

TRADUCTION D'UN INSTRUMENT DE DÉPISTAGE DES SYMPTÔMES AFFECTIFS ET ANXIEUX CHEZ LES ADULTES AYANT UN RETARD MENTAL

Sophie Méthot et Diane Morin

Une traduction du *Anxiety, Depression and Mood Screen* (Esbensen, 2001) a été effectuée, grâce à un processus de traduction par comité proposé par Tassé et Craig (1999). Cette échelle a été complétée pour 387 participants dans le but de vérifier le niveau d'adéquation avec la structure factorielle de la version originale anglophone de l'instrument. Les résultats indiquent un niveau d'adéquation moyen avec la structure originale et suggèrent une structure à trois facteurs plutôt qu'à cinq facteurs. La cohérence interne de cette dernière structure varie de satisfaisante à excellente. La stabilité du test est considérée comme excellente pour les trois facteurs issus de l'analyse factorielle. Les résultats aux différents facteurs sont présentés et des pistes de recherches sont proposées.

PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE

Les personnes présentant un double diagnostic posent un défi aux intervenants quant aux modalités d'évaluation et d'intervention pouvant être utilisées efficacement auprès d'eux. De plus, les conditions de double diagnostic affectent significativement la qualité de vie de ces personnes. De nombreuses recherches ont démontré que les personnes présentant un retard mental sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale ou des comportements problématiques que la population générale (Borthwick-Duffy et Eyman, 1990; Fletcher et Dosen, 1993; Jacobson, 1990; L'Abbé et Morin, 2001; Menolascino et Stark, 1984; Nezu, Nezu, Gill-Weiss, 1992; Reiss, 1994; Rojahn et Tassé, 1996). Elles peuvent aussi présenter l'ensemble des troubles mentaux que l'on retrouve dans la population générale (Matson et Barret, 1982; Menolascino, Ruedrich, Golden, Wilson, 1985; Nezu *et al.*, 1992;

Reiss, 1994; Reiss, Levitan, McNally, 1982; Ruedrich et Menolascino, 1984; Sovner et Hurley, 1983).

Paradoxalement, il semble que les personnes présentant un retard mental sont souvent sous-diagnostiquées pour des problèmes de santé mentale. En effet, il y aurait un phénomène de masquage diagnostique (*diagnostic overshadowing*) (Reiss *et al.*, 1982), dans lequel les caractéristiques mêmes du retard mental empêcheraient de détecter les symptômes d'un trouble mental. Une autre raison souvent évoquée pour expliquer le sous-diagnostic est le manque d'instruments fiables et valides permettant le dépistage et le diagnostic de troubles mentaux chez cette population (Aman, 1991a; Benson, 1985; Iverson et Fox, 1989; Reiss, 1990; Rojahn et Tassé, 1996). Le manque de ressources médicales et psychiatriques en milieu de réadaptation est aussi rapporté pour expliquer cette tendance. (Reiss, 1994).

Pour tout commentaire ou pour obtenir un tiré à part, veuillez contacter Sophie Méthot, au Centre de réadaptation du Florès, 500, boulevard des Laurentides, suite 252, Saint-Jérôme, Québec, J7Z 4M2. Courriel : sophie_methot@ssss.gouv.qc.ca

Compte tenu des difficultés importantes rapportées concernant l'utilisation des critères diagnostiques établis avec les personnes ayant un retard mental et des difficultés de poser un diagnostic à partir d'une

entrevue psychiatrique traditionnelle, le diagnostic devrait être basé sur des sources d'informations multiples, telles que des entrevues cliniques avec la personne, ses parents/tuteurs et les intervenants, de l'observation en milieu naturel, des évaluations médicales et l'utilisation d'instruments de dépistage et de diagnostic des troubles mentaux adaptés ou conçus pour cette population (Barnhill, 2000).

INSTRUMENTS PERMETTANT LE DÉPISTAGE DES TROUBLES MENTAUX EN RETARD MENTAL

Bien que les échelles conçues pour la population générale puissent être utiles pour le développement de nouveaux instruments pour la population ayant un retard mental, elles doivent au préalable avoir été standardisées et normées spécifiquement pour cette population. Les échelles développées pour la population générale nécessitent la plupart du temps certaines habiletés cognitives et langagières qu'on ne peut tenir pour acquises chez plusieurs personnes ayant un retard mental. De plus, les symptômes de troubles mentaux peuvent se manifester différemment chez les personnes ayant un retard mental que dans la population générale (par ex., Havercamp, 1996; Lowry, 1997; Sovner, 1986; Sturmey, 1995), ce qui limite grandement l'utilité, chez les personnes ayant un retard mental, des instruments conçus pour une population générale.

Certains instruments conçus initialement pour la population générale ont cependant été adaptés et validés pour les personnes ayant un retard mental. Par exemple, Le *Children's Depression Inventory* (Kovacs, 1981) peut être utilisé pour une population d'adolescents ou d'adultes présentant un retard mental (Meins, 1993a). De la même façon, le *Reynolds Child Depression Scale* (RCDS; Reynolds et Richmond, 1979; Reynolds et Miller, 1985) peut être utilisé avec des adolescents présentant un retard mental léger. Le *Beck Depression Inventory* a été adapté pour le retard mental léger par Kazdin Matspm et Senatore (1983). Il en est de même pour le *Zung Scales of Anxiety and Depression* (Reynolds

et Baker, 1988; Zung, 1971).

Les instruments généraux les plus utilisés pour le dépistage de troubles mentaux chez les adultes présentant un retard mental et standardisés pour cette population regroupent le *Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II* (DASH-II; Matson, Gardner, Coe, Sovner, 1991) et sa version francophone (*Inventaire psychopathologique pour personnes déficientes intellectuelles sévères et profondes*, L'Abbé et Tremblay, 1996); le *Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults* (PIMRA; Matson, Kazdin, et Senatore, 1984); l'*Assessment of Dual Diagnosis* (ADD; Matson et Bamburg, 1998); le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (RSMB; Reiss, 1988) et sa version francophone (*Échelle de Reiss de dépistage des comportements problématiques: ÉRDCP*; Lecavalier et Tassé, 2001).

Peu d'instruments de dépistage des troubles mentaux sont donc disponibles en version francophone. L'Échelle de Reiss de dépistage des comportements problématiques (ÉRDCP; Lecavalier et Tassé, 2001) comporte plusieurs avantages comme sa facilité et sa rapidité d'administration mais il comporte aussi plusieurs faiblesses. Ainsi, les coefficients de cohérence interne demeurent faibles pour l'ensemble des sous-échelles, sauf pour l'échelle *Agressivité* (Lecavalier et Tassé, 2001). Il en est de même pour la fidélité interjuges, qui demeure faible pour la majorité des scores aux items et aux sous-échelles (Reiss, 1994). Plusieurs chercheurs ont remis en question le rationnel sous-jacent aux points de coupure de l'instrument (Sturmey, Burcham, Perkins, 1995; Sturmey, Burcham, Shaw, 1996). L'instrument n'est pas dérivé des critères diagnostiques les plus récents puisqu'il est basé sur les critères du DSM-III. De plus, il comporte peu d'items dans chaque sous-échelle (Lecavalier, et Tassé, 2001) et il ne possède pas de sous-échelle permettant d'évaluer les symptômes d'anxiété. En fait, le seul item référant à un symptôme d'anxiété sature sur une des deux échelles de dépression, indiquant la possibilité d'un problème de validité divergente (Esbensen, 2001). Cet instrument ne possède pas d'échelle de manie et ne peut donc pas être utilisé pour dépister un trouble bipolaire.

L'Inventaire psychopathologique pour personnes déficientes intellectuelles sévères et profondes est une traduction non validée du *Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped, second edition* (DASH-II; Matson, 1988; Matson, Gardner, Coe, Sovner, 1991, traduit par L'Abbé et Tremblay, 1996). Bien que cet instrument présente certaines qualités sur le plan psychométrique et sur le plan clinique, ses problèmes de cohérence interne et sa population cible limitée (retard mental grave à profond) limitent son utilisation pour la présente étude. Le DASH-II est basé sur les critères diagnostiques du DSM-III-R.

INSTRUMENTS POUR LE DÉPISTAGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DES TROUBLES ANXIEUX

En plus des instruments généraux permettant le dépistage des troubles mentaux, plusieurs instruments ont été conçus pour tenter d'évaluer de façon plus précise les troubles de l'humeur et les troubles anxieux chez les personnes ayant un retard mental (Benson, 1985; Iverson et Fox, 1989; Menolascino, Levitas, Greiner, 1986; Reiss, 1990). Parmi ces instruments, notons l'*Adolescent Behavior Checklist* (ABC; Demb, Brier, Huron, Romor, 1994), l'*Emotional Disorder Rating Scale for Developmental Disabilities* (EDRS-DD; Feinstein, Kaminer, Barrett, Tylanda, 1988), le *Gilson-Levitas Diagnostic Criteria* (GLDC; Aman, 1991a, 1991b), le *Prout-Strohmer Personality Inventory* (PSPI ; Prout et Strohmer, 1989), le *Reiss Screen for Dual Diagnosis for Children* (Reiss et Valenti-Hein, 1994), le *Strohmer-Prout Behavior Rating Scale* (SPBRs; Strohmer et Prout, 1989) et l'*Anxiety Depression and Mood Screen* (Esbensen, 2001). L'*Assessment of Symptomatic Behaviors* constitue aussi un procédé d'évaluation basé sur la mesure des équivalents comportementaux de la dépression et de la manie (Lowry, 1993; 1997; Lowry et Charlot, 1996; Lowry et Sovner, 1992; Sovner, Fox, Lowry, Lowry, 1993; Sovner et Lowry, 1990).

Cependant, parmi les tests disponibles en version originale anglophone, seul l'*Anxiety, Depression and Mood Screen* (ADAMS; Esbensen, 2001) permet

d'évaluer la présence de symptômes observables d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété chez les adultes présentant un retard mental, peu importe le niveau de sévérité du retard. L'ADAMS comprend 28 items et vise à évaluer directement la présence de symptômes d'un trouble de l'humeur ou de l'anxiété, à l'aide d'items ayant un pouvoir discriminatif suffisant pour différencier ces deux troubles mentaux. Par conséquent, l'ADAMS tente de contrecarrer les problèmes de validité divergente observés dans les échelles auto-rapportées conçues pour une population clinique sans retard mental (Brady et Kendall, 1992; Breier, Charney, Gneinger, 1984; Clark et Watson, 1991; Kendall et Clarkin, 1992). La cotation se fait selon une échelle de type Likert à quatre scores possibles, soit 0 : pas un problème, 1 : un problème léger; 2 : un problème modéré et 3 : un problème sévère.

L'ADAMS a été validé en Ohio auprès de 533 participants âgés de 10 à 79 ans répartis dans 36 centres œuvrant dans le domaine du retard mental. Les participants sont regroupés en deux échantillons : un premier échantillon de 265 personnes pour les analyses exploratoires et un deuxième échantillon de 268 personnes pour les analyses confirmatoires. L'échantillon 1 est composé de 265 personnes présentant un retard mental et l'âge moyen est de 39.2 ans ($\text{É}T=11,3$ ans). L'échantillon 2 est composé de 268 personnes ayant un retard mental avec un âge moyen de 39 ans ($\text{É}T=13$ ans).

Les items de l'ADAMS ont été développés grâce à la collaboration entre des psychologues et des psychiatres du Nisonger Center, Ohio. Une liste préliminaire de 131 items a été dérivée à partir des critères du DSM-IV (APA, 1994) et à partir d'autres instruments disponibles tels que le DASH-II, le PIMRA, le *Prout-Strohmer Assessment System* et le *Self-Report Depression Questionnaire*. La liste a par la suite été révisée pour en arriver à une version préliminaire de 55 items (Esbensen, 2001). Une version finale de 28 items a par la suite été adoptée par les chercheurs.

Suite aux résultats d'analyses factorielles, la chercheuse a adopté une structure à cinq facteurs

(*Hyperactive/Manic behaviors, Depressed mood, Social avoidance, General Anxiety, et Obsessive-compulsive disorder*). Cette solution factorielle donne lieu à un coefficient de fidélité test-retest total de 0,82, avec des coefficients allant de 0,68 à 0,84 pour les sous-échelles. Les coefficients de fidélité interjuges de cette solution s'étendent de 0,37 à 0,64.

Dans le cadre de la présente recherche, notre choix d'instrument s'est arrêté sur l'*Anxiety, Depression and Mood Screen* (Esbensen, 2001), puisqu'il s'agit du seul instrument qui offre des mesures valides et indépendantes de dépression et d'anxiété, qui soit basé sur les critères diagnostiques les plus récents et qui puisse être utilisé avec des personnes présentant n'importe quel niveau de sévérité du retard mental. Cet instrument est donc soumis à un processus de traduction et de validation.

MÉTHODOLOGIE

Procédure de traduction

La traduction et l'adaptation culturelle de l'ADAMS au sein d'un échantillon québécois ont été effectuées selon la méthode par comité proposée par Tassé et Craig (1999). Suivant cette méthode, la traduction de l'ADAMS s'est déroulée selon les sept étapes suivantes:

1. Traduction et adaptation de l'ADAMS. Les membres d'un premier comité ont d'abord effectué une première traduction individuelle de l'instrument. Ce comité était composé de l'auteure, d'une psychologue et d'un étudiant au doctorat en psychologie (comité 1).
2. Consolidation de la traduction / adaptation de l'instrument (comité 1). À la suite d'une comparaison entre les différentes versions des membres du comité, un consensus a été atteint pour une première traduction préliminaire de l'ADAMS.
3. Validation de la traduction / adaptation préliminaire (comité 2). Un deuxième comité indépendant, composé de deux experts-

contenu bilingues, a étudié la traduction préliminaire en la comparant à sa version originale anglaise.

4. Modifications et ajustements (comités 1 et 2). Deux rencontres entre les deux comités ont eu lieu pour discuter des versions traduites. Un consensus a été atteint, résultant en une traduction pré-test de l'ADAMS.
5. Essai pilote de la traduction pré-test auprès d'un petit groupe d'utilisateurs potentiels du test. La seconde version de l'instrument (pré-test) a été distribuée à 15 utilisateurs potentiels (psychologues, éducateurs spécialisés) dans le but d'évaluer la clarté des consignes, des items et de la présentation générale du test.
6. Révisions et ajustements de la traduction pré-test. Les membres du premier comité se sont rencontrés à nouveau pour évaluer les informations obtenues lors de l'étape précédente. Une version finale de l'instrument traduit a ainsi été obtenue, ci-après nommée *Échelle de dépistage de l'anxiété et des troubles de l'humeur* (ÉDATH).
7. Validation et essais cliniques de la traduction finale. Suite au processus de traduction, l'instrument traduit final a été administré à un large échantillon de répondants (n=387).

Procédure de recrutement

Dans le cadre de la validation, un total de 166 répondants ont complété les questionnaires de l'étude. De ce nombre, certains répondants ont à nouveau complété l'ÉDATH pour le même participant, deux semaines plus tard, pour assurer une mesure de fidélité test-retest (n=33). Les répondants étaient dans 91% des cas des professionnels ou des éducateurs spécialisés. Les répondants connaissaient les participants à évaluer depuis 6,5 ans en moyenne. Le recrutement a été effectué par l'intermédiaire de centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et

d'hôpitaux à vocation psychiatrique de la province de Québec. Un échantillon de convenance comportant un total de 387 participants a composé pour cette étude.

Participants

L'échantillon est constitué de 387 participants (162 femmes et 225 hommes), dont l'âge moyen est de 37,9 ans ($\text{ÉT} = 10,9$ ans). Les niveaux de sévérité du retard mental étaient représentés dans les rapports suivants : léger : 28 %; moyen : 34 %; grave : 26 %; profond : 11 % et un participant ayant un retard mental sans spécification de sévérité (<1 %). Les participants étaient majoritairement d'origine canadienne (92%).

Environ 4 % des participants présentaient une cécité partielle ou complète et 6 % présentaient une surdité partielle ou complète. Sur le plan de la communication, 21 % des participants étaient non verbaux ou avaient un vocabulaire restreint, 6 % avaient des problèmes d'articulation, de dysarthrie ou de type dysphasique et 1 % souffraient de bégaiement. Environ 7 % des participants présentaient une paralysie cérébrale et 17 %

présentaient un syndrome génétique relié à la déficience intellectuelle.

Sur le plan des conditions associées, 25 % des participants étaient épileptiques et 49,8 % présentaient au moins un diagnostic de trouble mental. Aussi, 19 % de l'échantillon total avaient reçu plus d'un diagnostic de trouble mental, soit 38 % des participants ayant des problématiques psychiatriques. La description des diagnostics et de leurs fréquences relatives se trouve au tableau 1. Ces diagnostics sont regroupés en catégories afin de faciliter leur interprétation.

Sur l'ensemble de l'échantillon (n=387), 82 % des participants recevaient une médication psychotrope ou physique. Parmi les 319 participants ayant une médication, 54 % recevaient une médication psychotrope et 49 % recevaient une médication physique. Le nombre de médicaments physiques prescrites aux participants variait de 1 à 10. Le tableau 2 illustre les types de médicaments prises par les participants, ainsi que le nombre de chaque type de médicaments prises par ceux-ci.

Tableau 1

Description des catégories de troubles mentaux rapportés au dossier des participants (n=387)

Catégories de troubles mentaux	Fréquence	Pourcentage
Troubles envahissants du développement	66	17 %
Troubles du comportement et de la conduite	50	13 %
Troubles de l'humeur	51	13 %
Troubles anxieux	45	12 %
Troubles de la personnalité	17	4 %
Troubles schizophréniques et autres psychoses	38	9 %
Autres troubles mentaux*	20	5 %
Plus d'un trouble mental diagnostiqué (2 et plus)	74	19 %

Exhibitionnisme, kleptomanie, troubles de l'apprentissage et du langage, trouble de l'attachement, trouble lié à la nicotine, pica, hyperactivité, syndrome de Gilles de la Tourette, trouble de l'adaptation, pseudo-démence, somatisation et trouble mental dû à une affection médicale générale.

Tableau 2**Description des médicaments par participant (n=387)**

Type de médication	Fréquence totale	Une médication	Deux médicaments	Trois médicaments et plus
Médications physiques	40 %	20 %	7 %	13 %
Anticonvulsivants	38 %	26 %	9 %	3 %
Neuroleptiques	53 %	37 %	13 %	3 %
Benzodiazépines	32 %	25 %	6 %	1 %
Antidépresseurs	21 %	20 %	<1 %	0 %
Antiparkinsoniens	17 %	17 %	0 %	0 %
Stabilisateurs de l'humeur	4 %	4 %	0 %	0 %
Stimulants	1 %	1 %	0 %	0 %

Instrument

L'instrument soumis à une traduction et à une adaptation culturelle est l'«*Anxiety Depression and Mood Screen*» (ADAMS : Esbensen, 2001). Cet instrument est conçu pour dépister les troubles de l'humeur et les troubles anxieux chez les personnes présentant un retard mental. L'administration de l'ADAMS prend environ 10 minutes.

RÉSULTATS**Analyses factorielles**

Le test de sphéricité appliqué à la matrice de corrélations entre les différentes variables justifie l'emploi d'une analyse en composantes principales, $\chi^2(387) = 4911,23$, $p < 0,01$. Toutes les analyses factorielles exploratoires ont été effectuées en utilisant la méthode par extraction des composantes principales avec rotation orthogonale (Varimax).

Une première analyse factorielle a été effectuée en imposant l'obtention de cinq facteurs, dans le but de vérifier le degré d'adéquation avec la structure originale du test. Un item était attribué à un facteur si son poids de saturation était supérieur à 0,3 et si ce poids de saturation était le plus élevé. Ainsi, les scores de saturation inférieurs à 0,3 ont été retirés de

la matrice factorielle. Les résultats de cette analyse indiquent un degré moyen d'adéquation avec la structure originale (voir tableau 3). Le modèle obtenu contient cinq composantes principales qui expliquent 56,3 % de la variance des prédicteurs.

À la suite de ces résultats, un test des éboulis a été exécuté dans le but d'éliminer les facteurs ne permettant pas d'expliquer un minimum de variance. Cette analyse a entraîné une structure à trois facteurs (voir tableau 4). Une rotation de type Varimax a aussi été appliquée à la matrice factorielle originale afin d'accroître ses possibilités interprétatives. Le modèle obtenu contient trois composantes principales expliquant au total 44,9 % de la variance des prédicteurs.

Cohérence interne

La cohérence interne de l'instrument a été calculée à l'aide du coefficient Alpha sur l'échantillon complet de 387 sujets, à la fois pour la structure à cinq facteurs et pour la structure à trois facteurs extraite lors des analyses. Les coefficients alpha pour les différentes sous-échelles varient de 0,69 (Facteur Dépression) à 0,84 (Facteur Anxiété générale) pour la structure à cinq facteurs et de 0,76 (Facteur Dépression) à 0,83 (Facteur Anxiété) pour la structure à trois facteurs. Les indices de cohérence interne sont présentés au tableau 5. Selon les critères

Tableau 3**Matrice de composantes avec rotation Varimax (5 facteurs)**

Items	Facteurs originaux ¹	Composantes				
		Anxiété générale	Évitement social	Éléments d'apathie	Comportement obsessionnel-compulsif	Dépression
15	1	0,83				
10	1	0,79				
1	1	0,78				
6	1	0,73				
25	1	0,66				
3	1,5	0,63			0,40	
20	2		0,83			
5	2		0,83			
28	2		0,78			
22	2		0,62			
2	2		0,60			
26	2		0,55			
12	2		0,42		-0,37	
18	3			0,82		
13	3			0,73		
19	3			0,70		
8	3	0,48		0,61		
9	3	0,52		0,55		
4	3			0,52		
14	3	0,37		0,46		
21	4				0,76	
7	4				0,76	
16	4	0,351			0,69	
24	5				0,36	
11	5					0,63
17	5	0,35				0,60
23	5					0,57
27	1	0,39				0,39

¹ Facteur sur lequel saturait l'item dans la structure factorielle originale (Esbensen, 2001). La numérotation des facteurs originaux a été modifiée pour favoriser la comparabilité.

1. Anxiété générale 2. Évitement social 3. Dépression 4. Comportement obsessionnel-compulsif 5. Comportement maniaque et hyperactif

Tableau 4**Matrice de composantes avec rotation Varimax (3 facteurs)**

Items	Composantes		
	Anxiété générale	Évitement social	Dépression
15	0,84		
1	0,79		
10	0,78		
6	0,78		
3	0,74		
25	0,61		
16	0,60		
21	0,49	0,44	
17	0,44		0,33
27	0,31		
20		0,81	
5		0,79	
28		0,74	
2		0,64	
22		0,62	
23		0,39	0,34
26		0,59	
7	0,46	0,48	
18			0,83
13			0,76
19			0,69
8	0,37		0,57
4			0,53
9	0,44		0,51
14	0,31		0,41
11	0,32		0,35

d'acceptabilité de Nunnally (alpha égal ou supérieur à 0,70; 1978) ou de Devellis (alpha égal ou supérieur à 0,65; 1991), les indices de cohérence interne varient de satisfaisants à excellents

Fidélité test-retest

La fidélité test-retest a été calculée à l'aide du coefficient de corrélation Intraclass avec un échantillon de 33 participants. Les coefficients aux

sous-échelles varient de 0,63 à 0,98 pour la structure à cinq facteurs et de 0,92 à 0,98 pour la structure à trois facteurs. Selon les critères d'acceptabilité de Cichetti (1994), la stabilité du test est qualifiée de bonne à excellente pour l'ensemble des scores aux facteurs. Les différents indices de fidélité test-retest sont aussi présentés au tableau 5.

Tableau 5**Indices de cohérence interne et de fidélité test-retest aux différents facteurs du test**

	Nombre d'items	Alpha	Intraclass
Structure à 5 facteurs			
Facteur 1 (<i>Anxiété générale</i>)	7	0,84	0,92
Facteur 2 (<i>Évitement</i>)	7	0,79	0,94
Facteur 3 (<i>Dépression-apathe</i>)	7	0,81	0,96
Facteur 4 (<i>Comportement compulsif</i>)	4	0,79	0,91
Facteur 5 (<i>Dépression</i>)	3	0,69	0,63
Structure à 3 facteurs			
Facteur I (<i>Anxiété</i>)	11	0,83	0,92
Facteur II (<i>Évitement social</i>)	8	0,80	0,96
Facteur III (<i>Dépression</i>)	9	0,76	0,95

Tableau 6**Corrélations entre les scores aux facteurs de l'ÉDATH et la présence de diagnostics de troubles anxieux ou de l'humeur au dossier (n=387)**

Facteurs de l'ÉDATH	Trouble anxieux	Trouble de l'humeur
<i>Anxiété</i>	0,06 (ns)	0,03 (ns)
<i>Évitement</i>	0,05 (ns)	- 0,01 (ns)
<i>Dépression</i>	0,07 (ns)	- 0,01 (ns)

Analyses a posteriori

Certaines analyses a posteriori ont été effectuées pour vérifier la corrélation entre les scores aux échelles de dépression et d'anxiété de l'ÉDATH et la présence d'un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux, tel qu'indiqué au dossier. Les résultats indiquent des corrélations presque nulles entre le score à l'échelle d'anxiété et la présence d'un diagnostic de trouble anxieux et entre le score à l'échelle de dépression et la présence d'un diagnostic de trouble de l'humeur.

Aucune corrélation n'a approché le seuil de signification. Les corrélations spécifiques sont présentées au tableau 6. Les implications de ces résultats seront discutées dans la prochaine section.

Nous avons analysé le nombre total moyen de médicaments psychotropes en fonction du niveau de sévérité du retard mental (voir tableau 7). Des corrélations significatives ont été obtenues entre le niveau de sévérité du retard mental et la prise totale de médication ($r = 0,20, p < 0,01$) et la prise totale de

Tableau 7

Quantité de médicaments prescrites en fonction du niveau de sévérité du retard mental

Niveau de sévérité du retard mental	Nombre total de médicaments (physiques et psychotropes)		Nombre total de psychotropes	
	M	ÉT	M	ÉT
Retard mental léger (n=110)	2,2	2,5	0,8	1,8
Retard mental modéré (n=133)	3,0	2,7	1,1	1,8
Retard mental grave (n=101)	3,4	2,4	1,1	1,5
Retard mental profond (n=42)	4,0	2,5	1,7	1,9

médicaments psychotropes ($r = 0,13, p < 0,05$). Ainsi, plus le niveau de sévérité du retard mental est important, plus la prise de médication est importante.

DISCUSSION

En forçant l'obtention de cinq facteurs, les résultats des analyses factorielles exploratoires ont mis à jour une reproduction partielle de la structure factorielle originale de l'*Anxiety, Depression and Mood Screen*. Bien que les premières analyses factorielles aient permis de reproduire assez fidèlement les facteurs *Évitement, Anxiété générale et Comportement obsessionnel-compulsif*, des assignations différentes ont été obtenues pour les items saturant originalement sur les facteurs *Comportement maniaque et hyperactif et Humeur dépressive*. Selon leurs items d'appartenance, les cinq facteurs obtenus lors de cette analyse factorielle ont reçu les appellations d'*Anxiété générale, d'Évitement, d'Éléments d'apathie, de Comportement obsessionnel-compulsif et de Dépression*.

L'hypothèse de recherche de départ stipulait qu'une reproduction assez fidèle de la structure factorielle originale serait obtenue à la suite des analyses. Bien que cette hypothèse ne soit que partiellement confirmée, ces résultats ne sont pas entièrement surprenants. De nombreuses hypothèses peuvent être invoquées pour expliquer cette adéquation moins que parfaite avec la structure factorielle initiale. Les analyses factorielles sont entre autres caractérisées

par leur subjectivité et leur sensibilité aux différences de l'échantillon. Ainsi, des structures factorielles différentes peuvent être obtenues à l'aide d'échantillons similaires et de règles d'extraction identiques. De plus, à l'instar de son référent original (ADAMS), l'ÉDATH est composé d'un nombre relativement peu élevé d'items par rapport au nombre de facteurs (peu d'items par sous-échelle). Le nombre d'items inclus dans chaque sous-échelle est d'une grande importance pour les résultats des analyses factorielles. Bien qu'il soit statistiquement acceptable d'avoir aussi peu que trois items saturant sur chaque facteur, ceci peut limiter la fidélité, la sensibilité et la validité des plus petites sous-échelles (Fabrigar, Mac Callum, Wegener, Strahan, 1999).

Par ailleurs, les analyses factorielles ne rendent que rarement justice à la réelle complexité des problèmes étudiés. Par exemple, plusieurs troubles de la personnalité sont caractérisés par des symptômes atypiques sur le plan affectif (p. ex., labilité de l'humeur, affect excessif, idéations suicidaires), et anxieux (p. ex., hypervigilance, symptômes somatiques, évitement social). Il est donc possible que la manifestation atypique des symptômes affectifs et anxieux observés chez certains participants à l'étude soit reliée à un trouble de la personnalité non diagnostiqué, plutôt qu'à un réel trouble de l'humeur ou un trouble anxieux. Cette manifestation atypique pourrait, en partie, être responsable de l'assignation différente de certains items aux différents facteurs de l'ÉDATH.

Une manifestation atypique de symptômes affectifs et anxieux peut aussi être liée à des causes organiques, neurologiques ou neuropsychologiques chez certaines personnes. Ainsi, des regroupements différents ou idiosyncrasiques de symptômes peuvent être observés puisqu'ils ne sont pas nécessairement associés à un construit sous-jacent de dépression ou d'anxiété, mais à diverses atteintes neurologiques. Ceci est d'autant plus probable que la plupart des personnes ayant un retard mental présentent des atteintes neurologiques de type et de sévérité divers (Aylward, 2002).

Première structure factorielle : cinq facteurs

La structure factorielle à cinq facteurs obtenue lors des analyses a été comparée à la structure factorielle de l'instrument original anglophone. Le facteur *Comportement maniaque et hyperactif* n'a pas été reproduit lors de cette première analyse factorielle, possiblement à cause du nombre peu élevé de participants pour lesquels ce type de symptômes ont été rapportés, ou encore à cause de la pharmacothérapie importante observée dans l'échantillon. En effet, plus de 80 % des participants recevaient une médication et pour plus de la moitié de l'échantillon, cette médication était de nature psychotrope. Ces participants recevaient en moyenne trois médicaments chacun.

Cette hypothèse est d'autant plus plausible que pour les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaire ou d'épisode maniaque, un médicament thymorégulateur est habituellement prescrit pour stabiliser l'humeur euphorique. Ainsi, les symptômes de manie ont pu être « masqués » par la prise de médication. Il en est de même avec les comportements hyperactifs, qui sont souvent stabilisés à l'aide de diverses médications telles que les psychostimulants et certains neuroleptiques (Reiss et Aman, 1998). Il est aussi possible d'expliquer ces résultats par la faible fréquence de réels diagnostics de manie ou de trouble bipolaire dans l'échantillon (3 %). Seulement 4 % de l'échantillon recevait une médication thymorégulatrice telle que le Lithium ou l'Épival pour stabiliser l'humeur.

Les items mesurant le construit de manie dans la version originale du test ont été assignés aux facteurs *Anxiété générale* (difficulté à se relaxer et distractibilité), *Éléments d'apathie* (difficulté à commencer des tâches routinières ou à rester concentré sur la tâche, distractibilité) et *Comportement obsessionnel-compulsif* (périodes d'énergie accrue). Il est intéressant de prendre note de la nouvelle assignation des items « difficultés à demeurer centré sur la tâche » et « difficulté à commencer des tâches routinières ». Ces items, bien qu'ils mesurent des symptômes fréquemment associés à la manie, représentent aussi une catégorie d'indices cliniques retrouvés dans la symptomatologie dépressive. Ces items ne présentent peut-être pas la meilleure capacité de discrimination entre les symptômes d'anxiété ou ceux de dépression.

Le facteur *Humeur dépressive* de l'ADAMS a subi un morcellement en deux facteurs à la suite des analyses factorielles. Plusieurs items ont donc été assignés, d'une part, à un nouveau facteur d'apathie. Il s'agit de ceux mesurant les symptômes d'hypersomnie, de difficulté de concentration, de fatigabilité, de distractibilité, de manque d'énergie, d'apathie, et de difficulté à commencer des tâches routinières. D'autre part, quelques items ont été regroupés sur un plus petit facteur d'éléments actifs de la dépression, qui mesure principalement les symptômes de tristesse et l'hypersensibilité. Ces résultats ne sont pas sans rappeler ceux obtenus au *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (Havercamp et Reiss, 1997), où les symptômes de dépression étaient assignés à l'une ou à l'autre de deux sous-échelles, la première mesurant les symptômes physiques de la dépression, et la deuxième, les symptômes comportementaux de la dépression. Encore ici, il est possible que le nombre élevé de médications psychotropes prescrites dans l'échantillon soit en partie responsable de ce morcellement, en induisant chez plusieurs des éléments d'apathie indépendants de réels symptômes de dépression. Ceci est d'autant plus probable que les médications prescrites aux participants étaient principalement des neuroleptiques (64 %), des antidépresseurs (26 %), des anticonvulsivants (48 %) et des benzodiazépines (32 %), qui peuvent toutes

induire, selon le dosage entre autres, une certaine somnolence ou léthargie.

Deuxième structure factorielle : trois facteurs

Les résultats au test des éboulis révèlent plutôt une structure à trois facteurs, incluant l'abolition des facteurs *Comportement maniaque et hyperactif* et *Comportement obsessionnel-compulsif*. Selon les items assignés, ces trois facteurs ont été nommés *Anxiété générale*, *Dépression* et *Évitement*.

Le facteur *Anxiété générale* semble présenter une bonne validité apparente, puisqu'il comporte des items mesurant des symptômes cliniquement reconnus de troubles anxieux et constitue un ensemble cohérents de symptômes. Le facteur *Évitement*, bien que ne représentant pas une catégorie diagnostique officielle sur le plan clinique, peut se révéler une aide précieuse quant au dépistage de comportements d'évitement associés à un trouble anxieux, à un trouble de la personnalité ou encore aux symptômes d'anxiété sociale retrouvés notamment chez les personnes ayant une phobie sociale ou un trouble envahissant du développement. Enfin, le facteur *Dépression* semble aussi présenter une bonne validité apparente quant au contenu des symptômes répertoriés. Il est demeuré presque identique au facteur de dépression de l'instrument original, à l'exception de l'ajout de l'item 11 (*a développé des difficultés à demeurer centré sur la tâche ou à compléter son travail / activité*). Bien qu'il peut sembler contradictoire d'assigner un item mesurant les symptômes de manie à un facteur de dépression, ceci pourrait être expliqué par le chevauchement de symptômes pouvant être retrouvés à la fois au cours d'épisodes dépressifs et maniaques, tels que les difficultés de concentration, l'agitation psychomotrice et l'irritabilité (Lowry, 1993; Pary, Levitas, Desnoyers-Hurley, 1999; Sovner et Lowry, 1990).

De façon générale les indices psychométriques sont qualifiés de bons à excellents et sont très légèrement supérieurs pour la structure à trois facteurs. La proposition d'adopter l'une ou l'autre des deux structures factorielles, ou encore de conserver la structure originale proposée par Esbensen (2001),

serait plutôt de nature clinique. Malgré l'utilisation de techniques statistiques factorielles, un choix discrétionnaire « extra-statistique » s'impose dans la plupart des cas (Kim et Mueller, 1978). Il importe donc de se demander si l'on désire conserver dans un outil de dépistage les symptômes de troubles à faible prévalence dans la population clinique concernée (i.e., manie, trouble obsessionnel-compulsif). Cependant, il est tout aussi important de prendre en considération les risques potentiels pour la personne et les coûts sociaux associés aux décisions prises sur le plan clinique. Par exemple, quelles sont les conséquences de la décision d'abolir le facteur *Manie / comportements hyperactifs* en ce qui concerne la probabilité de faux-négatifs? Quels sont les effets néfastes potentiels de la non identification de personnes présentant ces symptômes? Avant de prendre position pour une structure factorielle finale, d'autres études factorielles (exploratoires et confirmatoires) et analyses psychométriques devront être effectuées sur cet instrument pour permettre un choix éclairé.

La médication associée à l'échantillon de la présente étude, même si importante, semble représentative de ce qui est observé en milieu de réadaptation, en milieu résidentiel et, surtout, en milieu hospitalier (Reiss et Aman, 1998). Il est important de tenir compte de l'effet potentiel de cette médication sur l'ensemble des résultats de cette étude. Non seulement ces médications ont-elles potentiellement entraîné la non-reproduction de certains facteurs, mais il est fort probable que l'ensemble des symptômes rapportés par les intervenants sont de surcroît atténués par cette prise de médication. En effet, la présence d'un diagnostic officiel de trouble mental, tel qu'un épisode dépressif ou un trouble anxieux, implique dans bien des cas la prescription d'interventions comportementales ou d'une médication spécifique (ou non spécifique dans certains cas) pour ces troubles dans le choix des stratégies de traitement.

Nous avons aussi effectué une analyse corrélacionnelle a posteriori sur l'échantillon complet entre les scores aux facteurs de l'ÉDATH et la présence au dossier d'un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux. Des résultats

inquiétants en apparence en sont ressortis : les scores de dépression présentent une corrélation presque nulle et n'approchent pas le seuil de signification avec la présence d'un diagnostic de trouble de l'humeur. Il en est de même pour la corrélation entre les scores d'anxiété et d'évitement à l'ÉDATH et la présence d'un diagnostic de trouble anxieux au dossier.

Cette apparence de problème de validité en fonction d'un critère externe n'est pas entièrement surprenante et peut en partie être expliquée, encore une fois, par le masquage médicamenteux des symptômes, par le nombre peu élevé de personnes présentant des symptômes importants de dépression et par la difficulté et la réticence des praticiens à formuler des diagnostics en matière de santé mentale chez les personnes ayant un retard mental, particulièrement pour les niveaux de sévérité grave à profond. Cependant, cette relation indique aussi que les personnes ayant un diagnostic au dossier de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux ne présentent plus les symptômes de ces troubles, puisqu'un diagnostic de ce type garantit une certaine intervention clinique, qu'elle soit pharmacologique, psychologique ou environnementale.

Avantages et limites de l'étude

Cette étude a l'avantage de fournir un apport clinique supplémentaire pour le dépistage des troubles de l'humeur et des troubles anxieux. Il s'agit d'un instrument novateur qui tente de contrecarrer les problèmes de validité divergente rencontrés dans les études portant sur les problématiques affectives et anxieuses.

De plus, l'utilisation d'une procédure de traduction validée et systématique limite les possibilités de subjectivité dans la version traduite du test (Tassé et Craig, 1999). La méthode de traduction par comité est maintenant utilisée par de nombreux chercheurs, plus fréquemment même que la méthode de traduction inverse (Geisinger, 1994; Hambleton, 1993).

Cette étude a aussi l'avantage de porter sur un nombre élevé de participants (n=387), ce qui

maximise la validité des analyses factorielles et permet l'établissement des qualités métrologiques du test. L'échantillon comprenait des personnes présentant tous les niveaux de sévérité du retard mental.

Enfin, cet instrument possède des indices de cohérence interne supérieurs à plusieurs instruments disponibles actuellement, tels que les indices obtenus par Lecavalier et Tassé (2001) lors de leur traduction du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. Dans leur étude, les indices de cohérence interne pour le score total et le score à l'échelle *Agressivité* étaient qualifiés de très bien, alors que les coefficients alpha des autres sous-échelles étaient indésirables (variant de 0,53 à 0,63). Il en est de même pour les indices de cohérence interne du DASH (alpha variant de 0,45 à 0,83, dont anxiété = 0,56 et dépression = 0,58). Seulement deux des treize sous-échelles de cet instrument ont une cohérence interne supérieure à 0,70 (Matson, 1988).

Malgré les résultats intéressants obtenus, la présente étude souffre aussi de certaines lacunes. Par exemple, la méthode utilisée pour le recrutement des participants, soit par échantillon de convenance, semble avoir induit un échantillon non aléatoire. Certains centres semblent avoir recruté une majorité de participants présentant de lourdes problématiques psychiatriques. Le recrutement a donc probablement souffert de cet a priori, qui a provoqué un nombre plus élevé que prévu de personnes présentant un ou plusieurs troubles mentaux (soit de 50 %).

Une limite importante sur le plan procédural a aussi amené une difficulté en cours de projet : l'obtention de diagnostics psychiatriques fiables. La seule information demandée aux répondants sur le formulaire de données signalétiques était la présence d'un ou de plusieurs diagnostics psychiatriques au dossier. Aucune information n'a été obtenue relativement au type d'évaluation, aux tests utilisés, au professionnel ayant établi le diagnostic et, surtout, à la date d'émission du ou des diagnostics.

En conclusion, cette étude a permis la mise à l'épreuve d'une version francophone d'un instrument permettant le dépistage de la dépression

et de l'anxiété qui a l'intérêt d'être basé sur des comportements observables, en établissant certaines qualités psychométriques telles que sa stabilité, son homogénéité et sa structure factorielle. Puisqu'il est complété par un tiers connaissant bien la personne, cet instrument a aussi l'avantage d'éviter le problème associé aux difficultés de communication et à la faible capacité d'introspection observée chez les personnes ayant un retard mental. Cet instrument a aussi l'avantage de ne pas être limité par certaines caractéristiques propres à la personne telles que l'âge ou le niveau de sévérité du retard mental. Bien que les analyses factorielles n'aient pas permis de reproduire complètement la structure de l'instrument original, des résultats intéressants ont été obtenus quant aux qualités psychométriques d'une version à 3 facteurs et laissent entrevoir un instrument prometteur. Il est cependant clair que l'ÉDATH demeure un instrument de dépistage et ne constitue pas une mesure approfondie des troubles de l'humeur et de l'anxiété chez les personnes ayant un retard mental. Le dépistage des troubles mentaux de façon générale constitue une étape importante vers l'obtention de diagnostics fiables et valides sur le plan clinique. Cet instrument pourrait donc être utile, notamment, pour le dépistage général et rapide des symptômes de troubles de l'humeur ou de l'anxiété et pour procurer de l'information pertinente aux psychologues et aux psychiatres lors de l'évaluation des personnes ayant un retard mental. Il pourrait

aussi s'avérer utile en contexte de recherche.

D'autres recherches seront nécessaires pour connaître de façon plus détaillée les qualités psychométriques de cet instrument, telles que la relation entre les scores obtenus et des critères externes (p. ex., diagnostics psychiatriques précis) et sa fidélité interjuges. L'évaluation de la validité convergente pourrait être effectuée par l'utilisation d'un autre instrument mesurant les mêmes construits. Les études futures devront également établir des scores de coupure pour chaque sous-échelle et des normes adaptées aux populations testées. D'autres analyses factorielles seront nécessaires avant d'établir quelle sera la meilleure répartition des items à travers les sous-échelles dans l'instrument. Ce type d'analyses supplémentaires doit être accompagné d'une analyse des risques pour la personne et des coûts sociaux potentiels associés au choix de conserver ou non les différentes sous-échelles obtenues aux analyses. Les résultats de ces recherches futures devraient amener une meilleure compréhension clinique de la phénoménologie des troubles mentaux chez les personnes ayant un retard mental. Ces résultats pourraient aussi permettre un dépistage plus efficace des symptômes de dépression et d'anxiété et donc mener à des interventions appropriées pour les personnes ayant un retard mental.

FRENCH TRANSLATION OF A SCREENING INSTRUMENT OF MOOD AND ANXIETY SYMPTOMS IN ADULTS WITH MENTAL RETARDATION

A french translation of the Anxiety Depression and Mood Screen (Esbensen, 2001) was carried out with the translation process proposed by Tassé and Craig (1999). This screening instrument was completed for 387 subjects with the aim of assessing its adequacy level with the original English version of the instrument. Results indicate a fair adequacy with the original factor structure but suggests a three factor structure instead of the five-factor structure. Internal consistency for the three-factor structure varies from satisfactory to excellent. Test-retest reliability is also considered excellent for all three factors. Results from factor analyses are presented and suggestions for future research are proposed.

BIBLIOGRAPHIE

- AMAN, M. G. (1991a) *Assessing psychopathology and behavior problems in persons with mental retardation: A review of available instruments*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- AMAN, M. G. (1991b) Review and evaluation of instruments for assessing emotional and behavioral disorders. *Australia and New-Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17, 127-145.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: Auteur.
- AYLWARD, G. P. (2002) Cognitive and neuropsychological outcomes: More than IQ scores. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 234-240.
- BARNHILL, J. (2000) Anxiety disorders in developmental disabilities. Dans A. Poindexter (Ed.). *Assessment and treatment of anxiety disorders in persons with mental retardation: revised and updated for 2000*. Kingston, NY: NADD Press.
- BENSON, B. (1985) Behavior disorders and mental retardation: Associations with age, sex and level of functioning in an outpatient clinic sample. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 79-85.
- BORTHWICK-DUFFY, S. A. et EYMAN, R. K. (1990) Who are the dually diagnosed? *American Journal on Mental Retardation*, 94, 586-595.
- BRADY, E. U. et KENDALL, P. C. (1992) Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- BREIER, A., CHARNEY, D., et GNEINGER, G. (1984) Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1129-1135.
- CLARK, L. A. et WATSON, D. (1991) Tripartite model of anxiety and depression: Evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- DEMB, H. B., BRIER, N., HURON, R. et ROMOR, E. (1994) *he Adolescent Behavior Checklist: Normative data and sensitivity and specificity of a screening tool for diagnosable psychiatric disorders in adolescents with mental retardation and other developmental disabilities*. *Research in Developmental Disabilities*, 15, 151-165.
- ESBENSEN, A. J. (2001) *Development of an instrument assessing affective symptoms in individuals with mental retardation*. Mémoire de maîtrise non publié. Ohio State University.
- FABRIGAR, L. R., MAC CALLUM, R. C., WEGENER, D. T. et STRAHAN, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299.
- FEINSTEIN, C., KAMINER, Y., BARRETT, R. P. et TYLEND, B. (1988) The assessment of mood and affect in developmentally disabled children and adolescents: The Emotional Disorders Rating Scale. *Research in Developmental Disabilities*, 9, 109-121.
- FLETCHER, R. J. et DOSEN, A. (Éds.) (1993) *Mental Health Aspects of Mental Retardation*. New-York, NY: Lexington.
- GEISINGER, K. F. (1994) Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6, 304-312.
- HAMBLETON, R. K. (1993) Translating achievement tests for the use in cross-cultural studies. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 57-68.
- HAVERCAMP, S.M. (1996) *Psychiatric symptoms and mental retardation: Reliability of rating scales as a function of IQ*. Mémoire de maîtrise non publiée, Ohio State University, Columbus, Ohio.
- HAVERCAMP, S. M. et REISS, S. (1997) The Reiss Screen for Maladaptive Behavior: Confirmatory factor analysis. *Behavior Research and Therapy*, 35, 967-971.
- IVERSON, J. C. et FOX, R. A. (1989) Prevalence of psychopathology among mentally retarded adults. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 77-83.

- JACOBSON, J. W. (1990) Assessing the prevalence of psychiatric disorders in a developmentally disabled population. In: E. Dibble et D.B. Gray (Eds.), *Assessment of behavior problems in persons with mental retardation living in the community*. Rockeville, MD: US Department of Health and Human Services.
- KAZDIN, A. E., MATSPM, J. L. et SENATORE, V. (1983). Assessment of depression in mentally retarded adults. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1040-1043.
- KENDALL, P. C. et CLARKIN, J. F. (1992) Comorbidity and treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 833-834.
- KIM, J. O. et MUELLER, C. W. (1978) Factor analysis: Statistical methods and practical issues. Dans: *Quantitative applications in the social sciences*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- KOVACS, M. (1981) Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child et Adolescent Psychiatry*, 46, 305-315.
- L'ABBÉ, Y. et MORIN, D. (2001) *Comportements agressifs et retard mental: compréhension et intervention (2^e édition)*. Québec: Edition Behaviora
- L'ABBÉ, Y. et TREMBLAY, G. (1996) *Inventaire psychopathologique pour les personnes déficientes intellectuelles sévères et profondes (DASH-2)*. Eastman, Québec: Editions Behaviora.
- LECAVALIER, L. et TASSÉ, M. J. (2001) Traduction et adaptation transculturelle du Reiss Screen for Maladaptive Behavior. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 12, 31-44.
- LOWRY, M.A. (1997) Unmasking mood disorders: Recognizing and measuring symptomatic behaviors. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 16, 1-6.
- LOWRY, M.A. (1993) A clear link between problem behaviors and mood disorders. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 12, 105-110.
- LOWRY, M.A., et CHARLOT, L.R. (1996) Depression and associated aggression and self-injury. *The NADD Newsletter*, 13, 1-5.
- LOWRY, M.A. et SOVNER, R. (1992) Severe behavior problems associated with rapid cycling bipolar disorder in two adults with profound mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 35, 269-281.
- MATSON, J. L. et BAMBURG, J. W. (1998) Reliability of the Assessment of Dual Diagnosis (ADD). *Research in Developmental Disabilities*, 19, 89-95.
- MATSON, J.L. (1988) *The PIMRA manual*. Orlando Park: IL: International Diagnostic Systems.
- MATSON, J. L. et BARRETT, R. P. (1982) Affective disorders. In J. L. Matson et R. P. Barret (Eds.), *Psychopathology in the mentally retarded* (pp. 121-146). New-York, NY: Grune et Stratton.
- MATSON, J. L., KAZDIN, A. E. et SENATORE, V. (1984) Psychometric properties of the psychopathology instrument for mentally retarded adults. *Applied Research in Mental Retardation*, 5, 81-89.
- MATSON, J. L., GARDNER, W. I., COE, D. A. et SOVNER, R. (1991) A scale for evaluating emotional disorders in severely and profoundly mentally retarded persons: Development of the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH) scale. *British Journal of Psychiatry*, 159, 404-409.
- MEINS, W. (1993a) Assessment of depression in mentally retarded adults: Reliability and validity of the Children's Depression Inventory (CDI). *Research in Developmental Disabilities*, 14, 299-312.
- MENOLASCINO, F. J., LEVITAS, A. et GREINER, C. (1986) The nature and types of mental illness in the mentally retarded. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 1060-1071.
- MENOLASCINO, F. J., RUEDRICH, S. L., GOLDEN, C. J. et WILSON, J. E. (1985). Diagnosis and pharmacotherapy of schizophrenia in the retarded. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 316-322.
- MENOLASCINO, F. J. et STARK, J. A. (1984) *Handbook of mental illness in the mentally retarded*. New-York, NY: Plenum Press.
- NEZU, C. M., NEZU, A. M. et GILL-WEISS, M. J. (1992) *Psychopathology in persons with mental retardation: Clinical guidelines for assessment and treatment*. Champaign, IL: Research Press.
- PARY, R.J., LEVITAS, A.S. et DESNOYERS-HURLEY, A. (1999) Diagnosis of bipolar disorder in persons with developmental disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 2, 37-49

- PROUT, H. T. et STROHMER, D. C. (1989) *Prout-Strohmer Personality Inventory manual*. Schenectady, NY: Genium Publishing Corporation.
- REISS, S. et AMAN, M. (1998) *Psychotropic medications and developmental disabilities. The international consensus handbook*. Columbus, Ohio: Ohio State University Nisonger Center.
- REISS, S. (1994) *Handbook of challenging behavior: Mental health aspects of mental retardation*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- REISS, S. (1990) Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago Metropolitan area. *American Journal of Mental Retardation*, 94, 578-585
- REISS, S. (1988) *The Reiss Screen for Maladaptive Behavior test manual*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- REISS, S. , LEVITAN, G. W. et MCNALLY, R. J. (1982) Emotionally disturbed mentally retarded people: an underserved population. *American Psychologist*, 37, 361-367.
- REISS, S. et VALENTI-HEIN, D. (1994) Development of a psychopathology rating scale for children with mental retardation. *Journal of Consulting et Clinical Psychology*, 62, 28-33.
- REYNOLDS, W. M. et BAKER, J. A. (1988) Assessment of depression in persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 93-103.
- REYNOLDS, C. R. et RICHMOND, B. O. (1979) Factor structure and construct validity of « What I think and feel »: The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Personality Assessment*, 43, 281-283.
- REYNOLDS, W. M. et MILLER, K. L. (1985) Depression and learned helplessness in mentally retarded and nonmentally retarded adolescents: An initial investigation. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 295-306.
- ROJAHN, J. et TASSÉ, M. J. (1996) Psychopathology in mental retardation. Dans J.W. Jacobson et J. A. Mulick (Eds). *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- RUEDRICH, S. R. et MENOLASCINO, F. J. (1984) Dual diagnosis of mental retardation and mental illness An overview. In F. J. Menolascino et J.A. Stark (Eds.), *Handbook of mental illness in the mentally retarded* (pp. 45-81). New-York, NY: Plenum Press.
- SOVNER, R. (1986) Limiting factors in the use of DSM-III criteria in persons with mentally ill / mentally retarded persons. *Psychopharmacological Bulletin*, 22, 1055-1059.
- SOVNER, R. et DESNOYERS-HURLEY, A. D. (1983) Do the mentally retarded suffer from affective disorders? *Archives of General Psychiatry*, 40, 61-67.
- SOVNER, R. et LOWRY, M. (1990) A behavioral methodology for diagnosing affective disorders in individuals with mental retardation. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 9, 55-61.
- SOVNER, R., FOX, C.J., LOWRY, M.J. et LOWRY, M.A. (1993) Fluoxetine treatment of depression and associated self-injury in two adults with mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 307-311.
- STROHMER, D. C. et PROUT, H. T. (1989) *Strohmer-Prout Behavior Rating Scale manual*. Schenectady, NY: Genium Publishing.
- STURMEY, P. (1995) DSM-III-R and persons with dual diagnosis: conceptual issues and strategies for future research. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 357-364.
- STURMEY, P., BURCHAM, J. et PERKINS, T. S. (1995) The Reiss Screen for Maladaptive Behavior: it's reliability and internal consistencies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 191-195.
- STURMEY, P., BURCHAM, J. A. et SHAW, B. (1996) The frequency of Reiss Screen diagnoses in a community sample of adults with mental retardation. *Behavioral Interventions*, 11, 87-94.
- TASSÉ, M.J. et CRAIG, E.M. (1999) Critical issues in the cross-cultural assessment of adaptive behavior. Dans R. L. Schalock et D. L. Braddock (Eds). *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*. Washington, DC: American Association of Mental Retardation.
- ZUNG, W. K. (1971) A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.