de l'hyperactivité et de comportements stéréotypés. Le pronostic est très sombre (Grossman, 1983). Sans avoir une ouverture sur la possibilité de troubles mentaux, ces deux derniers troubles seraient peut être interprétés et traités comme des troubles du comportement chez les enfants, c'est-à-dire qu'une approche behaviorale serait favorisée. Mais compte tenu que ces symptômes font partie d'une symptomatologie décrite dans les classifications médicales, on parle alors de troubles mentaux et on peut traiter les symptômes tout en intervenant sur les troubles du comportements, ce qui permettrait un traitement plus adéquat, complet et satisfaisant pour la qualité de vie du client.

Si l'on regarde globalement, cela semble simple, mais en pratique, la tâche est complexe car plusieurs facteurs viennent compliquer le processus diagnostique. Ces facteurs seront exposés plus loin, dans une partie qui traite de la mesure des psychopathologies chez les personnes déficientes intellectuelles.

### Prévalence du double-diagnostic

Plusieurs études, et notamment les études épidémiologiques récentes, démontrent que la prévalence des troubles du comportement et de double-diagnostic est beaucoup plus élevée chez les personnes déficientes intellectuelles que dans la population normale (Grossman, 1983; Stark, Menolascino, Alberalli & Gray, 1988, American Psychiatric Association, 1994; Sturmey, 1995). Cependant, même si la prévalence reste beaucoup plus élevée que dans la population tout venant, certaines études diffèrent dans leurs résultats.

Plus spécifiquement, Borthwick-Duffy et Eyman (1990) ont identifié 10% de la population déficiente qui aurait un double-diagnostic et Reiss (1990) fixe cette prévalence à 39%. Cet écart de prévalence s'explique en spécifiant que le 10% est représentatif de toute la population déficiente intellectuelle, alors que le 30 à 40% est représentatif d'une sous-population institutionnalisée pour troubles sévères du comportement (Reiss, Levitan & Szyszko, 1982; Reiss & Szyszko, 1983).

Dans un récent ouvrage, Nèzu, Nèzu et Gil-Weiss (1992) et Crews, Bonaventura et Rowe (1994) fixent l'actuelle prévalence de la psychopathologie chez les déficients intellectuels de 20 à 35%, soit de trois à quatre fois plus élevée que dans la population normale. L'American Psychiatric Association (1994) confirme la même prévalence de trois à quatre fois plus élevée que celle de la population normale. Matson et Barrett (1993) affirment

même que l'incidence de troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle est de quatre à cinq fois plus élevée que dans la population en général.

Nézu, Nézu et Gil-Weiss (1992) relèvent des facteurs situationnels qui font varier la prévalence des troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. Le premier facteur à ressortir est le lieu de résidence des sujets (communauté vs institution). Par exemple, l'étude de Eyman et Call (1977) a démontré que les troubles de comportements chez les déficients intellectuels sont plus nombreux en institution qu'en services externes. Il est évident de retrouver plus de troubles de comportements en institution puisque si les sujets y sont placés, ils ont de bonnes raisons d'y être! Les méthodes utilisées pour sélectionner les sujets constituent le deuxième facteur; il y a une prévalence plus élevée dans un échantillon de sujets sélectionnés en institution et sûrement plus encore si les sujets sont recrutés en hôpital psychiatrique. Le troisième facteur est la source d'information utilisée pour évaluer les symptômes psychiatriques. Les études utilisent des méthodologies différentes, certaines procédant par une cueillette de données via des questionnaires et d'autres, via des entrevues ou par toutes autres méthodes de cueillette d'informations.

L'étude de Stark, Menolascino, Alberalli et Gray, (1988), réalisée au Nebraska Psychiatric Institute durant la période du 1er septembre 1979 au 30 juin 1985, indique la prévalence des différents troubles mentaux. Ces auteurs ont trouvé que 25% du groupe qui



présente un double-diagnostic est atteint de schizophrénie, 19% de troubles cérébraux organiques, 19% de troubles de l'adaptation, 13% de troubles de la personnalité, 8% de troubles affectifs, 6% de troubles sexuels, 4% de troubles de l'anxiété et 6% des autres troubles mentaux. Selon Grossman (1983) et l'American Psychiatric Association (1994), des études épidémiologiques démontrent que la distribution des troubles mentaux serait la même que dans la population normale, exceptions faites des troubles de l'humeur, des troubles de la personnalité et des désordres de développement, plus élevés que dans la population normale.

En conclusion, la prévalence assez élevée des troubles mentaux indique la nécessité d'attirer l'attention sur l'évaluation du double-diagnostic (Reiss, Levitan & Szyszko, 1982). Mentionnons que pour réaliser l'évaluation du double-diagnostic, les chercheurs ont besoin de mesures valides pour mieux estimer la prévalence de double-diagnostic afin d'étudier les causes possibles et d'élargir l'éventail des traitements (Matson & Barrett, 1993).

Toutefois, pour évaluer la prévalence du double-diagnostic, il serait aussi nécessaire de mieux définir ce qu'on entend par double-diagnostic. Il existe une confusion entre l'utilisation des termes «troubles du comportement», «comportements mésadaptés», «double-diagnostic» et «troubles psychiatriques» (Stark, Menolascino, Alberalli & Gray, 1988).

Nézu, Nézu et Gil-Weiss (1992) relèvent comme facteurs prédisposants à un diagnostic de troubles mentaux associé la déficience intellectuelle: un niveau socio-économique bas, des handicaps physiques importants associés, les difficultés d'expression langagière et de lecture, les occasions peu nombreuses d'acquérir des comportements adaptés et le fait d'avoir vécu en institution. Grossman (1983), quant à lui, indique que ce taux élevé de psychopathologies chez les personnes ayant une déficience intellectuelle est attribuable à certaines caractéristiques de tempérament telles qu'une faible capacité d'adaptation, des irrégularités marquées du fonctionnement physiologique, une forte intensité de la réponse émotionnelle et une humeur négative.

Certaines raisons expliquant la présence de problème de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles semblent évidentes. Le déficient intellectuel est beaucoup exposé aux conditions sociales qui sont à l'origine des troubles mentaux. Parmi ces conditions sociales prédisposantes, on retrouve la stigmatisation, la rupture sociale, l'isolement social et le chômage (Benson & Reiss, 1984). De même, l'exposition prolongée à des conditions sociales négatives et le handicap vécu par le déficient intellectuel qui essaie de comprendre et de solutionner ses difficultés sociales, contribuent à créer de nombreux problèmes de santé mentale (Reiss, 1987).

Cependant, même si on sait que le déficient intellectuel est vulnérable à tout l'éventail des troubles mentaux, ses besoins ne reçoivent pas pour autant l'attention nécessaire. Ce

problème vient du fait que le handicap intellectuel est tellement prédominant qu'il éclipse les troubles mentaux qui l'accompagnent (Reiss, Levitan & Szyszko, 1982; Reiss & Szyszko, 1983). Les professionnels considèrent donc la déficience intellectuelle comme le trouble primaire et les troubles mentaux comme troubles secondaires. De plus, il y a un autre problème qui s'ajoute pour cette clientèle, c'est qu'elle se retrouve souvent entre deux ressources gérées par l'État: soit dans les centres de services en santé mentale ou dans les centres spécialisés en déficience intellectuelle (Reiss, 1987). Ce qui place souvent les questions d'ordre administratives en priorité. Ceci est d'autant plus vrai dans le contexte du mouvement de désinstitutionnalisation que nous vivons présentement. Des efforts devront être faits dans la recherche pour mesurer l'ampleur de la problématique afin de sensibiliser les professionnels et les administrateurs.

#### Mesure des troubles mentaux chez les déficients intellectuels

Jusqu'ici, nous avons vu que, pour l'établissement d'un diagnostic de déficience intellectuelle, les critères sont maintenant bien définis et généralisés par le biais d'ouvrages diagnostiques universels tels le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) et CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1992). Par contre, lorsqu'on parle de diagnostic additionnel, on observe beaucoup moins d'uniformité dans la façon de mesurer son incidence car certains auteurs se limitent aux troubles psychiatriques tels les psychoses, les troubles bipolaires ou la dépression pour établir un double-diagnostic (Eaton & Menolascino, 1982; Stark, Menolascino, Alberalli & Gray, 1988), alors que d'autres

ajoutent à ces troubles mentaux, les troubles psychopathologiques tels que les troubles affectifs, psychosexuels, d'adaptation, etc. (Senatore, Matson & Kazdin, 1985). Ce manque de cohésion sur les troubles étudiés dans les recherches rend difficile la comparaison entre leurs résultats. Auparavant, on se demandait comment distinguer le diagnostic principal du diagnostic secondaire. C'est-à-dire que les chercheurs se demandaient si le client a d'abord une déficience intellectuelle ou un trouble mental? En d'autres mots, on se demandait si c'est le trouble mental qui causait la déficience ou si c'était la déficience qui causait le trouble mental? Mais les ambiguïtés de cette distinction étaient, en plus, associées avec des services inadéquats. Finalement, cette distinction entre le diagnostic principal et diagnostic secondaire a été critiquée pour être ensuite abandonnée (Szymanski & Tanguay, 1980; Reiss, Levitan & McNally, 1982).

Cependant, avec l'arrivée du modèle de diagnostic multi-axial présenté par l'American Psychiatric Association (1994), la notion de double-diagnostic est mieux cernée et davantage utilisée. Ce modèle propose de structurer les diagnostics selon une procédure bien précise. Tout sujet est évalué sur chacun de ces axes.

Axe I	Syndromes cliniques
Axe II	Troubles du développement et Troubles de la personnalité
Axe III	Troubles et affections physiques
Axe IV	Sévérité des facteurs de stress psychosociaux
Axe V	Évaluation globale du fonctionnement

Sur l'Axe I on note les diagnostics relevant des situations non attribuables à un trouble mental, motivant examen et traitement. Les troubles répertoriés sur l'Axe II, commencent généralement dans l'enfance et dans l'adolescence et persistent de façon stable (sans rémission, ni exacerbation) à l'âge adulte. Le diagnostic principal correspond à l'affection responsable au premier chef de l'évaluation ou de la prise en charge médicale. Le diagnostic principal peut être un diagnostic de l'Axe I ou de l'Axe II, mais lorsque le diagnostic principal est un diagnostic de l'Axe II, il doit être suivi de l'expression «diagnostic principal».

Exemple :

Axe I: 303.90 Dépendance à l'alcool

Axe II: 317.00 Retard mental (Diagnostic principal)

Cependant, on a tendance à croire que les classifications diagnostiques telle que celle proposée par l'American Psychiatric Association (DSM-IV, 1994) conviennent entièrement à la déficience intellectuelle. Il existe toutefois des limites à cet outil diagnostique pour l'évaluation des troubles mentaux chez les personnes déficientes intellectuelles.

D'abord, si on revenait aux premières versions du DSM (l'American Psychiatric Association), on retrouverait que quelques behavioristes ont argumenté que nous ne devrions pas évaluer les troubles mentaux associés dû à la faible ou au manque de validité du système de classification psychiatrique. Cette argumentation tire son origine du DSM-II

(American Psychiatric Association, 1960) qui est devenu la nomenclature standardisée officielle de la psychiatrie. Le DSM-II (American Psychiatric Association, 1960) avait alors des problèmes de validité et de fidélité (Matson & Barrett, 1993). Maintenant, le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) est validé empiriquement et les catégories de cette dernière version du DSM sont valides pour les personnes ayant un retard mental

Par contre, Sovner (1986) recommande de réduire les critères diagnostiques du DSM à des comportements observables où les inférences diagnostiques sont réduites au minimum car la validité de ces critères est directement reliée au niveau de déficience intellectuelle. En termes plus simples, il est communément accepté que les critères sont applicables chez les personnes ayant un retard mental léger à moyen mais non pour celles qui ont un QI inférieur à 50 (Stark, Menolascino, Alberalli & Gray, 1988). Les classifications, y compris le DSM-III-R, sont conçues pour des personnes qui, avant leur maladie, jouissaient d'une intelligence normale et participaient à une vie sociale dite régulière. On manque donc de critères tenant compte des déficiences de développement du déficient mental (Delâge, 1990).

Dans la même ligne de pensée, Sovner (1986) relève quatre facteurs qui limitent l'utilisation du DSM-III (American Psychiatric Association, 1987) avec les personnes qui ont un retard mental et qui sont évaluées pour troubles psychiatriques:

1. le *dysfonctionnement intellectuel* qui fait référence à une capacité réduite du déficient intellectuel d'observer et de décrire son comportement et ses états affectifs dus à ses troubles d'élocution, son vocabulaire restreint, sa pensée de type concret, ses troubles auditifs, etc.
2. le *vécu social « faussé »* qui est causé par une carence créée par la déficience dans les rapports interpersonnels et sociaux, d'où des expériences de vie limitées par rapport à celles de la personne d'intelligence normale du même âge, dans le domaine du travail, de la vie familiale, des amitiés, des loisirs, etc.
3. la *désintégration cognitive* qui implique que le déficient intellectuel est extrêmement vulnérable à une décompensation affective et intellectuelle due au stress. Parce que prédisposé par des déficiences organiques et des mécanismes d'adaptation insuffisants, la personne déficiente réagit fortement aux stress endogènes et exogènes qui peuvent causer une détérioration des fonctions intellectuelles et une désorganisation régressive et cliniquement significative du comportement.
4. l'*accentuation des déficiences de base* implique que pendant une période de stress affectif ou physique, les déficits tels, une capacité de concentration faible et une pauvreté du jugement, de même que les comportements inadaptés peuvent s'accroître de façon importante (Adaptation française, Delâge, 1990).

Donc pour les personnes déficientes sévères et profondes, une classification basée sur les comportements observables devrait être développée. Sovner et Hurley (1992) ont tenté d'adapter une telle classification pour la dépression. Ses critères diagnostiques ne sont

toutefois pas validés, mais ils peuvent donner des indices utiles sur la probabilité d'un diagnostic de dépression chez une personne déficiente intellectuelle.

En conclusion de cette section, la déficience intellectuelle affecte le genre et la qualité d'information que le clinicien doit recevoir pour poser un diagnostic et perturbe aussi le processus de diagnostic lui-même (Delâge, 1990). Les tableaux cliniques des troubles mentaux chez un déficient intellectuel diffèrent de ceux que l'on retrouve dans la population normale (Grossman, 1983). Il y a donc une reconnaissance d'un besoin dans l'évaluation de cette problématique mais très peu de recherches ont été rapportées (Reiss, 1987).

### Embûches diagnostiques

Les embûches diagnostiques rencontrées dans la problématique de double-diagnostic sont de trois ordres: celles reliées à la déficience intellectuelle elle-même, celles reliées aux professionnels et finalement, celles reliées aux instruments de mesure.

D'abord parmi les embûches diagnostiques reliées au déficit intellectuel lui-même, on retrouve, le déficit au niveau du langage, la difficulté à «s'introspecter», la difficulté à communiquer comment elles se sentent. Comme exposé plus haut, la difficulté à poser un diagnostic de trouble mental chez les personnes déficientes intellectuelles est augmentée car la manifestation des symptômes ne se présente pas toujours sous la même forme.



Deuxièmement, des embûches diagnostiques peuvent être rencontrées due à la subjectivité du professionnel qui évalue. Dans l'évaluation du double-diagnostic, il est important d'être conscient du phénomène de «Diagnostic Overshadowing». Cette tendance relevée par Reiss et Szysko, pourrait être traduite par «l'ombrage diagnostic». Ce qui implique de croire que la déficience intellectuelle discrédite un diagnostic accompagné d'un trouble mental. Plusieurs psychologues ont tendance à attribuer les comportements déviants à la déficience intellectuelle en négligeant du même coup, les symptômes manifestes de psychopathologies spécifiques et en y donnant une interprétation différente (Reiss, Levitan & Szysko, 1982). Ce phénomène affecte l'avancement des recherches car il attribue les symptômes psychopathologiques à la déficience intellectuelle. Ces mêmes auteurs affirment que certains types de comportements (automutilation, autostimulation), habituellement considérés comme symptômes d'un trouble mental chez un individu sans retard mental seront vus comme les effets du retard mental chez le déficient intellectuel étant donné une tendance naturelle à attribuer un comportement aux facteurs les plus évidents (Reiss, Levitan & Szysko, 1982). Toutefois, la déficience intellectuelle ne peut être l'unique responsable de la présence de troubles mentaux chez ces personnes.

Et enfin, une autre difficulté rencontrée par les professionnels de la santé au moment de poser un diagnostic d'ordre psychiatrique chez les personnes déficientes intellectuelles est que la symptomatologie peut différer légèrement des critères diagnostiques non-adaptés à la déficience intellectuelle. Les caractéristiques de la déficience intellectuelle rendent aussi

difficile l'application des méthodes d'évaluation traditionnelles lors d'entrevues et des instruments de mesure standardisés pour cette clientèle manquent.

On sait maintenant que les critères diagnostiques du DSM (American Psychiatric Association, 1994) sont logiques et peuvent être appliqués avec succès dans plusieurs cas de déficience intellectuelle, surtout lorsque la sévérité de cette déficience est moindre (Stark, Menolascino, Alberalli & Gray, 1988). Par contre, l'évaluation se complique lorsque la déficience est plus sévère. Il devient plus difficile de rencontrer les critères diagnostiques car le sujet n'a pas d'auto-évaluation, car sa capacité à communiquer est minimale et qu'il manifeste son malaise par une apparition ou une exacerbation des troubles du comportement. L'étiologie du trouble mental est déterminée par plusieurs facteurs accentuant la difficulté du diagnostic:

- réponse «bizarre» au stress physique et mental (surtout si le patient est hospitalisé depuis longtemps);
- comportement de type autistique;
- dysfonctionnement du système nerveux central (syndrome organique léger ou grave);
- prédisposition génétique;
- renforcement des comportements inadaptés;
- effets secondaires des médicaments utilisés.

Selon Sovner et Hurley (1983), le niveau de développement intellectuel peut altérer la manifestation des symptômes sans toutefois transformer le diagnostic à la base. On en vient à

un consensus dans la littérature sur le double-diagnostic: la psychopathologie augmente lorsque le degré de déficience intellectuelle diminue (Wright, 1982; Matson, 1993). Donc, comme résultat de ce biais diagnostic, les cliniciens en sont venus à se fier de plus en plus aux échelles comportementales. Ces échelles sont basées sur les comportements inadaptés et sur l'observation directe afin de poser un diagnostic plus objectif (Matson & Barrett, 1993). Mais afin de préciser le diagnostic psychiatrique chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, il est important de développer des instruments d'évaluation qui faciliteraient cette procédure diagnostique.

#### Instruments de mesure des troubles mentaux pour les personnes déficientes intellectuelles

Une fois les notions de déficience intellectuelle et de double-diagnostic définies et les critères d'évaluation précisés, il est important de regarder de plus près les instruments de mesure qui peuvent faciliter le processus diagnostique chez les personnes ayant une déficience intellectuelle.

Par définition, les mesures du double-diagnostic sont des mesures des troubles psychiatriques chez les déficients intellectuels. Elles devraient être validées par une corrélation avec les diagnostics psychiatriques.

Les deux mesures les plus utilisées dans l'évaluation du double-diagnostic sont le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (Reiss, 1987) et le *Psychopathology Inventory for*

*Mentally Retarded Adults* (ou *PIMRA*, Matson, 1988). Le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* identifie, de façon générale, les personnes soupçonnées de double-diagnostic (Reiss, 1987) et le *PIMRA* cible, de façon plus détaillée, les comportements problématiques à modifier (Matson, 1988). Leur apport consiste à faciliter l'identification des personnes déficientes intellectuelles qui ont besoin de soins et de services appropriés en santé mentale (Reiss, 1990). Pour cette étude, c'est le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* qui est retenu au détriment du *PIMRA* puisque le but premier du *Reiss* est d'évaluer les personnes susceptibles de présenter un trouble mental, alors que celui du *PIMRA*, est de cibler les comportements à modifier.

Le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (1987, 1988) est composé de 38 items (36 items réguliers et 2 items expérimentaux pour l'échelle de dépression). Chaque item fait référence à un symptôme psychiatrique ou à une catégorie décrite dans le DSM, coté sur la base d'un comportement observable. Chaque item comprend trois parties: le nom du symptôme, une définition simplifiée et des exemples communs du comportement. Cela a été pensé pour une meilleure compréhension de la part de l'évaluateur. Le système de cotation aboutit à 8 totaux (un total par échelle): comportements agressifs, autisme, psychose, paranoïa, dépression (signes comportementaux), dépression (signes physiologiques), personnalité dépendante, personnalité évitante. On retrouve en plus, 6 items de comportements mésadaptés: abus de drogue, hyperactivité, automutilation, troubles sexuels, tendances suicidaires et vol. Les évaluateurs jugent si le comportement

mésadapté n'est "pas un problème", est un "problème" ou un "problème majeur" dans la vie du client.

Il y a présence de trouble mental (test positif) si le score obtenu à une ou plusieurs échelles dépasse de un point ou plus le score limite préétabli. Si aucun score n'est supérieur au score préétabli, le test s'avère négatif, ce qui signifie que la personne déficiente ne présente pas de troubles mentaux. Le «score de sévérité» mesure la sévérité des symptômes identifiés. L'échelle des résultats est établie à partir de normes basées sur différentes études (Reiss, 1988).

Tous les symptômes de maladie mentale identifiés dans le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* correspondent à ceux du DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987). La liste des symptômes et leur définition a été obtenue après plusieurs conversations avec des psychologues et psychiatres cliniciens qui ont une expertise dans le champ de la maladie mentale. La liste finale est basée sur les résultats d'une évaluation empirique de la fidélité inter-juges. Cet outil est bâti dans le but d'identifier des problèmes sérieux qui justifient une intervention. Et en général, les résultats des études suggèrent que le *Reiss Screen* est une mesure valide (un coefficient point biserial de .32 est obtenu dans l'étude de Sturmey et Bertman, 1994 et un coefficient alpha de .83 dans l'étude de Davidson, 1988) et fidèle des troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle [la fidélité est de .81 dans l'étude de Sturmey et Bertman, 1994 (coefficient alpha) et de .84 chez Reiss,

1988]. Le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (1987) suggère que les intervenants comprennent les items et observent correctement les comportements du sujet. La validité et la fidélité d'une traduction québécoise seront démontrées par ce présent projet de recherche.

Le test doit être complété par deux personnes (éducateurs, tuteurs ou tout professionnel) qui connaissent suffisamment la personne évaluée pour faire un rapport valide. Les opinions de deux personnes sont intéressantes puisqu'il s'agit d'une évaluation subjective des comportements. Ces opinions peuvent varier selon le contact avec l'intervenant, le contexte et les circonstances. Chaque intervenant doit connaître suffisamment le client pour être apte à évaluer sur une échelle ses réactions comportementales et émotionnelles (Reiss, 1988). Ce questionnaire se complète individuellement sans consultation entre les évaluateurs.

Le test en question est une mesure complexe qui devrait être interprétée par des professionnels qualifiés. Reiss (1988) admet que cet instrument de mesure n'offrira pas avec exactitude les résultats escomptés étant donné la fluctuation des manifestations d'un malaise dans le temps. Ce test n'est donc pas infaillible. Cet instrument de mesure nécessite une contre-évaluation clinique d'un professionnel car ce test ne donne pas de diagnostic précis, il donne un indice sur la probabilité d'un double-diagnostic.

En conclusion, dans l'évaluation des troubles mentaux, il est important que le clinicien puisse davantage se concentrer sur des signes observables comme les comportements et non plus sur les symptômes généralement retrouvés dans les critères diagnostiques connus. Cette constatation est d'autant plus importante à surveiller lorsqu'il s'agit d'une personne présentant une déficience plus sévère (Stark, Menolascino, Albarelli & Gray, 1988). L'utilisation d'un système de collecte des données comportementales (niveau d'activité motrice, pattern de sommeil, fluctuation de l'appétit et du poids) constitue alors un des facteurs primordiaux dans la détection d'un diagnostic (Sovner & Hurley, 1992). Dans l'évaluation d'un double-diagnostic il est important de procéder avant tout à un examen physique et neurologique complet afin de confirmer qu'il n'y pas d'autre source possible au malaise du client.

Les futures recherches dans l'évaluation du double-diagnostic devraient améliorer les propriétés psychométriques des mesures d'évaluation des troubles mentaux chez la population déficiente intellectuelle (Sturmey, Reed & Corbett, 1991) et évaluer leur utilité avec des clientèles spécifiques: des populations cliniques ou des individus avec une déficience sévère ou profonde (Sturmey, 1993). Toutefois, aucun de ces outils n'est disponible en français. Il en résulte qu'au Québec on se retrouve devant un manque flagrant au niveau des possibilités d'évaluation de cette clientèle.

Cette présente recherche porte donc, sur l'étude des qualités métrologiques d'un instrument qui évalue la présence de troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle et vient donc, répondre au manque d'instruments souligné par certains chercheurs comme Sturmev et son équipe (Sturmev, Reed & Corbett, 1991; Sturmev, 1993). De plus, l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* (version française du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*, 1987) s'avérant aussi valide et aussi fidèle, permettrait de répondre à un manque énorme d'outil dans ce domaine au Québec.

Le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (1987, 1988) a été retenu pour une traduction française car il est très populaire dans les milieux d'intervention grâce à sa structure simple et courte et à sa facilité d'administration. La traduction de l'outil se fera selon le mode traduction-retraduction, c'est-à-dire, que l'outil sera traduit une première fois en français et que par la suite, il sera retraduit en anglais pour vérifier que le sens des items est le même.



## Méthode

Ce deuxième chapitre a pour but de faire la description des différentes étapes de la méthodologie utilisée dans la réalisation de ce projet. La population de sujets sélectionnée, les instruments de mesure utilisés et le déroulement de cette recherche seront décrits dans cette présente section.

## POPULATION

Les 70 sujets de la population étudiée sont des personnes ayant un retard mental et vivant en institution psychiatrique. La version traduite du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (Reiss, 1987), l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* (1996) et l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs* (AQPRM, 1993) ont été expérimentées auprès de 70 sujets. Ces sujets, de sexe féminin dans 22,9% des cas ( $n = 16$ ), et de sexe masculin dans 77,1% ( $n = 54$ ) des cas, âgés en moyenne de 41,7 ans (dispersion de 21 à 67 ans), présentaient une déficience mentale limite 1,4% ( $n = 1$ ), légère 25,7% ( $n = 18$ ), moyenne 37,1% ( $n = 26$ ), sévère 17,2% ( $n = 12$ ) ou profonde 18,6% ( $n = 13$ ). La durée d'institutionnalisation des sujets est en moyenne de 19,9 années et varie entre 2 et 48 années.

Tous les sujets proviennent du Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle (CRDI) du Centre Hospitalier Robert-Giffard de Québec (CHRG)<sup>1</sup>.

La sélection des sujets s'est faite dépendamment de la collaboration des chefs d'unité et de la disponibilité des sujets au moment de la recherche. C'est-à-dire que les chefs d'unités ciblées pour la recherche ont été rencontrés et la sélection finale des unités participantes est basée sur leur approbation à participer à cette recherche. Le nombre total d'utilisateurs de ces unités a été évalué (à l'exception des sujets visés par un transfert prochain dans un autre centre). Plus spécifiquement, 31 utilisateurs de l'unité G-3200-3300, 20 utilisateurs du F-4500, dix utilisateurs du F-2500 et finalement, neuf utilisateurs du G-4300 ont été retenus pour cette recherche.

## INSTRUMENTS DE MESURE

L'instrument de mesure principal de cette recherche est le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (1987), traduit pour cette recherche et nommée *Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*, 1996. Le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* permet d'identifier, de façon générale, les personnes soupçonnées de double-diagnostic (Reiss, 1987).

---

<sup>1</sup> Il est bon de remercier ici l'administration, les professionnels et les intervenants qui ont contribué à la réalisation de ce projet.

En bref, le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (description détaillée au chapitre 1), est composé de 38 items divisés en huit échelles: comportements agressifs, autisme, psychose, paranoïa, dépression (signes comportementaux), dépression (signes physiologiques), personnalité dépendante, personnalité évitante. On y retrouve en plus, six items de comportements maladaptés: abus de drogue, hyperactivité, automutilation, troubles sexuels, tendances suicidaires et vol. Le test est coté positif (présence de trouble mental) si le score obtenu à une ou plusieurs échelles dépasse de un point ou plus le score préétabli. Si aucun score n'est supérieur au score pré-établi, le test s'avère négatif. Ce qui signifie que la personne déficiente intellectuelle ne présente pas de troubles mentaux. Le «score de sévérité» mesure la sévérité des symptômes identifiés. L'échelle des résultats est établie à partir de normes basées sur différentes études (Reiss, 1988).

Un autre instrument de mesure a été utilisé, il s'agit de *L'Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs, ÉQCA* (AQPRM, 1993). L'ÉQCA s'adresse à des personnes âgées de 3 ans et plus, présentant un déficit intellectuel. Cet instrument permet une classification critériée ou normative (clientèle desservie par un centre hospitalier ou un centre d'accueil) du niveau de fonctionnement de la personne déficiente quant à ces comportements adaptatifs. Cet instrument est composée de 324 items divisés en deux parties: les comportements adaptatifs et les comportements inadéquats. La première section fait référence aux comportements adaptatifs, elle comporte 225 items divisés en sept sphères: autonomie, habiletés domestiques, santé et sensori-moteur, communication,

habiletés préscolaires et scolaires, socialisation et habiletés de travail. Chacune de ces sphères se subdivise en dimensions. La deuxième section porte sur les comportements inadéquats, elle comprend 99 items d'une seule sphère (les comportements inadéquats) subdivisée en sept dimensions: comportements stéréotypés et postures bizarres, comportements de retrait et d'inattention, habitudes et comportements inacceptables, manières interpersonnelles inappropriées et comportements anti-sociaux, comportements sexuels inadéquats ou divergents, comportements de violence ou d'agression et comportements d'automutilation. Cette deuxième section présente une utilité de programmation d'intervention en plus de fournir des pistes concernant les facteurs comportementaux nécessitant une attention particulière.

Le score obtenu à l'échelle permet d'établir le déficit adaptatif chez la personne évaluée. Cette échelle doit être complétée par les éducateurs, tuteurs ou tout professionnel connaissant suffisamment la personne pour faire un rapport valide.

Des études de fidélité ont été conduites avec la présente version de l'*ÉQCA*. Le coefficient de corrélation test-retest (stabilité, intervalle varie de deux à quatre semaines) au score global de l'*ÉQCA* est de .92 ( $p < .001$ ) et le coefficient de corrélation interjuges (concordance) au score global de l'*ÉQCA* est de .83 ( $p < .001$ ). Ces coefficients de corrélation indiquent que l'*ÉQCA* a une bonne fidélité et qu'elle présente des indices de fidélité comparables à des instruments similaires (ex. Vineland Adaptive Behavior

Scales), en plus, de présenter l'avantage de posséder des normes québécoises (AQPRM, Manuel technique ÉQCA, 1993).

En résumé, l'*ÉQCA* vise l'évaluation des comportements adaptatifs et des comportements inadéquats présents dans le répertoire des sujets. En établissant le profil fourni par ces deux mesures, l'*ÉQCA* sert à orienter le diagnostic et la classification du déficient intellectuel. En outre, cet instrument de mesure peut aider à diriger les programmes d'intervention qui ont pour but l'augmentation des comportements adaptatifs et la diminution ou disparition des comportements déviants (AQPRM, 1993).

Mais dans cette recherche, c'est seulement la partie des comportements inadéquats qui est pertinente puisqu'elle mesure les troubles du comportement et ceux-ci sont de bons indicateurs des troubles mentaux chez les déficients intellectuels (Sovner et Lowry, 1990). De plus, cet instrument de mesure a l'avantage d'être bâtie ici, au Québec, par des chercheurs québécois et avec nos normes québécoises, ce qui permet de tenir compte du facteur culturel (facteur important dans l'évaluation de l'intelligence). Donc seule la deuxième partie de l'*ÉQCA* a été utilisée puisque les critères d'évaluation de cette partie correspondent aux critères énumérés par le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*.

## DÉROULEMENT DE L'EXPÉRIENCE

Dans un premier temps, le projet de recherche a été présenté à la direction du Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle (CRDI) et ensuite soumis au responsable de l'Enseignement Clinique Universitaire du Centre Hospitalier Robert-Giffard (CHRG) pour autoriser la participation et l'accès aux dossiers des clients sélectionnés pour la recherche. Après explication du projet aux chefs d'unités ciblées par cette recherche, la sélection des sujets a été faite. Le consentement pour la participation des sujets à cette recherche a d'abord été obtenu auprès de l'administration du CRDI, et ensuite auprès du Dr Jean Delâge, chef de service clinique au CRDI. De plus, l'Enseignement Clinique Universitaire du CHRG a soumis le projet à M. Louis Laplante du groupe de recherche en psychologie du CHRG. Et finalement, la cueillette d'informations personnelles sur les sujets s'est faite en collaboration avec le Dr Jean Delâge, psychiatre.

Pour la cueillette des données, les dossiers médicaux des sujets devaient être scrutés pour confirmer la présence de diagnostic de déficience intellectuelle et de diagnostic psychiatrique. Pour ce travail, le Dr Jean Delâge, psychiatre au CHRG, a offert sa collaboration. Un second psychiatre du CHRG a participé à la recherche, le Dr Radoucco-Thomas (pour 9 des 70 cas). Les dossiers médicaux ont donc été vus l'un après l'autre et les diagnostics psychiatriques et de déficience intellectuelle, s'il y a lieu, ont été confirmés.

De plus, les données telles que: l'âge, le sexe, la durée de l'institutionnalisation, la date des diagnostics, la date de la dernière évaluation psychométrique ont été relevées des dossiers médicaux de sujets.

Parallèlement, les intervenants des unités ciblées ont été rencontrés pour leur expliquer le but de la recherche et le déroulement de celle-ci. Pour chaque sujet, deux copies du questionnaire de *l'Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* (complétés par deux intervenants différents) et une copie de *l'Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs* ont été distribués aux intervenants principaux des sujets afin d'être complétés le plus précisément possible. La sélection des intervenants s'est faite en accordant à chaque intervenant régulier sur l'unité de soins, l'évaluation des clients dont il est le tuteur (intervenant principal). Tous les intervenants concernés par cette étude sont soit, éducateur, infirmier ou agent de programmation. Cela implique qu'ils possèdent une formation professionnelle collégiale (infirmier/éducateur) et/ou universitaire (agent de programmation). Des consignes claires (Appendice p.115) ont été annexées aux questionnaires afin que leur passation se fasse de façon adéquate, les intervenants n'ayant aucune autre familiarisation avec les instruments (à part une connaissance que certains intervenants avaient de ces instruments), et ce, en accord avec les procédures de passation habituelles de deux tests. Les évaluateurs devaient répondre seul aux questionnaires. De part leur titre d'emploi, ils ont accès aux mêmes dossiers médicaux que les psychiatres. Les évaluateurs pouvaient garder les consignes de passation et rejoindre la chercheure pour fin



de consultation lors de la passation. La plupart étaient au courant qu'il y aurait une seconde prise de mesure mais ne connaissaient pas la date. Cela a été fait pour réduire l'effet de performance que pourraient ressentir les évaluateurs (ils auraient pu être tentés de mémoriser leurs cotes afin de les reproduire à la seconde expérimentation). Le re-test a été fait trois mois après le début de la première cueillette de données. Ce re-test a été fait sur *l'Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* seulement, puisque ce sont les qualités psychométriques de cet instrument dont il est question dans cette recherche. Cette démarche n'a pas provoqué d'impact négatif sur le vécu du client puisqu'il s'agit d'une cueillette de données, données ensuite soumises à des traitements statistiques. La confidentialité des données a été respectée en attribuant un chiffre de 1 à 74 à chaque numéro de dossier médical.

Cette recherche est une étude corrélationnelle puisqu'elle met en relation, dans un premier temps, des diagnostics psychiatriques avec des résultats obtenus à *l'Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Et dans un second temps, elle met en relation les résultats de *l'Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* et ceux de *l'Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs*.

On relève deux variables indépendantes, le résultat global et les scores obtenus à chaque échelle de *l'Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* et deux variables dépendantes dans cette recherche, le score obtenu à la partie des comportements

inadaptés de l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs* (ÉQCA, 1993) et le diagnostic psychiatrique confirmé par un psychiatre.

## HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

### Hypothèse générale

Dans cette recherche, nous supposons l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est une mesure aussi valide et aussi fidèle que la version originale anglaise (Reiss, 1988). Cela implique ;

- 1-     a) Une validité obtenue par l'auteur à la version originale en comparant la présence/absence de diagnostics psychiatriques et la présence/ absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*;
- b) Une validité obtenue par l'auteur à la version originale en comparant des catégories de diagnostics psychiatriques et des catégories à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*;

- c) Une validité non expérimentée par l'auteur à la version originale en comparant les résultats de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* avec les résultats d'un autre instrument;
- 2-
- a) Une fidélité interjuge, non expérimentée par l'auteur à la version originale, de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*;
  - b) Une fidélité (consistance interne), obtenue par l'auteur à la version originale, de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*;
  - c) Une fidélité Test-Retest, non expérimentée par l'auteur à la version originale, de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*.

### Hypothèses exploratoires

- 1- Comme la prévalence des troubles mentaux est pour plusieurs troubles, plus élevée chez les hommes que chez les femmes (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), le sexe des sujets sera lié significativement à la présence d'un diagnostic psychiatrique au dossier médical.

2- Pour la même raison que l'hypothèse de recherche complémentaire 1, le sexe des sujets aura un lien significatif avec la présence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*.

3- Comme cité dans Nézu, Nezu et Gill-Weiss (1992) et Crews, Bonaventura et Rowe (1994), la prévalence des troubles mentaux est plus élevée chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. Nous supposons que le degré de déficience intellectuelle des sujets aura un lien significatif avec la présence d'un diagnostic psychiatrique.

4- Pour la même raison que l'hypothèse de recherche complémentaire 3, le degré de déficience intellectuelle des sujets pourra prédire la présence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*.

5- L'âge des sujets permettra de prédire la présence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*.

6- La durée d'institutionnalisation des sujets sera liée significativement à la présence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*.

## Résultats

Le présent chapitre sera divisé en deux parties afin de bien connaître dans quel but les analyses statistiques ont été faites et les résultats auxquels les analyses ont abouti. La première partie de ce chapitre décrira la manière dont les données recueillies ont été traitées et analysées en fonction des hypothèses de recherches exposées dans cette étude. La deuxième partie présentera les résultats obtenus à l'aide des analyses statistiques citées à la première partie.

## ANALYSE DES DONNÉES

Dans cette présente étude, deux types d'hypothèses sont vérifiés: l'hypothèse de recherche principale (soit la validité et la fidélité équivalentes à celles de la version originale) et les hypothèses exploratoires qui elles, permettront de vérifier certains liens entre les données. Ces deux différents types d'hypothèses seront exposés en deux catégories distinctes compte tenu que les analyses statistiques utilisées ont des buts différents.

### Analyses des données utilisées en fonction de l'hypothèse de recherche principale

L'analyse des qualités métrologiques de l'*Échelle de Dépistage des Comportements de Reiss* repose sur une hypothèse de recherche principale qui comporte deux volets: l'étude de sa validité et l'étude de sa fidélité.

(1) La validité est obtenue de trois manières:

a) D'abord en comparant les diagnostics posés par un psychiatre avec le résultat obtenu à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Pour cette analyse, les données recueillies sont de type dichotomiques, c'est-à-dire que la présence ou l'absence de diagnostic est vérifiée. L'étude de cette relation permet de vérifier si un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* peut prédire la présence d'un diagnostic psychiatrique;

b) Ensuite, la différence entre la présence ou l'absence d'un diagnostic psychiatrique et la présence ou l'absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est observée. L'allure des données est modifiée pour permettre d'observer s'il existe une différence significative entre les distributions. Par cette analyse, on désire démontrer que l'échelle est sensible à détecter une classification émise par le psychiatre. Pour réaliser cette analyse les diagnostics psychiatriques sont classés en catégories. Ces catégories sont bâties en se référant aux échelles de l'*Échelle de Dépistage*

*des Comportements Mésadaptés de Reiss*: agressivité, autisme, psychose, paranoïa, dépression, troubles de la personnalité, comportements mésadaptés et une catégorie «autre». Une cote de 1 à 8 est attribuée à chaque catégorie selon l'ordre cité ci-haut. Les scores totaux de chacune des échelles sont aussi catégorisés selon la même méthode et avec les mêmes cotes. Cette analyse permet d'apprécier si un diagnostic émis par un psychiatre peut prédire un score élevé à l'échelle équivalente à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Par exemple, un diagnostic de psychose concorde-t-il avec un score élevé à l'échelle de psychose de *Reiss*?

c) La dernière manière de vérifier la validité de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est de comparer cette fois-ci les résultats obtenus à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* avec ceux obtenus à la deuxième partie de l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs (ÉQCA)*. À notre connaissance, l'auteur n'a pas validé la version originale en la comparant à un autre instrument de mesure. Pour les besoins de ce traitement statistique, les résultats obtenus à la deuxième partie de l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs (ÉQCA)* sont totalisés pour obtenir un score global qui est alors, corrélaté avec le score total de chacune des échelles de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Le but de cette mise en relation a pris sa raison d'être dans la littérature. Sovner (1990) prétend que les troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle se manifestent par l'apparition ou l'exacerbation de comportements mésadaptés. Cette analyse permet donc



de vérifier s'il y a présence significative de comportements mésadaptés chez les personnes déficientes intellectuelles ayant une symptomatologie de troubles mentaux.

Le traitement statistique des données de cette recherche s'est fait en majorité à l'aide de la version 4.0 du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS, 1990). 1a) Pour mesurer la relation qui existe entre les diagnostics psychiatriques et le résultat à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*, une analyse de distribution de fréquences est faite. Le Chi-Carré (parfois le facteur de correction de Fisher est utilisé compte tenu du nombre élevé dans une même catégorie) permet d'affirmer s'il existe une différence significative entre les diagnostics psychiatriques et le résultat à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. 1b) Deuxièmement, la validité est aussi étudiée en réalisant une série de distributions de fréquences (Crosstabs, SPSS, la valeur utilisée est le Likelihood Ratio et parfois le facteur de correction de Fisher est utilisé compte tenu du nombre élevé dans une même catégorie) pour apprécier s'il existe une différence significative entre les différentes catégories de diagnostics psychiatriques et les mêmes catégories, mais à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. 1c) Et finalement, pour traiter la relation entre les résultats obtenus à la deuxième partie de l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs (ÉQCA)* et les scores totaux aux échelles de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*, une série de corrélations (Correlations dans SPSS, 1990) entre le score global à l'*ÉQCA* et le score total de chacune des échelles du *Reiss* est retenue.

(2) La fidélité de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est réalisée de trois façons:

a) D'abord, la concordance interjuge est analysée en comparant les scores totaux aux échelles du premier évaluateur avec les scores totaux aux échelles du deuxième évaluateur lors de la première prise de mesure. Pour ce faire, deux nouvelles variables sont créées. La première variable correspond au calcul de la moyenne des cotations de chaque item à chaque échelle pour le premier évaluateur. La deuxième variable est le même calcul mais pour les cotations du deuxième évaluateur. Une corrélation de Pearson (Correlations dans SPSS, 1990) permet de vérifier s'il existe un lien significatif entre les deux variables à chaque échelle de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*.

b) La consistance interne est étudiée en réalisant des intercorrélations entre les items d'une même échelle. Ici, chaque item est mis en relation avec les autres items constituant une même échelle. Un alpha de Cronback (Reliability Analysis dans SPSS, 1990) permet d'apprécier la qualité des intercorrélations.

c) Et finalement, la constance (test-retest) des résultats à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est obtenue en comparant, à l'aide d'une corrélation de Pearson (Correlations dans SPSS, 1990), les scores totaux des échelles à la première prise de mesure avec les score totaux des échelles de la deuxième prise de mesure trois mois plus tard. Ce coefficient de corrélation établit s'il existe un lien significatif entre les scores

totaux des échelles à la première prise de mesure et les scores totaux des échelles à la deuxième prise de mesure.

### Analyses des données en fonction des hypothèses exploratoires

Plusieurs analyses de distribution de fréquences (Descriptives Variables, Frequencies, Examine dans SPSS, 1990) et calculs de coefficients de corrélations (Crosstabs, T-Test dans SPSS, 1990) sont faits pour vérifier s'il pourrait exister des liens entre différentes variables descriptives de l'échantillon. Pour ce faire, la différence dans les distributions est observée entre le diagnostic psychiatrique et les variables suivantes: le sexe (hypothèse exploratoire 1) et le degré de déficience intellectuelle (hypothèse exploratoire 3). Le résultat à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est, lui aussi, comparé avec les mêmes variables (sexe [hypothèse exploratoire 2] et degré de déficience intellectuelle [hypothèse exploratoire 4]). De plus, le diagnostic psychiatrique et le résultat à l'échelle de *Reiss* sont corrélés (T-Test dans SPSS, 1990) avec l'âge (hypothèse exploratoire 5) et les années d'institutionnalisation des sujets (hypothèse exploratoire 6). Par ces analyses on peut évaluer s'il y a plus de diagnostics psychiatriques et de scores positifs à l'*Échelle de Dépistage des Comportements de Reiss* selon le sexe, le degré de déficience intellectuelle, l'âge et la durée d'institutionnalisation des sujets. Pour vérifier si l'âge et la durée d'institutionnalisation ont une influence sur les résultats à la traduction du *Reiss*, des tests de comparaison de moyennes (T-Test dans SPSS, 1990) entre les diverses variables sont faites.

## PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les résultats obtenus aux analyses ne permettent pas de confirmer les parties a) et b) de l'hypothèse de recherche principale 1 concernant la validité de l'outil. D'abord, le Tableau 4 (page suivante) démontre la distribution des sujets en fonction de la présence ou de l'absence de diagnostic psychiatrique et la présence ou l'absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. On peut y lire, pour chaque cellule, le nombre de sujets et le pourcentage en rapport avec l'échantillon. On peut remarquer, dans cette analyse que 54 des 70 cas ou 77.1% sont classés correctement soit: lorsqu'il y a présence d'un diagnostic psychiatrique et présence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* chez la même personne ou qu'il y a absence d'un diagnostic psychiatrique et absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Reiss (1988) en dénombre 43 des 59 cas ou 72.88% et obtient un Chi-Carré de  $\chi^2(1,30) = 12.93, p < .005$ . Malgré un pourcentage semble assez élevé (77.1% de correspondance), le Chi-Carré obtenu de la différence entre la présence d'un diagnostic psychiatrique et la présence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements de Reiss* est [ $\chi^2(1,64) = .001$ ] non significatif (facteur de correction de Fisher car peu de sujets n'ont pas de diagnostic psychiatrique à leur dossier). Le résultat obtenu démontre bien une différence non significative dans les distributions.

Tableau 4

Examen de la distribution de fréquences des sujets en fonction de la présence ou de l'absence d'un diagnostic psychiatrique et de la présence ou de l'absence d'un score positif à l'Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss

	Présence de diagnostic psychiatrique	Absence de diagnostic psychiatrique
<b>Présence de score positif au Reiss</b>	<i>n</i> = 53 75,7%	<i>n</i> = 5 7,1%
	<i>REISS</i> * <i>n</i> = 26 86,7%	<i>REISS</i> * <i>n</i> = 12 41,4
<b>Absence de score positif au Reiss</b>	<i>n</i> = 11 15,7%	<i>n</i> = 1 1,4%
	<i>REISS</i> * <i>n</i> = 4 13,3%	<i>REISS</i> * <i>n</i> = 17 58,6%
<b>Grand total N = 70</b>	<i>n</i> = 64 91,4%	<i>n</i> = 6 8,6%
	<i>REISS</i> * <i>n</i> = 30 50,8%	<i>REISS</i> * <i>n</i> = 29 49,2%

\* Les résultats de l'auteur sont tirés du Manuel technique du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (1988)

Par la suite, les résultats obtenus par plusieurs corrélations entre les catégories de diagnostics psychiatriques et les catégories à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* ne permettent pas, eux non plus, de conclure à une relation significative entre les deux dernières variables.

Le Tableau 5 (page suivante) résume bien les résultats pour chaque catégorie. On peut déduire, qu'il n'existe aucune différence significative dans les distributions à cette dernière analyse. Aucun résultat (Chi-Carré) n'obtient une probabilité de .05 et moins, sans oublier aussi les trois catégories qui n'ont pu être traitées compte tenu qu'aucun diagnostic psychiatrique de ce type n'a été posé (l'absence d'une seule variable annule le traitement statistique).

Donc, les résultats obtenus à ces dernières analyses ne confirment pas les volets a) et b) de l'hypothèse de recherche principale 1, qui présume obtenir une validité équivalente à la validité de la version originale (Reiss, 1988). Et par le fait même, ne permettent pas d'affirmer qu'un diagnostic psychiatrique peut prédire un résultat à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* puisqu'aucune analyse ne démontre un résultat significatif.

Tableau 5

Examen de la distribution de fréquences entre les huit catégories de diagnostics psychiatriques et les huit sous-échelles de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*

Échelles	Chi-Carré	Probabilité (correction de Fisher)
<b>Agressivité</b>	-	-
<b>Autisme</b>	.22	$p = .508$
<b>Psychose</b>	3.01	$p = .089$
<b>Paranoïa</b>	-	-
<b>Dépression</b>	-	-
<b>Tr. de la personnalité</b>	1.97	$p = .147$
<b>Comp. mésadaptés</b>	.14	$p = .490$
<b>Autres</b>	.01	$p = .582$

La deuxième partie de l'étude de la validité qui met en relation les cotations à la deuxième partie de l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs (ÉQCA)* et les résultats à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* appuie l'hypothèse de recherche principale 1 puisque les corrélations sont majoritairement significatives (Tableau 6, page suivante).

Si l'on compare les résultats obtenus lors du deuxième volet de l'analyse de validité avec les résultats rapportés par la version originale (Reiss, 1988), on constate que l'auteur n'a pas

Tableau 6

Coefficient de corrélations de Pearson entre le score global à la deuxième partie de l'*ÉQCA* et les scores totaux à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*

Échelles	Score total <i>ÉQCA</i>	Probabilité
Agressivité	.477	$p < .001$
Autisme	.213	$p = .077$
Psychose	.299	$p = .012$
Paranoïa	.324	$p = .006$
Dépression C.	.248	$p = .038$
Dépression P.	.133	$p = .274$
Pers. dépendante	.345	$p = .003$
Pers. évitante	.093	$p = .443$
Comp. mésadaptés	.489	$p < .001$
26 Items Score Total	.544	$p < .001$

à notre connaissance, validé son test à partir d'un autre outil. Il devient alors difficile de comparer les résultats entre la version originale anglaise et la présente version française.

Par contre, Strumey et Bertman (1994) l'ont fait en ne prenant que le «score total» du *Reiss*. Si l'on s'appuie sur le résultat qu'ils ont obtenu à partir de la corrélation du «score total» avec le «score total» de l'*Aberrant Behavior Checklist* (Aman & Singh, 1986), notre résultat est comparable à celui qu'ils ont obtenu. Nous pouvons alors affirmer que l'instrument est validé par l'*ÉQCA* et donc que l'hypothèse de recherche 1 est en partie vérifiée.



Pour cette dernière analyse sur la validité de l'outil, on note que 6 des 10 échelles ainsi que le score total de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* sont corrélés significativement avec le résultat de la sphère des comportements inadéquats de l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs (ÉQCA)*. Les trois échelles pour lesquelles on note des coefficients de corrélation non significatifs sont: autisme, dépression (signes physiques), et personnalité évitante. On ne peut donc pas affirmer qu'au niveau des échelles de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* que toutes sont validés par l'*ÉQCA*.

En conclusion, les résultats du volet c) de l'analyse de validité de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* permettent d'appuyer l'hypothèse de recherche principale 1 qui consiste à dire que cette traduction du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* est aussi valide que la version originale (Reiss, 1988). Puisque nos résultats rejoignent ceux obtenus par d'autres chercheurs sur la version originale.

En ce qui a trait à l'hypothèse de recherche principale 2, qui consiste à dire que l'outil traduit est aussi fidèle que la version originale (Reiss, 1988), trois analyses sont faites. La première vise la concordance interjuge de l'outil. Les résultats obtenus à cette analyse permettent de confirmer, même si l'auteur n'a pas fait cette analyse, le volet a) de l'hypothèse de recherche principale 2, puisque les résultats obtenus sont tous significatifs.

Tableau 7

Coefficients de corrélation de Pearson entre le score de l'évaluateur 1 et le score de l'évaluateur 2 à chaque échelle de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* (Concordance interjuge)

Échelles	Coefficient de corrélation	Probabilité
Agressivité	.526	$p < .001$
Autisme	.514	$p < .001$
Psychose	.363	$p = .002$
Paranoïa	.630	$p < .001$
Dépression C.	.616	$p < .001$
Dépression P.	.559	$p < .001$
Pers. dépendante	.577	$p < .001$
Pers. évitante	.357	$p = .002$
Comp. mésadaptés	.397	$p = .001$
26 Items Score Total	.335	$p = .005$

Le Tableau 7 (ci-haut) rapporte la concordance interjuge de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*, c'est-à-dire, les résultats obtenus de la corrélation entre les scores aux échelles de l'évaluateur 1 et les scores aux échelles de l'évaluateur 2.

Il faut souligner que tous les résultats présentés au Tableau 7 sont significatifs. Cela démontre que l'outil est interprété de la même façon par tous les évaluateurs.

La deuxième analyse de la fidélité porte sur la consistance interne de l'outil traduit. Les résultats obtenus démontrent que le volet b) de l'hypothèse de recherche principale 2 est confirmé puisque les résultats rejoignent ceux obtenus par l'auteur (1988) et par Sturmey et Bertman (1994). Le Tableau 8 (page suivante) expose les résultats obtenus à l'étude de la consistance interne de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*.

Comme il est possible de le remarquer, les coefficients alpha varient entre .797 pour l'échelle de l'agressivité et de .422 pour l'échelle «autisme». De plus, 6 échelles et le score total ont un alpha de .60 (déterminé dans les normes psychométriques comme acceptable). Donc, compte tenu des 3 échelles à faible consistance interne [autisme, psychose, dépression (signes physiques)], le volet c) de l'hypothèse principale 2 n'est pas entièrement confirmé si l'on s'appuie sur les statistiques. Soulignons, toutefois, qu'aucun auteur n'avait jusqu'ici effectué une telle analyse. Pour l'échelle des comportements mésadaptés, les analyses ne sont pas possibles puisqu'il s'agit d'items trop divergents n'ayant aucune relation les uns envers les autres (ex.: problèmes sexuels, vol, tendances suicidaires etc.). La deuxième analyse de la fidélité porte sur la consistance interne de l'outil traduit. Les résultats obtenus pourraient quand même démontrer que le volet b) de l'hypothèse de recherche principale 2 est confirmée. En effet, ces résultats sont moins élevés que ceux rapportés par Reiss (1988), qui précise que tous les alphas obtenus aux échelles sont supérieurs à .70 sauf pour les échelles «autisme» et «dépression (signes physiques)». Alors qu'ici, deux échelles et l'ensemble du test dépasse .70.

Tableau 8

Consistance interne aux échelles de l'*Échelle de Dépistage  
des Comportements Mésadaptés de Reiss*

Échelles	Alpha de Cronbach (Traduc., 1997)	Alpha de Cronbach (Reiss, 1988)	Alpha de Cronbach Sturmey & Bertman (1994)
Agressivité	.797	.80	.749
Autisme	.422	-	.401
Psychose	.578	.78	.655
Paranoïa	.601	.75	.710
Dépression C.	.690	.76	.582
Dépression P.	.540	.54	.687
Pers. dépendante	.682	.75	.582
Pers. évitante	.702	.73	.487
Comp. mésadaptés*	-	-	-
26 Items Score Total	.737	.84	.808

\* La consistance interne de cette échelle n'est pas réalisable étant donné la composition hétérogène des sous-échelles.

Par contre, les résultats obtenus dans cette présente étude correspondent aux résultats reportés par Sturmey et Bertman, 1994. Leurs alphas obtenus varient entre .808 pour l'échelle «26 Items Score Total» et .401 pour l'échelle «autisme». À la lumière de ces informations, il est indiqué de dire que cette partie de l'hypothèse de recherche principale 2 est relativement confirmée.

Et finalement , le volet c) de l'étude de la fidélité de l'outil traduit traite de sa constance, c'est-à-dire de la comparaison entre deux prises de mesure séparées par un intervalle de temps (test-retest). Les résultats obtenus à l'analyse corrélative mettent en relation les scores à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* à la première prise de mesure et ceux de la deuxième prise de mesure (3 mois plus tard). Ici, aucun résultat n'a été relevé dans les publications existantes. Les résultats obtenus lors de l'analyse de sa constance (test-retest) sont inclus dans le Tableau 9 (page suivante). On constate, à sa lecture, que toutes les corrélations se révèlent significatives.

Les coefficients de corrélation de l'analyse sur la constance de l'instrument traduit varient entre .571 et .830 et sont tous significatifs, ce qui indique que la troisième partie de l'hypothèse de recherche 2 est confirmée, et aussi, que cet outil est interprété de la même façon à travers le temps.

En conclusion des analyses de fidélité, on peut dire que l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est aussi fidèle que la version originale (Reiss, 1988) puisque 1) la consistance interne correspondent à la version originale (Reiss, 1988; Sturmey et Bertman, 1994) et 2) la concordance interjuge et la constance (test-retest) sont relativement élevées, c'est-à-dire qu'elles sont conformes aux normes acceptées en psychométrie. De plus, ces deux dernières analyses fournissent une contribution importante et pertinente à cette traduction.

Tableau 9

Coefficients de corrélation de Pearson entre deux prises de mesure (test-retest)  
pour chaque échelle de l'Échelle de Dépistage des Comportements  
*Mésadaptés de Reiss* (Constance)

Échelles	Test-retest ( $N = 25$ )	Probabilité
Agressivité	.738	$p < .001$
Autisme	.761	$p < .001$
Psychose	.629	$p = .001$
Paranoïa	.801	$p < .001$
Dépression C.	.830	$p < .001$
Dépression P.	.791	$p < .001$
Pers. dépendante	.607	$p = .001$
Pers. évitante	.822	$p < .001$
Comp. mésadaptés	.571	$p = .003$
26 Items Score Total	.752	$p < .001$

Pour répondre aux hypothèses exploratoires de recherche, une première distribution de fréquences est faite. Le sexe des sujets est comparé avec la présence d'un diagnostic psychiatrique afin de déterminer si les hommes ou si les femmes, sont plus enclins à développer un trouble mental.

Les résultats obtenus ne permettent pas d'affirmer qu'il existe une différence significative dans les distributions des deux sexes (hypothèse de recherche exploratoire 1). Le Chi-Carré

obtenu est de  $\chi^2(1,58) = .841$ , n.s. (correction de Fisher), ce qui démontre une différence non significative entre les variables étudiées. Une deuxième hypothèse de recherche exploratoire se propose d'analyser la présence ou l'absence de score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* en fonction du sexe du sujet, c'est-à-dire, les hommes ou les femmes sont-ils plus susceptibles d'avoir un score positif au *Reiss*. Ici aussi, les résultats démontrent une différence non significative entre ces deux variables puisque le Chi-Carré obtenu est de  $\chi^2(1,64) = 3.27$ , n.s. (correction de Fisher).

Le Tableau 10 (page suivante) présente l'examen de la distribution de fréquences selon la présence ou l'absence d'un diagnostic psychiatrique en fonction du sexe des sujets.

De ces analyses, on peut retenir que 82.9% de la population obtiennent un diagnostic psychiatrique à leur dossier médical. De ces 82.9%, 79.3% sont des hommes et 20.7% sont des femmes. On peut aussi y lire que 85.2% des hommes ont un diagnostic psychiatrique, alors que 75.0% des femmes sont diagnostiquées pour troubles mentaux.

À voir l'ampleur des pourcentages (pourcentages supérieurs à 75%), il serait facile de croire que la différence entre les distributions est positive, mais le Chi-Carré relevé plus haut démontre bien le contraire (Chi-Carré non significatif).

Tableau 10

Examen de la distribution de fréquences des sujets selon de la présence ou de l'absence d'un diagnostic psychiatrique en fonction de leur sexe

	Diagnostic psychiatrique	
	Présence	Absence
<b>Hommes</b>	<i>n</i> = 46 85.2% 79.3%	<i>n</i> = 8 14.8% 66.7%
<b>Femmes</b>	<i>n</i> = 12 75.0% 20.7%	<i>n</i> = 4 25.0% 33.3%
<b>Grand total</b> <b>(H : <i>n</i> = 54)</b> <b>(F : <i>n</i> = 16)</b>	<i>n</i> = 58 82.9%	<i>n</i> = 12 17.1%

En contre-partie, comme on peut le voir au Tableau 11 (page suivante), les résultats obtenus à l'*Échelle des Comportements Mésadaptés de Reiss* sont quelques peu différents. Ici, 91.4% de la population ont un résultat positif au *Reiss*. De cela, 75.0% sont des sujets de sexe masculin et 25.0% sont de sexe féminin.



Tableau 11

Examen de la distribution de fréquences des sujets selon la présence ou l'absence d'un score positif à de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*

	Score positif au <i>Reiss</i>	
	Présence	Absence
<b>Hommes</b>	$n = 48$ 88.9% 75.0%	$n = 6$ 11.1% 100.0%
<b>Femmes</b>	$n = 16$ 100.0% 25.0%	$n = 0$
<b>Grand total</b> <b>(H : <math>n = 54</math>)</b> <b>(F : <math>n = 16</math>)</b>	$n = 64$ 91.4%	$n = 6$ 8.6%

Il est important de noter que dans cette analyse, toutes les femmes ont un score positif au *Reiss* (100% de l'échantillon féminin contre 75% qui ont un diagnostic psychiatrique à leur actif). Les résultats obtenus démontrent qu'il n'y a pas de différence significative qui a été observée dans les distributions entre 1) la présence ou l'absence de diagnostic psychiatrique selon le sexe des sujets et, 2) la présence ou l'absence de score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* selon le sexe des sujets.

Pour ce qui est des hypothèses de recherche exploratoires 3 et 4, elles tentent de vérifier si le degré de déficience intellectuelle peut favoriser un diagnostic psychiatrique ou un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Pour l'hypothèse de recherche exploratoire 3, les résultats permettent de confirmer qu'il existe une relation significative entre le degré de déficience intellectuelle et la présence ou l'absence d'un diagnostic psychiatrique. Le Chi-Carré obtenu est de  $X^2(3,58) = 5.80$ ,  $p < .05$  (correction de Fisher), ce qui indique que la différence dans les distributions est significative, c'est-à-dire, plus les personnes ont un degré de déficit faible plus elles ont la chance de présenter un diagnostic psychiatrique.

Par contre, pour l'hypothèse de recherche exploratoire 4, les résultats ne permettent pas de confirmer qu'il existe une relation entre le degré de déficience intellectuelle et la présence de score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* avec un Chi-Carré de  $X^2(3,64) = .016$ , n.s. (correction de Fisher).

Le Tableau 12, indique la distribution de fréquences des sujets selon la présence d'un diagnostic psychiatrique en fonction de leur degré de déficience intellectuelle. Alors que le Tableau 13 (page 89), examine la distribution de la fréquence des sujets selon la présence ou l'absence de score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* en fonction de leur degré de déficience intellectuelle.

Tableau 12

Examen de la distribution de fréquences des sujets selon présence ou l'absence d'un diagnostic psychiatrique en fonction de leur degré de déficience intellectuelle

	Diagnostic psychiatrique	
	Présence	Absence
<b>Lenteur intellectuelle</b>	$n = 41$	$n = 4$
<b>Déficience légère</b>	70.6%	33.3%
<b>Déficience moyenne</b>		
<b>Déficience sévère</b>	$n = 17$	$n = 8$
<b>Déficience profonde</b>	29.3%	66.7%
<b>Grand total</b>	$n = 58$	$n = 12$
<b><math>N = 70</math></b>	82.9%	17.1%

Maintenant, pour l'hypothèse de recherche exploratoire 5 qui suppose que l'âge des sujets peut être en lien avec un score positif ou un score négatif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*, des tests de comparaison de moyennes sont faits. Les résultats obtenus ne confirment pas cette hypothèse de recherche exploratoire puisqu'il n'y a aucune différence entre les moyennes de l'âge des sujets et de la présence ou l'absence

Tableau 13

Examen de la distribution de fréquences des sujets selon la présence ou l'absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* en fonction de leur degré de déficience intellectuelle

	Présence	Absence
<b>Lenteur intellectuelle</b>	$n = 41$	$n = 4$
<b>Déficience légère</b>	64.0%	66.7%
<b>Déficience moyenne</b>	94.3%	5.7%
<b>Déficience sévère</b>	$n = 23$	$n = 2$
<b>Déficience profonde</b>	36.0 %	33.3%
	92.0%	8.0%
<b>Grand total</b>	$n = 64$	$n = 6$
<b><math>N = 70</math></b>	91.4%	8.6%
	93.7%	6.6%

d'un score positif au *Reiss*, la valeur obtenue est de  $t(67) = .96$ , n.s. Par contre, les résultats obtenus pour l'hypothèse de recherche exploratoire 6 qui consiste à prédire que la durée d'institutionnalisation des sujets est liée à la présence ou l'absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*, la confirme puisque la valeur obtenue est de  $t(67) = 2.31$  ( $p < .05$ ), les chiffres indiquent que plus la durée d'institutionnalisation est longue, plus le score aux échelles de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est élevé.

En conclusion des hypothèses de recherche exploratoires, deux hypothèses sont retenues: 1) le degré de déficience intellectuelle à un lien significatif avec la présence d'un diagnostic psychiatrique au dossier du sujet contrairement à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*; 2) la durée d'institutionnalisation est lié significativement à un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Malheureusement, les autres hypothèses exploratoires doivent être rejetées compte tenu que les résultats ne sont pas suffisamment significatifs pour être retenus.

## Discussion

L'hypothèse de recherche principale selon laquelle l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est aussi valide et aussi fidèle que la version originale (Reiss, 1998), est partiellement confirmée par les résultats obtenus. D'abord, l'étude de la validité de l'outil traduit constitue le premier volet de cette hypothèse de recherche principale. Ici, les résultats démontrent qu'un diagnostic psychiatrique ne peut être lié significativement et prédire un score positif aux échelles de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Malheureusement, les résultats indiquent qu'aucune catégorie de diagnostic psychiatrique ne peut prédire un score positif à l'échelle correspondante au *Reiss*. En deuxième lieu, l'analyse de validité mettant en relation la deuxième partie de l'*Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs (ÉQCA)* mesurant les comportements inadéquats et l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* confirme que l'hypothèse de recherche principale 1. Puisque, dans la documentation, certains auteurs (Davidson, 1988; Sturmey & Bertman, 1994) ont mis en relation le «26 Items Score Total» avec les résultats à d'autres tests. Si on reprend leur méthode, on s'aperçoit que notre hypothèse de recherche principale 1 est confirmée puisque le coefficient de corrélation obtenu entre le «26 Items Score Total» et la deuxième partie de l'*ÉQCA* est de .544 avec une probabilité inférieure à .001 est comparable avec ces études (coefficient de corrélation de .83 pour Davidson et surtout de .541 pour Sturmey & Bertman). Donc, pour cette étude on retient cette procédure (puisque on veut comparer aux

études de la version originale), et on obtient que notre outil traduit est valide et, par le fait même vient confirmer notre hypothèse de recherche principale 1. Ce qui est d'autant plus important, c'est que dans cette analyse, la traduction française du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* est corrélée avec un instrument entièrement québécois, c'est-à-dire, qu'il est construit en fonction de nos propres normes, donc très significatif de notre culture.

Plusieurs critiques peuvent être apportées au premier volet de l'analyse de validité qui mettait en relation les diagnostics psychiatriques et les résultats à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. L'homogénéité de notre échantillon signifie qu'un fort pourcentage de sujets ont un diagnostic psychiatrique et ont un score positif aux échelles de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* : ceci signifie que l'échantillon n'est pas tout à fait représentatif de la population générale des personnes déficientes intellectuelles. Comme on a pu le remarquer à la partie «résultats», le faible nombre de sujets et le fait que la population soit très majoritairement masculin contribue, aussi, à biaiser les résultats obtenus. Par exemple, si l'on regarde de plus près, 77.1% des sujets sont classés correctement, c'est-à-dire, avec une concordance présence/présence ou absence/absence contre 72.88% pour la version originale (Reiss, 1988). Si de ce nombre, un nombre plus élevé de sujets était sans aucun diagnostic, ceci aurait fourni un échantillon plus hétérogène et donc, par le fait même, des statistiques plus représentatives.



Par contre, cette échelle est surtout utile pour les personnes déficientes qui ont plus de chances de présenter un double-diagnostic, et donc s'adresse prioritairement aux personnes déficientes ayant des troubles de comportements, souvent institutionnalisées.

Ensuite, les autres critiques relèvent de la partie la plus importante soit, dans l'évaluation des symptômes. Les critères diagnostiques établis par les classifications médicales telles, le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), sont validés à partir d'un échantillon tiré d'une population normale. Toutefois, lorsque l'on se retrouve avec des personnes ayant une déficience intellectuelle, il devient plus complexe d'évaluer les symptômes compte tenu des caractéristiques spécifiques à la déficience intellectuelle telles que le fait d'avoir des problèmes de langage, des troubles du comportements, des difficultés à communiquer leurs émotions, etc. Ces caractéristiques rendent difficile le diagnostic puisque ces sujets ne manifestent pas les symptômes de la même manière que les gens de la population en général.

De plus, les sujets de la présente recherche ont un lourd passé institutionnel ce qui permet d'évoquer un phénomène de «co-morbidité». En effet, il est possible que le sujet présente plusieurs symptômes qui peuvent être classés dans diverses symptomatologies, ex.: agitation, agressivité, hallucinations, perte d'appétit etc. De même, ces sujets sont susceptibles de développer des comportements par imitation. C'est-à-dire, qu'ils reproduisent les comportements des personnes cohabitant avec eux, qui ont, elles aussi, un

lourd passé institutionnel. Ces facteurs rendent complexe l'évaluation diagnostique et la cotation à des tests comme le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*, et par le fait même, peut contribuer à biaiser les données.

De plus, le fait d'avoir répertorié les diagnostics psychiatriques en huit catégories à la deuxième analyse a pu contribuer à ne pas obtenir des résultats équivalents à la version originale. Reiss (1988) n'a fait que trois catégories de diagnostic, ce qui restreint la possibilité d'erreur et l'éventail de diagnostics possibles. Par contre, ces trois catégories ne couvrent pas tout l'ensemble des diagnostics émis par le psychiatre, de même, que toutes les échelles du *Reiss*.

Les résultats obtenus aux analyses portant sur l'hypothèse de recherche principale 2, soit que l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est aussi fidèle que la version originale permettent de la confirmer sans l'ombre d'un doute puisque les trois analyses effectuées correspondent aux normes fixées en psychométrie et aux résultats obtenus par la version originale, dans le cas où l'auteur a fait ces analyses (Reiss, 1988).

D'abord, en ce qui a trait à la concordance interjuge, tous les résultats obtenus démontrent, de façon uniforme, que ce critère rencontre les exigences habituelles en psychométrie. L'auteur a fait cette analyse en prenant chacun des items, alors que nous avons fait cette analyse en prenant les scores totaux aux échelles puisque ce sont ces scores

qui sont déterminants pour l'évaluation du sujet. La comparaison est donc, plus complexe étant donné que l'auteur n'a donné aucun coefficient de corrélation sur les scores totaux. Nous avons jugé qu'il n'était pas nécessaire de faire une analyse item par item puisque toutes les corrélations effectuées sont significatives. Et compte tenu que les résultats sont tous significatifs, nous jugeons que cette partie de l'hypothèse de recherche 2 est confirmée. Ces résultats démontrent, donc, que la subjectivité éventuelle du test est relativement rejetée si l'on utilise plus d'un évaluateur.

La seconde analyse a permis de confirmer une autre partie de l'hypothèse de recherche 2 qui traite de la consistance interne. Les résultats obtenus ne sont pas tous significatifs, mais ils correspondent à la version originale puisque les coefficients alpha de la version originale varient entre .54 pour l'échelle «l'autisme» et .84 pour l'échelle «26 Items Total Score». Alors que pour cette étude, les coefficients varient entre .422 pour l'échelle «l'autisme» et .797 pour l'échelle «agressivité» et pour Strumey et Bertman (1994), ces coefficients alpha varient entre .401 pour l'échelle «autisme» et .808 pour l'échelle «26 Items Total Score». Il est très important de faire remarquer ici que l'échelle qui a la plus faible consistance interne est la même pour les trois études, «autisme». On constate ici que les coefficients de la présente étude sont plus faibles que ceux rapportés par Reiss (1988). Cette différence est peut-être due au fait que dans la présente étude, la population diffère de celle utilisée par l'auteur. Dans l'étude de l'auteur, des échantillons variant entre 53 et 306 sujets ont été étudiés. Les résultats que nous avons obtenus dans cette étude correspondent, à peu de différence près, à

ceux obtenus par Sturmey et Bertman (1994) et aussi au niveau de la taille de l'échantillon (81 sujets pour Sturmey & Bertman et 70 pour cette étude).

Lorsqu'on fait une analyse plus approfondie pour ces deux dernières échelles, au niveau de leur consistance interne, on peut s'apercevoir que si l'item «écholalie» était retiré, l'alpha augmenterait de .10, mais au niveau clinique, cet item décrit bien le syndrome de l'autisme. Pour l'échelle de dépression (signes physiques), le coefficient alpha augmenterait à .614 si l'item «somatise» était exclu. Mais encore ici, cliniquement cet item correspond à ce que l'on veut mesurer. Quant à lui, Reiss (1988) conclue de sa réflexion que l'item «somatise» devrait être retiré pour augmenter la consistance interne de l'échelle de dépression (signes physiques). De plus, un plus grand nombre d'items par échelle contribue à obtenir des alphas plus représentatifs, c'est-à-dire que la valeur de l'échelle «26 Items Total Score» devrait obtenir un coefficient alpha plus élevé que toutes les autres échelles à cinq items. Et c'est le cas pour l'étude de Reiss (1988) et celle de Sturmey et Bertman (1994), mais dans cette étude, cette échelle arrive deuxième derrière «agressivité». Pour nous, le fait que l'échelle «agressivité» obtienne le meilleur coefficient alpha est dû au fait qu'une très grande partie de notre échantillon cote positif à cette échelle (comportements d'agressivité fréquents en institution). Donc, compte tenu des explications précédentes, nous jugeons bon de retenir cette partie de l'hypothèse de recherche principale 2 qui consiste à affirmer que la consistance interne de l'outil traduit est équivalente à celle de la version originale.

Les résultats obtenus à la dernière analyse démontrent que la troisième partie de l'hypothèse de recherche principale 2 - fidélité test-retest - est confirmée. Cet aspect est inédit puisque aucun résultat équivalent n'a été relevé dans les publications existantes réalisées avec la version originale. Nous nous appuyons sur le fait que les corrélations réalisées pour cette analyse sont toutes significatives pour affirmer que cette partie de l'hypothèse de recherche principale 2 est rencontrée. Les résultats indiquent uniformément que l'outil est interprété de la même façon à travers le temps par les évaluateurs et que les deux mesures évaluent de manière comparable le même individu.

En conclusion des résultats obtenus par les analyses sur la fidélité de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*, il est indiqué, de retenir complètement l'hypothèse de recherche 2 qui consiste à affirmer que l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* est une mesure aussi fidèle que la version originale anglaise.

La première et la deuxième hypothèse de recherche exploratoire avaient trait à la question du lien entre le sexe du sujet et la présence d'un diagnostic psychiatrique et/ou la présence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Les résultats démontrent que le sexe n'a aucun lien avec le fait d'avoir un diagnostic psychiatrique et d'avoir un score positif à la traduction du *Reiss*. Les données ont peut être été altérées par un nombre très grand de sujets de sexe masculin dans la population. Le

DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) indique que la prévalence de différents troubles est plus élevée chez les hommes. C'est cette tendance qui a conduit à ces hypothèses exploratoires, qui après vérification s'avèrent non significatives. Le faible nombre de sujets féminins à peut être biaisé les résultats de cette analyse. On pourrait peut être s'attendre à ce que sur une population plus importante l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* fasse apparaître plus fréquemment un score positif que les diagnostics psychiatriques pour les femmes.

Les hypothèses de recherche exploratoires 3 et 4 consistent à affirmer que le degré de déficience intellectuelle à un lien avec la présence d'un diagnostic psychiatrique et la présence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Les résultats permettent de conclure que le degré de déficience intellectuelle est liée avec la présence d'un diagnostic psychiatrique mais, ne permettent de conclure que le degré de déficience intellectuelle est liés à la présence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Donc, plus le degré de déficience intellectuelle est faible plus les chances d'avoir un diagnostic psychiatrique sont élevées. Cliniquement, cela s'explique par le fait que, plus le retard mental est faible plus le sujet exprime un malaise à vivre en institution et manifeste ce malaise par des comportements inadéquats tels l'automutilation. De plus, les intervenants et les psychiatres sont peut-être plus enclins à diagnostiquer un trouble psychiatrique chez les déficients légers

Les résultats obtenus à l'hypothèse de recherche traitant de la relation entre l'âge et la présence ou l'absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* ne permettent pas d'affirmer que l'âge peut prédire un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Par contre, les résultats obtenus à l'analyse traitant de relation entre la durée d'institutionnalisation et la présence ou l'absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* montre que la durée d'institutionnalisation des sujets peut prédire un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. C'est-à-dire, que plus le sujet est resté longtemps en institution, plus il est susceptible d'obtenir un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Cliniquement, cela s'explique par le phénomène que la «co-morbidité» (le sujet développe plusieurs symptômes qui appartiennent à plusieurs types de diagnostic) ou en termes plus clairs, la contamination par le milieu. Ici, l'homogénéité de l'échantillon présentant un nombre moyen élevé d'années d'institutionnalisation a pu contribuer à entraîner ces résultats.

En conclusion des hypothèses de recherche exploratoires, deux des six hypothèses sont confirmées par les résultats aux analyses: 1) le degré de déficience intellectuelle à un lien avec la présence d'un diagnostic psychiatrique et 2) la durée d'institutionnalisation des sujets peut prédire un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*.

Cette étude permet donc de faire une ouverture sur l'élaboration d'un outil en français mesurant la présence de troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. Le fait de posséder un outil de mesure sur cette problématique dans notre propre langue permettra de mieux la saisir, de mieux expliquer et, surtout, de mieux l'évaluer. En conséquence, les interventions auprès de cette clientèle seront beaucoup plus spécifiques à leurs besoins.

Ce sujet est encore très peu documenté et très peu étudié en français. Pourtant, les études américaines démontrent bien, par leur prévalence, l'ampleur du phénomène. Même si ces études sont réalisées chez nos voisins américains, elles demeurent applicables à notre société.

Par cette étude, on démontre qu'il est possible de faire le travail d'évaluation à partir d'instruments en français et des recherches futures devraient poursuivre l'élaboration ou la traduction des instruments de mesure afin qu'ils soient accessibles à notre population québécoise.



## Conclusion

Les résultats obtenus lors des analyses de validité et de fidélité de l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* (1996) permettent de confirmer les hypothèses de recherche qui spécifient que l'outil traduit est aussi valide et aussi fidèle que la version originale anglaise (Reiss, 1988). L'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss* (1996) s'avère donc, un nouvel instrument qui pourrait être utilisé par les praticiens pour la planification des services aux personnes déficientes intellectuelles présentant un double-diagnostic.

Et parmi les hypothèses de recherche exploratoires, plusieurs conclusions peuvent être tirées. Premièrement, il n'existe aucune relation entre le sexe et la présence ou l'absence d'un diagnostic psychiatrique. La même conclusion peut être tirée pour ce qui est de la relation entre le sexe et la présence ou l'absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Deuxièmement, le degré de déficience intellectuelle est en relation significative avec la présence d'un diagnostic psychiatrique au dossier médical du client mais par contre, le degré de déficience intellectuelle des sujets n'est pas lié à la présence ou l'absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Troisièmement, l'âge des sujets est en relation significative avec la présence d'un diagnostic psychiatrique au dossier médical du sujet,

mais n'a aucun lien sur la présence ou l'absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*. Et finalement, l'âge des sujets n'a aucun lien significatif sur la présence ou l'absence d'un diagnostic psychiatrique mais elle en a une sur la présence ou l'absence d'un score positif à l'*Échelle de Dépistage des Comportements Mésadaptés de Reiss*.

Les résultats de cette recherche doivent être interprétés avec prudence compte tenu de la taille et de l'homogénéité de la population. Toutefois, étant donné les conditions de cette étude, qui consiste à évaluer un groupe de sujets vivant en institution, il était difficile de recruter les sujets selon des données démographiques. Il est certain de conclure que la représentativité de la population est hypothétique. Toutefois, il faut retenir que la population est une population clinique constituée selon la disponibilité des services qui offrent leur collaboration. De plus, cette population représente seulement 30 à 40% du 3% de la population en général. Ces deux facteurs limitent la taille de la population sélectionnée. Cependant, les recherches ultérieures pourront utiliser des groupes plus hétérogènes.

Malgré ces facteurs hors de contrôle dans la sélection des sujets d'étude, nous avons pris soin d'évaluer les sujets selon la même méthode, nous avons favorisé des intervenants stables auprès de la clientèle. Cela peut favoriser des avantages tels; une bonne connaissance du sujet, une observation longitudinale mais, peut aussi comporter des

inconvenients tels; la subjectivité émotive. Finalement, les diagnostics psychiatriques ont été relevés par un psychiatre possédant une grande expertise auprès de cette clientèle. Toutes ces précautions ont été prises afin d'obtenir la meilleure évaluation possible des sujets.

Le relevé théorique démontre l'importance de développer des outils de mesure en français sur cette problématique qu'est le double-diagnostic. Les sujets auraient avantage à être évalués plus fréquemment afin de mieux cerner leurs besoins et de mieux pouvoir y répondre, et par le fait même, d'augmenter nos connaissances et de développer la recherche sur la problématique du double-diagnostic.

## Références

- Aman M.G. & Singh N.N. (1986). Manual for the Aberrant Behavior Checklist. Slosson Educationnal Publications, East Aurora, IL.
- American Psychiatric Association. (1968). DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2ème éd.), Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (1987). DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3ème éd., Rev.), Washington, DC.: Author
- American Psychiatric Association. (1994). DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4ème éd.), Washington, DC.: Author
- American Psychiatric Association. (1996). Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. (4ème éd.) Traduction française par J.D. Guelfi et al., Paris, Masson
- Atelier Québécois des Professionnels sur le Retard Mental, AQPRM. (1993). L'Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs, Protocole. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Atelier Québécois des Professionnels sur le Retard Mental, AQPRM. (1993). L'Échelle Québécoise des Comportements Adaptatifs, Manuel Technique. Université du Québec à Montréal, Montréal
- Benson, B.A. & Reiss, S. (1984). A factor Analysis of Emotinal Disorders in Mentally Retarded People. Australia / and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 10, 135-139.
- Borthwick-Duffy, S. A. & Eyman, R. K. (1990). Who are the Dually Diagnosed. American Journal on Mental Retardation, 94, 586-595.
- Crews, W. David; Bonaventura, Sharon; Rowe, Frederick. (1994). Dual Diagnosis: Prevalence of psychiatric disorders in large state residential for individuals with mental retardation. American journal of Mental Retardation, 98, 6, 724-731.

- Davidson, M. (1988). Psychometrics Characteristics of the Checklist of Emotional Problems with Mentally Retarded Adults (CHEMRA). Unpublished doctoral dissertation, Department of Psychology, University of Illinois at Chicago.
- Delâge, J. (1990). Déficience mentale et troubles psychiatriques: embûches diagnostiques et nouvelles approches. Synergie: Bulletin Scientifique du Centre Hospitalier Robert-Giffard, 2(2), 1-4.
- Doll, E. (1964). Barème de Maturité Sociale de Vinland. Montréal: Institut de Recherche Psychosociale inc.
- Eaton, L.F. & Menolascino, F.J. (1982). Psychiatric Disorders in the Mentally Retarded : types, problems and challenges. American Journal of Psychiatry, 139, 1297-1303.
- Eyman, Richard, K. & Call, Tom. (1977). Maladaptive Behavior and Community Placement of Mentally Retarded Persons. American Journal of Mental Deficiency, 82, 2,137-144
- Fletcher, R. & Menolascino, F. J. (1989). Mental Retardation and Mental Illness: Assessment, Treatment, and Services for the Dually Diagnosed. Lexington Books, Massachusett/Toronto.
- Grossman, H. J. (Éd.). (1983). Classification on Mental Retardation. American Association on Mental Deficiency, Washington, DC.
- Ionescu, S. & (Ed.). (1987). L'intervention en Déficience Mentale. Pierre Mardaga Éditeur, Bruxelles.
- Lambert, Nadine & al. (1981). Adaptative Behavior Scale. American Association on Mental Deficiency. Monterey, California.: Publisher Test Service
- Luckasson, R. & al. (Éd.). (1992). Mental Retardation: Definition, classification and systems of support. American Association on Mental Retardation. Washington, D.C.

- Matson, J.L. (1988). The PIMRA manual. Palos Heights, Il.: International Diagnostic System, Inc.
- Matson, J.L. & Barrett, R.P. (1993). Psychopathology in the Mentally Retarded. Matson, Barrett éditeur, Allyn and Bacon, 2ème édition.
- Maurice, P. (1993), Une nouvelle définition du retard mental. Psychologie Québec, 10, 6, 4.
- Menolascino, F.J. & Stark, J.A. (1984). Handbook of Mental Illness in the Mentally Retarded. New-York: Plenum.
- Nézu, C. M. , Nézu, A. M. & Gill-Weiss, M. J. (1992). Psychopathology in Mental Retardation: Clinicaly Guideline for Assessment and Treatment. Research Press Company, Champaign, Illinois.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1992). Classification Internationale de Maladie. Dixième Révision. Chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève, Organisation Mondiale de la Santé: Paris, Masson
- Reiss, S. (1987). Reiss Screen for Maladaptive Behavior, Protocole. International Diagnosis System inc. Worthington, Oh.
- Reiss, S. (1988). Reiss Screen Test Manual. International Diagnosis System inc. Worthington, Oh.
- Reiss, S. (1990). Prevalence of Dual Diagnosis in Community-Based Day Programs in the Chicago Metropolitan Area. American Journal on Mental Retardation, 94, 6, 578-585.
- Reiss, S. (1994). Issues in Defining Mental Retardation. American Journal of Mental Retardation, 99, 1, 1-7.
- Reiss, S., Levitan, G.W. & McNally, (1982). Emotionally Disturbed Mentally Retarded People: An underserved population. American Psycholigist, 34, 4, 361-367.



- Reiss, S. , Levitan, G. W. & Szysko, J. (1982). Emotional Disturbance and Mental Retardation: Diagnostic Overshadowing. American Journal of Mental Deficiency, 86, 6, 567-574.
- Reiss, S. & Szysko J. (1983). Diagnostic Overshadowing and Professional Experience with Mentally Retarded Persons. American Journal of Mental Deficiency, 87, 4, 396-402.
- Senatore, V., Matson, J.L. & Kazdin, A.E. (1985). An Inventory to Assess Psychopathology of Mentally Retarded Adults. American Journal of Mental Deficiency, 89, 459-466.
- Sovner, R. (1986). Limiting Factors in the use of DSM-III Criteria with Mentally Retarded Persons. Psychopharmacological Bulletin, 22, 1055-1059.
- Sovner, R. & Hurley, A.D. (1983). Do the Mentally Retarded Suffer from Affective Illness? Archives of General Psychiatry, 40, 61-67.
- Sovner, R. & Hurley, A.D. (1992). Inventaires permettant d'évaluer la psychopathologie chez les personnes déficientes intellectuelles. Article traduit par l'Association scientifique pour la modification du comportement. Tiré du Habilitive Healthcare Newsletters, 11, 7-8, july-august 1992.
- Sovner, R. & Lowry, M. A. (1990). Méthodologie du comportement pour le diagnostic des troubles mentaux affectifs chez les personnes déficientes intellectuelles. Article traduit par l'Association scientifique pour la modification du comportement. Tiré du Habilitive Mental Healthcare Newsletter, juillet 1990.
- SPSS Inc. (1990). SPSS for UNIX: Operations guide. Chicago, Ill.: SPSS Inc.
- Stark, J.A., Menolascino, F.J., Albarelli, M.H., & Gray, V.C. (1988). Mental Retardation and Mental Health : classification, diagnosis, treatment, services. New-York: Springer-Verlag.

- Strumey, P. (1993). The use of DSM and ICD Diagnostic Criteria in People with Mental Retardation: A Review of Empirical studies. The Journal of Nervous and Mental Disease, 181, 39-42.
- Sturme, Peter. (1995). DSM-III-R and persons with dual diagnosis: conceptual issues and strategies for future research. Journal of Intellectual Disability Research, 39, 5, 357-364.
- Sturme, P. & Bertman, L. (1994). Validity of the Reiss Screen for Maladaptive Behavior. American Journal on Mental Retardation, 99, 2, 201-206.
- Sturme, P., Reed, J. & Corbett, J. (1991). Psychometric Assessment of Psychiatric Disorders in People with Learning difficulties (Mental Handicap): A Review of Measures. Psychological Medicine, 21, 143-155.
- Szymanski, L. & Grossman, H. (1984). Dual Implications of Dual Diagnosis. Mental Retardation, 22, 155-156.
- Szymanski, L. & Tanguay, P.E. (1980). Emotional Disorders of Mentally Retarded Persons. Baltimore: University Park Press.
- Wright, E.C. (1982). The Presentation of Mental Illness in Mentally Retarded Adults. British Journal of Psychiatry, 141, 496-502.

## Appendice

# ÉCHELLE DE DÉPISTAGE DES COMPORTEMENTS MÉSADAPTÉS DE REISS

TRADUCTION DE L'ÉCHELLE « *REISS SCREEN FOR MALADAPTIVE BEHAVIOR* » DE STEVEN REISS,  
Ph. D. UNIVERSITÉ DE L'ILLINOIS À CHICAGO, PAR LE CENTRE DE RÉADAPTATION  
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DU CENTRE HOSPITALIER  
ROBERT-GIFFARD DE QUÉBEC (1992)

RÉVISION ET ADAPTATION QUÉBÉCOISE PAR  
ANICK BRISSON, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À  
TROIS RIVIÈRES (1996)

**CONFIDENTIEL**

Information pour identifier la personne que vous évaluez pour un possible comportement mésadapté.

Nom du sujet :	
Age :	
Sexe :	
Race :	
Évaluateur :	
Date de l'évaluation :	

## **CONFIDENTIEL**

Information pour identifier le personne que vous évaluez pour un possible comportement mésadapté.

1. Programme :

2. Indiquez si le sujet est déficient léger , modéré ou sévère.

3. Diagnostic psychiatrique, s'il y a lieu :

4. Votre numéro au travail

## CONSIGNES DE PASSATION

L'échelle de *Reiss* pour les comportements mésadaptés a été construite pour être utilisée avec les adolescents et les adultes ayant un retard mental. Elle est complétée par les intervenants, les enseignants, les personnes qui offrent des services à la personne ou tous les autres intervenants qui connaissent le sujet à évaluer. On prévoit environ 20 minutes pour compléter l'échelle.

Le livret du test présente une liste de comportements mésadaptés qui peuvent causer des problèmes dans la vie des adolescents et adultes présentant une déficience intellectuelle. Votre tâche est de noter quel(s) comportement(s), s'il y a lieu, ~~semble(nt)~~ problématique(s) pour la personne à évaluer.

Chaque catégorie de comportements est définie brièvement dans un langage simple. Quelques exemples de chaque catégorie sont donnés. Les exemples sont présentés pour aider à la compréhension de la définition. Rarement, une personne pourra présenter tous les exemples donnés, mais plutôt un seul ou aucun des exemples donnés. Si dans une catégorie spécifique aucun exemple donné ne correspond à la personne, vous devez quand même évaluer si cette catégorie n'est **pas un problème**, est **un problème** ou est **un problème majeur** pour cette personne. Il y a plusieurs comportements qui peuvent être inclus dans la catégorie sans être cités en exemple.

Lisez bien chaque définition, étudiez les exemples qui aident à la compréhension et demandez-vous. « Est-ce qu'actuellement ce comportement n'est **pas un problème**, est **un problème** ou est **un problème majeur** » dans la vie de la personne évaluée.

## ÉCHELLE DE COTATION

**PAS UN PROBLÈME** : choisissez ce niveau si une ou des phrases suivantes sont vraies.

1. La catégorie de comportements ne s'applique pas à la personne évaluée. Par exemple, la catégorie « mensonge » ne s'applique pas à une personne qui n'a pas de langage.
2. La personne évaluée ne présente pas ce comportement.
3. Le comportement n'a pas la fréquence, ni l'intensité ou la sévérité suffisante pour être considéré comme un problème courant dans la vie de la personne évaluée.

**PROBLÈME** : choisissez ce niveau si une ou des phrases suivantes sont vraies.

1. Le comportement occasionne un niveau significatif d'inconfort et/ou de souffrance pour la personne évaluée.
2. Le comportement nuit au fonctionnement social de la personne.
3. Le comportement nuit au fonctionnement vocationnel (études, travail) de la personne.
4. Le comportement apparaît souvent ou à un niveau de sévérité inhabituel.

**PROBLÈME MAJEUR** : choisissez ce niveau si une ou des phrases suivantes sont vraies.

1. Le comportement occasionne beaucoup d'inconfort ou de souffrance à la personne évaluée.
2. Le comportement apparaît à une fréquence ou à une intensité élevée.
3. Le comportement nuit de façon significative au fonctionnement social et professionnel de la personne.
4. À cause du comportement la personne doit être placée dans un environnement plus restreint ou a besoin de plus de supervision.

Exemples : La *tristesse* n'est « pas un problème » quand elle apparaît de façon occasionnelle ou quand elle est une réaction temporaire à une mauvaise journée ou à un problème mineur; la tristesse est « un problème » quand elle revient souvent; la tristesse est « un problème majeur » quand elle est si sévère qu'elle nuit de façon significative aux amitiés de la personne, à ses activités quotidiennes ou à son fonctionnement général. L'*agressivité* n'est « pas un problème » quand elle apparaît rarement et est en réponse à de la provocation; l'agressivité est « un problème » quand elle conduit à de fréquentes luttes et amène la personne à se faire détester; l'agressivité est « un problème majeur » quand elle conduit à la perte de l'emploi ou influence les placements résidentiels ou institutionnels (éducation).

## RÉPONDRE EN ENCERCLANT LA RÉPONSE

1. **AGRESSIF** : Attaque ou menace les autres; les attaques peuvent être de nature physique ou verbale. Exemples : se battre, actes violents, frapper, insulter.  

Pas un problème	Problème	Problème majeur
-----------------	----------	-----------------
  
2. **ANXIEUX** : Se sent nerveux ou tendu. Exemples : nerveux, paniqué, tremble, appréhende, est inquiet.  

Pas un problème	Problème	Problème majeur
-----------------	----------	-----------------
  
3. **ACCAPARANT** : Essaie d'obtenir de l'attention des autres de façon excessive ou inappropriée. Exemples : approche les gens de façon répétée pendant de courtes périodes, sollicite l'approbation de façon répétée, dramatise.  

Pas un problème	Problème	Problème majeur
-----------------	----------	-----------------
  
4. **SOMATISE** : Se plaint de douleur. Exemples : maux de tête, maux d'estomac, vertiges, constipation, diarrhée.  

Pas un problème	Problème	Problème majeur
-----------------	----------	-----------------
  
5. **SE PLAINT** : A une attitude critique, négative et tend à trouver des fautes aux autres ou aux événements. Exemples : critique le travail, les règlements ou les compagnons de travail.  

Pas un problème	Problème	Problème majeur
-----------------	----------	-----------------
  
6. **CONFUSION** : Idées et pensées décousues. Exemples : les idées sont difficiles à suivre, passe d'un sujet à l'autre, désorienté dans le temps et l'espace.  

Pas un problème	Problème	Problème majeur
-----------------	----------	-----------------
  
7. **CRISES DE LARMES** : Accès périodiques de sanglots incontrôlables. Exemples : pleure facilement, pleure pour des choses mineures.  

Pas un problème	Problème	Problème majeur
-----------------	----------	-----------------
  
8. **DÉLIRES** : Croyances fermement établies qui ne sont pas basées sur la réalité. Exemples : croit que des gens lui en veulent, se croit en contact avec le diable, croit qu'il est quelqu'un d'autre.  

Pas un problème	Problème	Problème majeur
-----------------	----------	-----------------



9. **DÉPENDANT** : Compte sur les autres de façon excessive. Exemples : demande de l'aide de façon excessive. Recherche de façon excessive les conseils. Besoin excessif de compagnie.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

10. **DESTRUCTEUR** : Endommage délibérément la propriété d'autrui. Exemples : casse des vitres, déchire des livres, du papier, fait du vandalisme.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

11. **ABUS DE DROGUE OU ALCOOL** : Boit excessivement ou abuse de drogues. Exemples : ivrognerie, usage de cocaïne, héroïnomanie (ne pas inclure fumer la cigarette ou boire du café).

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

12. **PROBLÈME ALIMENTAIRE** : La personne gagne ou perd du poids (en raison d'une alimentation inappropriée). Exemples : se suralimente, a très peu d'appétit.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

13. **ÉCHOLALIE** : Répète habituellement ce que les autres lui disent. Exemples : quand vous dites « Comment vas-tu aujourd'hui, Jeanne? ». Jeanne dit « Comment vas-tu aujourd'hui, Jeanne? » ; quand vous dites « J'aime la crème glacée », il dit « J'aime la crème glacée ».

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

14. **EUPHORIE** : A un éclatement d'énergie soudain qui peut durer quelques mois. Exemples : a des périodes d'excitation, a une gaieté excessive, est trop rieur, optimiste à l'excès, a un discours rapide, a des idées décousues.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

15. **CRAINTIF** : Est effrayé par quelque chose à un point tel que son fonctionnement de tous les jours est affecté. Exemples : a peur d'essayer de nouvelles activités, effrayé par plusieurs choses différentes.

Pas un problème                                      Problème                                      problème majeur

16. **HALLUCINATIONS** : Voit, entend ou ressent des choses qui n'existent pas réellement. Exemples : entend des voix, des sons, a des visions, des sensations corporelles étranges.
- Pas un problème                      Problème                      Problème majeur
17. **HOSTILE** : Vit la colère ou exprime sa colère de façon inappropriée à la situation. Exemples : devient en colère facilement, argumente beaucoup avec les autres.
- Pas un problème                      Problème                      Problème majeur
18. **IMPULSIF** : Agit sans penser. Exemples : on doit répondre immédiatement à ses demandes, réagit sans considérer les conséquences de son comportement.
- Pas un problème                      Problème                      Problème majeur
19. **INATTENTIF** : Porte peu d'attention aux gens ou aux événements autour de lui. Exemples : porte peu attention quand on lui parle, semble être « dans la lune », préoccupé.
- Pas un problème                      Problème                      Problème majeur
20. **PEU D'ÉNERGIE** : Manque d'énergie pour les activités quotidiennes. Exemples : trop fatigué pour participer aux activités de la vie quotidienne, se déplace lentement, manque d'initiative.
- Pas un problème                      Problème                      Problème majeur
21. **MANQUE D'AFFIRMATION DE SOI** : N'exprime pas ses préférences et ses opinions. Exemples : laisse les autres prendre les décisions, ne demande pas d'aide ou d'information, cède aux demandes, laisse les autres profiter de lui.
- Pas un problème                      Problème                      Problème majeur
22. **S'ATTACHE À DES OBJETS** : Attachement fort et persistant à un objet en particulier. Exemples : demande souvent une balle, aime avoir un porte-clé, devient bouleversé quand ces objets ne peuvent être retrouvés.
- Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

23. **HYPERACTIF** : Personne qui bouge tellement qu'elle a de la difficulté à demeurer immobile, au repos. Exemples : semble être en mouvement constant, mouvement physique excessif.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

24. **SENSIBILITÉ EXTRÊME** : Réaction excessive ou inappropriée à la critique. Exemples : réagit à l'échec en pleurant, se replie sur soi lorsque critiqué, abandonne facilement.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

25. **PARANOÏA** : Ne fait pas confiance et soupçonne excessivement les autres. Exemples : vient vite à la conclusion que les autres ont de mauvaises intentions, attribue ses fautes aux autres, pense qu'il est traité injustement.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

26. **RÉGRESSION** : Une détérioration importante dans les habiletés quotidiennes de soins personnels. Exemples : une personne qui se lavait et qui maintenant néglige de le faire, détérioration dans les habitudes personnelles, se néglige ou ne se rase pas (quand ceci représente une détérioration du comportement).

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

27. **TRISTESSE** : Se sent malheureux durant une période de temps significative. Exemples : ne s'adapte pas à un décès, à un rejet ou à une perte significative.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

28. **AUTO-MUTILATION** : Blessures répétitives sur le corps, exprès. Exemples : se mordre le bras, se frapper de façon répétée, se frapper la tête contre un mur de façon répétée.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

29. **AUTO-STIMULATION** : Mouvements répétitifs qui se produisent fréquemment et qui semblent non-fonctionnels. Exemples : balancer le corps, faire tourner un objet sur lui-même, balancer la tête.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

30. **PROBLÈMES SEXUELS** : Soit un trouble du fonctionnement sexuel ou des tentatives répétées pour commettre un acte socialement désapprouvé. Exemples : faire des avances sexuelles inappropriées, se masturber en public, problème marital relié au sexe.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

31. **PROBLÈMES DE SOMMEIL** : Un trouble dans les habitudes de sommeil. Exemples : ne pas dormir suffisamment, trop dormir, avoir des problèmes à s'endormir, se réveiller trop tôt.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

32. **INADAPTATION SOCIALE** : A de la difficulté à établir des liens avec ses pairs de façon appropriée ou satisfaisante. Exemples : n'a pas d'amis, n'est pas aimé des autres, insensible aux sentiments des autres personnes.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

33. **VOL** : Prend la propriété des autres. Exemples : prend les objets de ses compagnons, vole à l'étalage, dérobe les porte-monnaie.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

34. **TENDANCES SUICIDAIRES** : Pense sérieusement à s'enlever la vie. Exemples : dit qu'il voudrait mourir, menace de prendre une surdose de médicaments, se coupe les poignets, cherche à se faire frapper par les autos.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

35. **CRISES DE COLÈRE** : Accès de colère lorsque frustré ou désappointé. Exemples : crie et hurle quand on ne cède pas, fait des crises quand on lui demande quelque chose qu'il ne veut pas faire.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

36. **FATIGUE** : Manque de motivation dans les activités de tous les jours. Exemples : apathique, inactif, facilement fatigué.

Pas un problème                                      Problème                                      Problème majeur

37. **TICS** : Mouvements répétitifs en dehors du contrôle de la personne. Exemples : cligne des yeux, étranges mouvements moteurs, hausse fréquemment les épaules, mouvements répétitifs avec les mains, beaucoup de grognements.

Pas un problème

Problème

Problème majeur

38. **RETRAIT** : Évite le contact personnel avec les autres personnes. Exemples : excessivement timide, ne participe pas aux activités de groupe, préfère être seul, isolé socialement.

Pas un problème

Problème

Problème majeur

Traduit par le Centre de Réadaptation en Déficiences Intellectuelles, C.R.D.I., C.H.R.G. 1992.

Revisé et adapté dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en psychologie U.Q.T.R.

BRISSON, Anick. Les qualités métrologiques d'une traduction québécoise du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. 1996.

Pour usage interne exclusivement