

TRADUCTION ET ADAPTATION TRANSCULTURELLE DU REISS SCREEN FOR MALADAPTIVE BEHAVIOR

Luc Lecavalier et Marc J. Tassé

Les personnes présentant un retard mental sont beaucoup plus prédisposées à vivre des problèmes de santé mentale et des troubles du comportement que la population générale. En dépit de ceci, elles ont tendance à être sous-diagnostiquées par les professionnels qui les servent et ne reçoivent pas les services appropriés. Aucun instrument francophone n'a été validé pour aider à dépister les problèmes de santé mentale chez les adolescents et adultes présentant un retard mental. Cette étude rapporte le processus de traduction, d'adaptation transculturelle et de validation du Reiss Screen for Maladaptive Behavior en français. Une procédure de traduction par comités à sept étapes a été suivie. L'instrument traduit a été rempli par 184 répondants qui ont évalué 494 adolescents et adultes présentant une variété de problèmes de santé mentale et de troubles du comportement. Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire indiquent une adéquation raisonnable avec le modèle proposé par Reiss (1988). Les indices de cohérence interne pour les huit sous-échelles ont varié entre ,53 et ,83. L'indice de cohérence interne pour le score total était de ,80. La discussion est centrée autour des résultats obtenus et de l'utilisation appropriée de cet instrument de dépistage.

Il est maintenant reconnu que les personnes présentant un retard mental sont beaucoup plus prédisposées à vivre des problèmes de santé mentale et des troubles du comportement que la population générale (Borthwick-Duffy & Eyman, 1990; Fletcher & Dosen, 1993; Koller, Richardson, Katz & McLaren, 1982; Menolascino & Stark, 1984; Reiss, 1994; Rutter, Tizard, Yule, Graham & Whitmore, 1976). Le terme «psychopathologie» renvoie à deux phénomènes cliniques distincts, soit :

- les problèmes psychiatriques présents dans la population normale tels que la schizophrénie ou les troubles anxieux;

Luc Lecavalier et Marc J. Tassé, Département de psychologie,
Université du Québec à Montréal.

Pour de plus amples informations concernant ce manuscrit,
prière de correspondre avec Luc Lecavalier qui est maintenant au
Center for Development and Learning UAP, University of North
Carolina, CB#7255, Chapel Hill, NC USA 27599-7255. Adresse
électronique: marc.tasse@cdl.unc.edu

Cette recherche a fait partie des exigences partielles de la thèse de doctorat du premier auteur. L'aide financière provenant des Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) et du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) a grandement facilité la préparation de ce manuscrit. Ce projet a été financé en partie par une subvention de recherche de la Fondation Éleanor Côté. Les auteurs tiennent à remercier les personnes-ressources et les participants des divers établissements à travers la province; sans eux, ce projet n'aurait pu voir le jour. Les auteurs tiennent à remercier Sylvie Côté et Geneviève Cardinal pour leur assistance dans l'entrée de données. Ils aimeraient également remercier les membres des deux comités de traduction qui ont offert si généreusement leur temps et leur expertise ainsi que Susan M. Havercamp pour son aide avec les statistiques.

- les troubles du comportement présents au sein de la population des personnes présentant un retard mental tels que l'automutilation ou les stéréotypies.

La communauté scientifique utilise le terme «double diagnostic» pour désigner une personne qui présente à la fois un retard mental et une psychopathologie.

Bien que les chercheurs reconnaissent le fait que les personnes présentant un retard mental ont une plus grande prédisposition à vivre des problèmes de santé mentale, ils ont de la difficulté à quantifier le phénomène de façon unanime (Borthwick-Duffy, 1994; Reiss, 1994). Les diverses études de prévalence ont rapporté des taux de psychopathologie variant entre 5 % et plus de 80 %. Tel que souligné par Borthwick-Duffy (1994) et par Rojahn et Tassé (1996), les prévalences rapportées dans la littérature scientifique varient considérablement selon la méthodologie adoptée. Ainsi, les études qui rapportent des prévalences plus élevées utilisent typiquement des méthodes plus directes pour apposer des diagnostics (observations ou entrevues), une liste plus exhaustive des psychopathologies (p. ex., les troubles de la personnalité) et des échantillons de personnes vivant en institution. À l'inverse, les études qui rapportent des prévalences moins élevées utilisent fréquemment les dossiers psychiatriques pour apposer des diagnostics, une liste plus limitée de psychopathologies et excluent les personnes vivant en institution. Selon Reiss (1988), le taux véritable de psychopathologie se situe probablement entre 30 et 40 %.

En dépit du fait qu'elles sont plus vulnérables à connaître des problèmes psychiatriques et comportementaux, les personnes présentant un retard mental ont tendance à être sous-diagnostiquées par les professionnels qui les servent et ne reçoivent pas les services appropriés pour traiter leurs problèmes de santé mentale (Eaton & Menolascino, 1982). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène, notamment le masquage diagnostique («diagnostic overshadowing») Reiss, Levitan & Szyszko, 1982), le manque de professionnels spécialisés dans le domaine (Reiss, 1994) ou des caractéristiques inhérentes au retard mental telles que des difficultés à s'exprimer (Sovner, 1986).

Un important facteur dans la tendance générale à sous-diagnostiquer les personnes présentant un retard mental est le peu d'instruments fiables sur le plan psychométrique pour évaluer la psychopathologie au sein de cette population (Aman, 1991; Rojahn & Tassé, 1996). La situation est plus alarmante pour la population francophone puisqu'il n'existe pas, outre la *Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger* (GÉCEN; Tassé, Girouard & Morin, 1999) et une traduction francophone du DASH (Matson, Gardner, Coe & Sovner, 1990), d'instrument validé pour évaluer la psychopathologie auprès des personnes présentant un retard mental. Le GÉCEN a été conçu pour les enfants et adolescents alors que *l'Inventaire psychopathologique pour les personnes déficientes intellectuelles sévères et profondes* (Tremblay & L'Abbé, 1996) a été conçu pour les personnes présentant un retard mental sévère ou profond.

LE REISS SCREEN FOR MALADAPTIVE BEHAVIOR

Le *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (RSMB; Reiss, 1988) est un instrument grandement utilisé en matière de dépistage de problèmes de santé mentale pour les adolescents et adultes présentant un retard mental. Il a été conçu pour dépister les problèmes psychiatriques chez des personnes âgées de plus de 12 ans et se compose de 36 items décrivant des symptômes d'un ou de plusieurs problèmes de santé mentale tels que décrits dans le DSM-III-R (APA, 1987). Pour chacun des items, à partir des critères multiples définissant la psychopathologie (c.-à-d. la fréquence, l'intensité, les circonstances où les comportements apparaissent et la détresse qu'ils engendrent chez l'individu de même que dans son entourage), un répondant doit évaluer si le comportement n'est pas un problème (0), est un problème (1) ou s'il est un problème majeur (2) dans la vie de la personne évaluée. Le RSMB a été conçu pour être rempli par des gens qui ne sont pas des professionnels de la santé mentale. Pour cette raison, les items sont formulés avec un vocabulaire qui n'est pas technique et ils comportent des exemples concrets.

À partir d'analyses factorielles, sept sous-échelles

comprenant cinq énoncés chacune ont été dérivées. Les sous-échelles ont été nommées:

- Agressivité ;
- Psychose ;
- Paranoïa ;
- Dépression (signes comportementaux) ;
- Dépression (signes physiques) ;
- Personnalité dépendante ;
- Trouble de l'évitement.

Une huitième sous-échelle, Autisme, a été rajoutée à la suite de l'analyse factorielle exploratoire. Le RSMB contient également six énoncés décrivant des comportements problématiques spéciaux soit :

- Abus de drogues ;
- Automutilation ;
- Tendances suicidaires ;
- Vol ;
- Comportements sexuels inappropriés ;
- Suractivité.

Un individu obtient un score positif au RSMB et mérite une évaluation psychiatrique approfondie s'il excède le point de coupure au score global composé de 26 items, s'il excède le point de coupure à une des huit sous-échelles ou s'il obtient une cote «Problème majeur» à un des six items décrivant des comportements problématiques spéciaux (Reiss, 1988).

En plus des études rapportées par Reiss (1988), plusieurs études ont collaboré à la validation du RSMB. Tout d'abord, plusieurs études ont examiné les corrélations entre les scores obtenus au RSMB et d'autres instruments mesurant la psychopathologie

chez des personnes présentant un retard mental (Sturmey & Bertman, 1994; Miller & Monroe, 1990; Walsh & Shenouda, 1999). Ensuite, certains auteurs ont examiné la cohérence interne, l'accord inter-juge ainsi que la validité des scores obtenus en fonction de critères externes tels que les diagnostics psychiatriques au dossier (Sturmey & Bertman, 1994; Sturmey, Burcham & Perkins, 1995; Sturmey, Burcham & Shaw, 1996; Van Minnen, Savelsberg & Hoogduin, 1995). Le Tableau 1 présente les indices de cohérence interne rapportés dans différentes études. Enfin, certains chercheurs ont reproduit la structure factorielle du RSMB ou de sa version préliminaire (Havercamp & Reiss, 1997).

Le RSMB est non sans critiques. En effet, Sturmey et ses collaborateurs (Sturmey *et al.*, 1995; Sturmey *et al.*, 1996) ont questionné le raisonnement derrière les points de coupure de même que la validité de certaines sous-échelles qui ont des indices de cohérence interne plus modestes, notamment les sous-échelles Dépression (signes physiologiques) et Autisme.

LE PROCESSUS DE TRADUCTION ET DE VALIDATION TRANSCULTURELLE

Il n'y a aucune garantie qu'un construit élaboré dans une culture sera le même dans une autre culture ou dans une autre langue. D'ailleurs, la littérature scientifique offre de nombreux exemples permettant de constater l'influence des facteurs culturels dans la mesure de construits psychologiques tels que l'intelligence, les comportements adaptatifs ou la psychopathologie (Spielberger & Sharma, 1976; Tassé & Craig, 1999).

En matière de traduction et d'adaptation d'instruments psychologiques, la position de l'American Psychological Association est claire. Dans le volume *Standards for Educational and Psychological Testing* (APA, 1985), il est inscrit que l'équivalence et les caractéristiques métriques d'un instrument traduit ne peuvent être assumées. La traduction d'un instrument ne devrait donc pas être vue comme une façon économique et rapide de livrer un instrument pour une nouvelle population; elle demande autant de travail et

Tableau 1

**Indices de cohérence internes rapportés par certains auteurs
pour le score total et les sous-échelles du RSMB**

AUTEUR(S) ET ANNÉE DE PUBLICATION	REISS (1988)	REISS (1988)	STURMEY <i>ET AL.</i> (1995)	VAN MINNEN <i>ET AL.</i> (1995)
Nombre de participants dans l'échantillon	306	205	60	89
Sous-échelles				
Score total de 26 items	0,84	0,84	0,85	0,92
Agressivité	0,85	0,80	0,77	0,87
Autisme	---	---	0,50	0,46
Psychose	0,78	0,78	0,71	0,68
Paranoïa	0,66	0,75	0,72	0,72
Dépression (comportemental)	0,70	0,76	0,59	0,83
Dépression (physiologiques)	0,57	0,54	0,59	0,76
Personnalité dépendante	0,70	0,75	0,70	0,69
Trouble de l'évitement	0,72	0,75	0,58	0,71

de validation empirique que la construction d'un nouvel instrument (Tassé & Craig, 1999). Le processus de traduction a plusieurs fonctions. Il permet de s'assurer que l'instrument traduit sera adapté à la nouvelle population et vise la diminution des biais (culturels, des items, du chercheur, du clinicien). La validation du nouvel instrument traduit permet d'établir :

- si le construit mesuré est le même que celui de la version originale;

- la clarté et la stabilité du nouvel instrument;
- de nouvelles normes adaptées à la population;
- si les résultats de la version traduite sont interprétables de la même façon que ceux de la version originale.

Au cours des 20 dernières années, plusieurs auteurs se sont intéressés au processus de traduction et d'adaptation culturelle d'instruments de mesure (Brislin, 1986; Geisinger, 1994, Haccoun, 1987; Van de Vijver &

Hambleton, 1996, Tassé & Craig, 1999; Vallerand, 1989; Wilss, 1990). Différents auteurs ont proposé différentes façons de procéder à la traduction et à la validation d'instruments psychologiques (voir Brislin, 1986; Geisinger, 1994; Vallerand, 1989). Bien qu'elle ait été mise de l'avant pour la traduction et l'adaptation culturelle d'échelles de comportements adaptatifs, c'est la méthode proposée par Tassé et Craig (1999) qui a été utilisée dans le cadre de cette étude.

L'objectif de cette étude était la traduction et l'adaptation culturelle du *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* au sein d'un échantillon québécois de personnes présentant un retard mental. Il était postulé que la méthodologie de traduction proposée par Tassé et Craig (1999) permettrait de déboucher sur une version francophone du RSMB reproduisant la structure factorielle de l'instrument original.

MÉTHODE

Procédure de traduction

Traduction/adaptation

Les membres d'un premier comité ont effectué individuellement une première traduction du RSMB. Ce comité était formé de cinq individus, soit l'expérimentateur, un psychologue et trois étudiants au doctorat en psychologie. Les cinq membres de ce comité étaient bilingues et avaient une formation dans le domaine du retard mental. Le psychologue avait plus de 15 années d'expérience dans le domaine.

Consolidation des traductions

Les membres du premier comité se sont rencontrés pour comparer les différentes traductions. Un consensus a été établi pour ainsi déboucher sur la version préliminaire de l'instrument.

Validation de la traduction

La version préliminaire du premier comité a été donnée à un deuxième comité indépendant formé d'un

traducteur et de deux psychologues qui avaient une formation dans le domaine du retard mental. Les trois membres de ce deuxième comité avaient une bonne maîtrise de la langue anglaise. Ce deuxième comité a vérifié la traduction préliminaire de l'instrument en la comparant à sa version originale.

Modifications/ajustements

Les deux comités se sont rencontrés pour discuter des questions, commentaires et suggestions qu'avaient apportés les membres du second comité à l'égard de la version préliminaire de l'instrument. Un consensus a été établi entre les membres des deux comités pour ainsi déboucher sur une deuxième version de l'instrument.

Prétest

La seconde version de l'instrument a été distribuée à 20 utilisateurs potentiels de l'instrument (c.-à-d. des éducateurs spécialisés). Les éducateurs spécialisés ont vérifié et évalué la clarté et la justesse des consignes, des items et de la présentation de l'instrument à l'aide d'une échelle de type Likert à quatre points (Pas du tout clair, Moyennement clair, Clair, Très clair).

Révisions

Les membres du premier comité se sont rencontrés pour évaluer les données recueillies auprès des 20 éducateurs spécialisés. Les consignes et items qui avaient été évalués par plus de trois évaluateurs comme étant «Pas du tout clair» ou «Moyennement clair» ont été étudiés et modifiés si nécessaire. Deux items et deux phrases dans la section «Consignes» ont été légèrement modifiés. La présentation n'a pas été modifiée. La résultante était la version francophone finale du RSMB: *L'Échelle Reiss de dépistage de comportements problématiques* (ÉRDCP).

Testing et validation

L'ÉRDCP a été distribuée et remplie par un échantillon de 184 utilisateurs. Au total, 494 adolescents et adultes présentant un retard mental ont été évalués à l'aide de l'ÉRDCP. Une proportion

importante de ces personnes présentait une variété de problèmes de santé mentale ou de troubles du comportement.

Validation de l'ÉRDCP

Participants

Les participants de cette étude étaient 494 adolescents et adultes présentant un retard mental. L'échantillon était composé de 249 femmes (50,4 %) et 245 hommes (49,6 %). L'âge moyen des participants de l'échantillon était de 38 ans avec un écart type de 13,9 ans et une étendue de 12 à 82 ans. Les niveaux de retard mental se distribuaient comme suit: 137 personnes (27,7 %) avec un retard mental léger, 202 personnes (40,9 %) avec un retard mental moyen et 155 personnes (31,4 %) avec un retard mental sévère. Les personnes qui présentaient un retard mental profond ont été exclues de l'étude étant donné qu'il a été suggéré que la symptomatologie des problèmes psychiatriques de ces personnes diffère de celles fonctionnant à niveau plus élevé (Havercamp, 1996; Sturmey, 1995).

Cent quarante-neuf participants (30,2 %) présentaient un syndrome spécifique dont 79 (16 %) avec le syndrome Down et 49 (9,9 %) avec le syndrome autistique. Trois cent soixante-huit des 494 participants (74,5 %) avaient un diagnostic psychiatrique dans leur dossier ou un score total égal ou supérieur à 10 à l'ÉRDCP.

Répondants

Les répondants étaient 184 intervenants connaissant bien la personne qu'ils devaient évaluer sur l'ÉRDCP. Tel que stipulé dans le manuel technique du RSMB (Reiss, 1988), le répondant devait connaître la personne qu'il évaluait depuis au moins trois mois. Dans cette étude, 398 ÉRDCP (80,6 %) ont été remplies par un répondant connaissant le participant qu'il évaluait pour plus d'un an, 43 ÉRDCP (8,7 %) ont été remplies par un répondant connaissant le participant qu'il évaluait entre 6 mois et 12 mois, 19 ÉRDCP (3,8 %) ont été remplies par un répondant connaissant le participant qu'il évaluait pour moins de

6 mois et 34 ÉRDCP (6,9 %) ont été remplies par un répondant qui n'a pas répondu à cette question.

Un grand nombre de répondants était recherché pour minimiser le biais d'un répondant donné et pour maximiser la généralisation des résultats. Ainsi, seulement 17 répondants (9,2 %) ont évalué plus de cinq participants. Trois cent soixante et un répondants (73,1 %) étaient des éducateurs spécialisés, 127 répondants (25,1 %) étaient un autre type de professionnels travaillant directement avec la personne évaluée (p. ex., agents d'intégration socioprofessionnel, responsables d'unité de vie, infirmières), deux répondants (0,4 %) étaient des parents et quatre répondants (0,8 %) n'ont pas répondu à cette question.

Procédure

Le recrutement des participants s'est effectué par le biais d'hôpitaux et de centres de réadaptation en retard mental de la province de Québec. Dans un premier temps, les directeurs des établissements étaient contactés par téléphone et le projet leur était présenté. Après avoir obtenu leur accord, des documents explicatifs du projet (résumé du projet, formulaires de consentement et protocoles) étaient envoyés à une personne-ressource dans le milieu. Cette personne a identifié les personnes qui remplissaient les critères d'inclusion de l'étude. Les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants: Au moment de l'évaluation, les personnes évaluées devaient :

- être des adolescents et des adultes âgés de plus de 12 ans ;
- présenter un diagnostic de retard mental léger, moyen ou sévère ;
- présenter une ou plusieurs caractéristiques telles que décrites par les items formant l'ÉRDCP.

Les personnes incluses dans cette étude devaient avoir un diagnostic apposé par un psychiatre ou un psychologue dans leur dossier personnel ou présenter des troubles du comportement nécessitant un plan d'intervention.

Une fois les participants identifiés à l'intérieur d'un établissement donné, le tuteur de la personne à évaluer était invité à signer un formulaire de consentement autorisant sa participation à l'étude. Le répondant était aussi invité à signer un formulaire de consentement indiquant qu'il participait de façon libre et éclairée. Les répondants désirant participer à l'étude devaient transmettre à la personne-ressource de l'établissement les protocoles dûment remplis. La personne-ressource a posté à l'expérimentateur l'ensemble des documents. Afin de s'assurer que les personnes évaluées remplissaient les critères d'inclusion, les psychologues des établissements participants devaient indiquer sur la première page de l'ÉRDCP le quotient intellectuel ou le niveau de retard mental du participant et, si possible, le test utilisé et la date de l'évaluation. Tous les participants de l'étude ont reçu un rapport informatisé de leurs résultats à l'ÉRDCP.

Analyse des données

L'analyse factorielle est de plus en plus utilisée par les chercheurs en sciences sociales intéressés par le développement et le perfectionnement d'instruments de mesure (Floyd & Widaman, 1995). Elle est particulièrement pertinente pour identifier des construits psychologiques (Anastasi & Urbina, 1997).

Il existe deux types d'analyse factorielle, soit l'analyse exploratoire et confirmatoire (Clark & Watson, 1995; Floyd & Widaman, 1995; Streiner, 1994). La première est habituellement utilisée dans les étapes initiales d'une recherche. Elle est utile pour déterminer le nombre de facteurs et pour savoir si les facteurs sont corrélés entre eux. Elle est utilisée lorsque les données empiriques sont limitées (Stevens, 1996; Tabachnick & Fidell, 1996). La seconde est habituellement utilisée lorsque le cadre théorique et le support empirique sont mieux ancrés. Elle est donc utile pour mettre à l'épreuve les modèles générés par l'analyse exploratoire.

Ce sont des analyses factorielles confirmatoires qui ont été effectuées dans le cadre de cette étude. Les paramètres ont été spécifiés à partir des huit sous-échelles proposées par Reiss (1988). Des 30 items composant les huit sous-échelles, dix sont assignés à

deux sous-échelles. Par exemple, l'item «Retiré» est assigné à la sous-échelle Autisme et Trouble de l'évitement. Cette distribution des items pouvait engendrer des problèmes d'identification qui ont été évités en assignant une restriction égale aux deux chemins de ces dix items. Autrement dit, les coefficients de régression des deux chemins de l'item «Retiré» étaient jugés égaux.

Tous les participants inclus dans les analyses statistiques présentaient un score minimum d'au moins trois points sur les 30 items formant les huit sous-échelles. Autrement dit, pour être inclus dans les analyses statistiques, un participant devait présenter trois items évalués comme étant «un problème» ou un item évalué comme étant «un problème» et un item étant évalué comme «un problème majeur».

Quant à la taille de l'échantillon, plusieurs règles ont été proposées par la communauté scientifique pour les analyses factorielles confirmatoires (Stevens, 1996; Tabachnick & Fidell, 1996). Plusieurs de ces règles stipulaient que la taille de l'échantillon est déterminée en fonction du nombre de variables analysées. Une règle apparaissant dans la littérature scientifique est que les analyses factorielles confirmatoires requièrent 10 sujets par variable (Clark & Watson, 1995). Tabachnick et Fidell (1996) ont stipulé que moins de 10 sujets par variable peuvent être adéquats si la taille d'effet est large et si les variables dépendantes sont distribuées normalement. Elles rapportent également que 300 sujets est un seuil raisonnable à viser. Un échantillon de 494 participants était donc largement suffisant pour effectuer l'analyse factorielle confirmatoire des 30 items de l'ÉRDCP.

Quatre indices d'adéquation ont été calculés pour évaluer la justesse du modèle obtenu, soit le *Steiger-Lind Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; Browne & Cudeck, 1992), le *Expected Cross-Validation Index* (ECVI; Browne & Cudeck, 1992), le *Non-Normed Fit Index* (NNFI) et le *Normed Fit Index* (NFI). Les indices d'adéquation sont évalués de la façon suivante: un RMSEA inférieur à ,05 indique une bonne adéquation; inférieur à ,08 indique une adéquation raisonnable et de plus de ,10 indique une adéquation inacceptable (Browne & Cudeck,

1992). Le ECVI n'est pas évalué de manière indépendante. Il s'agit plutôt d'une comparaison relative entre les indices obtenus pour les solutions oblique et orthogonale. Les plus petites valeurs indiquent une meilleure adéquation (Browne & Cudeck, 1992). Le NNFI et le NFI varient entre 0 et 1; les valeurs supérieures à ,90 indiquant une bonne adéquation.

RÉSULTATS

Analyses factorielles confirmatoires

Les analyses factorielles confirmatoires ont été réalisées à partir de la matrice de corrélation inter-item à l'aide du logiciel Systat, version 9.0 pour Windows (SPSS, 1999). Le Tableau 2 présente les indices d'adéquation obtenus pour les solutions oblique et orthogonale. Les quatre indices d'adéquation obtenus sont supérieurs pour les solutions obliques. Lorsque les facteurs de l'ÉRDCP peuvent être corrélés entre eux (solution oblique), les données obtenues ont indiqué une adéquation raisonnable avec le modèle proposé par Reiss (1988). La Figure 1 indique le diagramme des chemins de la solution oblique.

Cohérence interne

Les indices de cohérence interne sont présentés dans le Tableau 3. Selon les critères d'acceptabilité de Nunnally (1978) (alpha égal ou supérieur à ,70) ou de Devillis (1991) (alpha égal ou supérieur à ,65), l'indice de cohérence interne pour le score total de 26 items et pour la sous-échelle Agressivité est très bien alors que les indices de cohérence interne des autres sous-échelles sont indésirables.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était la traduction et l'adaptation transculturelle du RSMB ainsi que la validation de cette traduction. La procédure de traduction utilisée fut celle mise de l'avant par Tassé et Craig (1999). Les participants recrutés pour cette étude étaient un grand nombre de personnes avec un retard mental léger, moyen ou sévère présentant une variété de problèmes de santé mentale et de troubles du comportement. Trois cent soixante-huit des 494

Tableau 2

Indices d'adéquation pour l'ÉRDCP

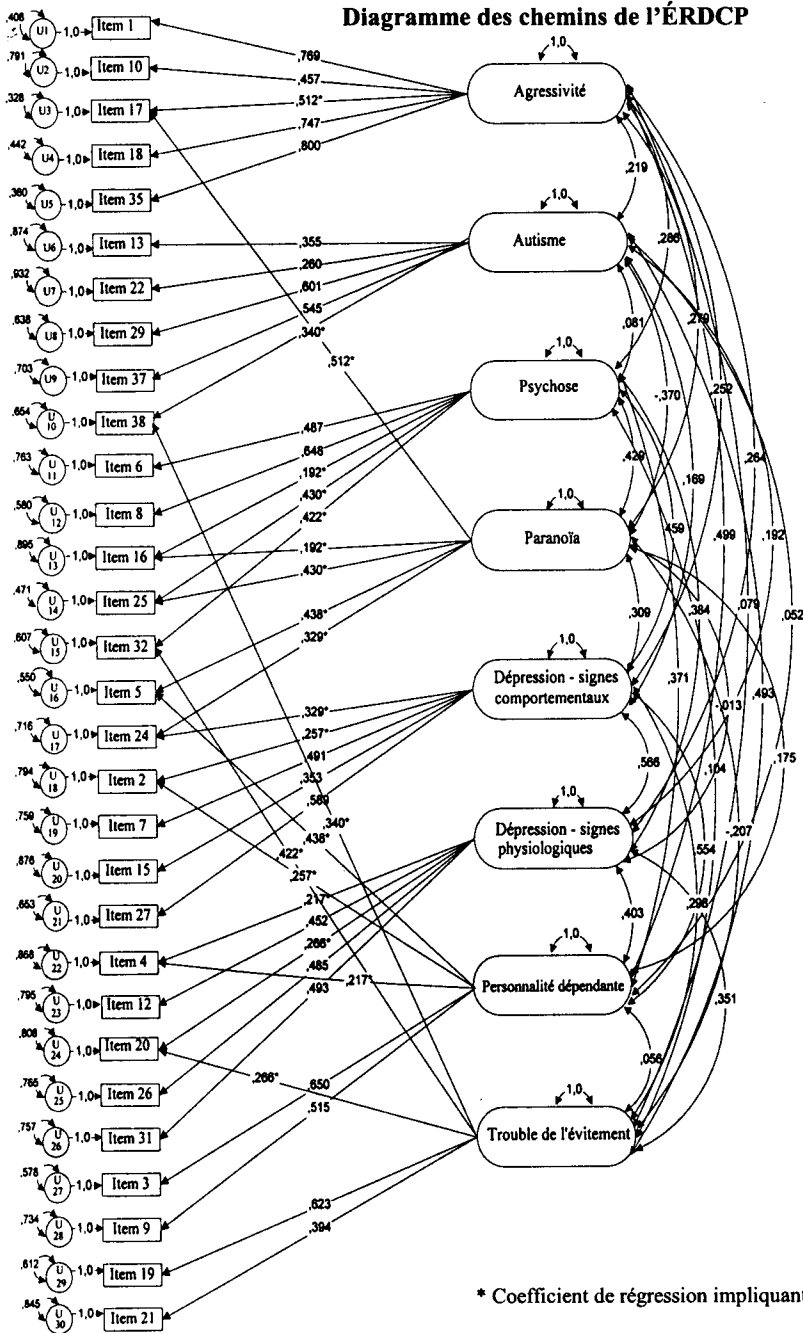
	RMSEA*	ECVI*	NNFI	NFI
Nullé	0,162 (0,159; 0,166)	11,438 (10,935; 11,957)		
Orthogonale	0,114 (0,110; 0,118)	6,331 (5,986; 6,692)	0,505	0,506
Oblique	0,068 (0,064; 0,072)	2,858 (2,650; 3,082)	0,825	0,797

* Les valeurs entre parenthèses correspondent à l'intervalle de confiance de 90 %.

RMSEA = Steiger-Lind Root Mean Square Error of Approximation
ECVI = Expected Cross-Validation Index

NNFI = Non-normed Fit Index
NFI = Normed Fit Index

Figure 1



* Coefficient de régression impliquant un item assigné à deux sous-échelles.

Tableau 3**Indices de cohérence interne pour le score total et les sous-échelles de l'ÉRDPC**

	ALPHA
SCORE TOTAL	0,80
Agressivité	0,83
Autisme	0,53
Psychose	0,61
Paranoïa	0,63
Dépression - signes comportementaux	0,58
Dépression - signes physiologiques	0,53
Personnalité dépendante	0,58
Trouble de l'évitement	0,61

participants (74,5 %) avaient un diagnostic psychiatrique dans leur dossier ou un score total égal ou supérieur à 10 à l'ÉRDPC. Contrairement à Reiss (1988) et à Havercamp et Reiss (1997), les personnes présentant un retard mental profond ont été exclues de l'étude étant donné une divergence dans la manifestation de la symptomatologie psychiatrique associée à ce niveau de fonctionnement (Havercamp, 1996; Sturmey, 1995).

Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire ont suggéré une adéquation raisonnable avec le modèle proposé par Reiss (1988). Bien que le RMSEA obtenu dans la présente étude se compare favorablement à celui obtenu par Havercamp et Reiss (1997), les trois autres indices d'adéquation sont légèrement plus faibles. Plusieurs facteurs peuvent expliquer une

adéquation moins que parfaite. Tout d'abord, l'ÉRDPC se compose d'un grand nombre de facteurs avec peu d'items et dix des 30 items impliqués dans le modèle saturant sur plus d'un facteur. Plus un modèle est complexe, plus il est difficile de le reproduire d'un échantillon à un autre. Ensuite, il importe de souligner que la subjectivité est une caractéristique inhérente aux analyses factorielles. En effet, l'analyse factorielle exploratoire initiale de Reiss (1988) aurait pu déboucher sur une différente structure factorielle avec des échantillons similaires et les mêmes règles d'extraction. Par exemple, en dépit du fait qu'il n'y a pas de différence véritable dans la variable latente sous-jacente, des structures factorielles différentes seront obtenues pour deux facteurs identiques qui ont des indices de saturation de ,98 et de 1,03 si le critère d'extraction Kaiser-Guttman supérieur à un est utilisé. Ainsi, à l'intérieur de certains échantillons, les indices d'adéquation pourraient se voir améliorés (ou réduits) en fonction des décisions subjectives découlant de l'analyse factorielle exploratoire initiale.

Quant aux indices de cohérence interne, ils sont bons pour le score total de 26 items et pour la sous-échelle Agressivité mais indésirables pour les sept autres sous-échelles. La comparaison des indices de cohérence interne obtenus dans la présente étude avec ceux rapportés précédemment dans la littérature indique que le coefficient alpha pour le score total et pour la sous-échelle Agressivité sont semblables à ceux rapportés pour les deux échantillons utilisés lors du développement de l'instrument (Reiss, 1988) et pour les échantillons de Van Minnen *et al.* (1995) et de Sturmey *et al.* (1995). L'indice de cohérence interne pour la sous-échelle Autisme est légèrement supérieur à celui rapporté pour les échantillons de Van Minnen *et al.* (1995) et de Sturmey *et al.* (1995). Cette différence s'explique peut-être par une proportion relativement élevée de personnes autistes dans le présent échantillon (9,9 %). La comparaison des indices de cohérence interne pour les six autres sous-échelles indique qu'ils sont légèrement moins élevés que ceux rapportés pour les deux échantillons de Reiss (1988) et pour les échantillons de Van Minnen *et al.* (1995) et Sturmey *et al.* (1995). En supprimant l'item «Hallucinations» de la sous-échelle Paranoïa, l'indice de cohérence interne passe de ,63 à ,68. En

supprimant l'item «Inadéquations sociales» de la sous-échelle Psychose, l'indice de cohérence interne grimpe de ,61 à ,68. Une façon d'augmenter les indices de cohérence interne des diverses sous-échelles est d'ajouter des items homogènes au trait mesuré (Anastasi & Urbina, 1997). Toutefois, ajouter des items aux diverses sous-échelles irait à l'encontre d'un des buts premiers de l'auteur. En effet, un des objectifs premiers de l'auteur du RSMB était de limiter le nombre d'items présents dans l'instrument pour favoriser une administration rapide (Reiss, 1997). L'auteur a donc décidé de sacrifier la spécificité de son instrument au détriment d'une administration rapide. Reiss (1988) a recommandé l'utilisation d'au moins deux répondants pour chaque personne évaluée dans un contexte d'utilisation clinique pour pallier au manque de spécificité de l'instrument. Dans le cadre de la présente étude, un répondant suffisait étant donné que les scores obtenus aux diverses sous-échelles de l'instrument n'influencent pas la structure factorielle.

L'indice de cohérence interne est une mesure de l'homogénéité des items formant une échelle (Cronbach, 1951). Un construit qui n'est pas homogène ou variable ne cédera pas un bon indice de cohérence interne. D'ailleurs, certains auteurs ont rapporté que le coefficient alpha n'est pas toujours une bonne mesure d'homogénéité d'un construit et qu'il doit être interprété selon l'objectif d'un test (Schmitt, 1996). Ainsi, un coefficient alpha relativement faible n'affecte pas nécessairement la validité d'un test (Schmitt, 1996).

L'auteur ne peut mettre assez d'emphase sur le fait que l'ÉRDCP doit être évaluée d'abord et avant tout en fonction de sa validité pour le *dépistage* des problèmes de santé mentale chez les adolescents et adultes présentant un retard mental. L'ÉRDCP ne se veut pas une mesure exhaustive de la psychopathologie et ne peut remplacer une évaluation clinique approfondie. Compte tenu de l'objectif de l'instrument, l'ÉRDCP possède des qualités métriques acceptables. L'auteur

de ce manuscrit est d'avis que l'ÉRDCP est une mesure pouvant:

- procurer de l'information pertinente aux psychologues et psychiatres lors d'entrevues d'évaluation;
- servir au dépistage à petite ou à grande échelle des personnes qui risquent d'avoir besoin de services en santé mentale;
- s'avérer utile pour des fins de recherche.

Deux autres points méritent d'être abordés, soit les problèmes liés à la traduction d'instruments de mesure et le processus de validation. La traduction d'un instrument de mesure n'est pas un processus sans faiblesses. En effet, les traducteurs sont confinés aux faiblesses de l'instrument original. Dans le présent cas, certaines améliorations auraient pu être apportées au niveau des consignes et en matière de contenu. En matière de contenu, le RSMB ne contient que deux items liés à l'anxiété et aucune sous-échelle réservée spécifiquement à cette pathologie en dépit du fait que la prévalence des troubles anxieux chez les personnes présentant un retard mental est au moins égale à celle de la population générale (Poindexter, 1996).

Il importe également de souligner que la validation d'instruments de mesure est un processus continu qui a pour but de préciser deux aspects fondamentaux, soit ce que le test mesure et la précision avec laquelle il le mesure (Anastasi & Urbina, 1997; Carmines & Zeller, 1979; Nunnally, 1978). Le lecteur ne doit pas considérer que la validation de l'ÉRDCP est terminée. Au contraire, d'autres études sont nécessaires afin d'examiner la stabilité de l'instrument, la concordance inter-juge et les liens entre les scores obtenus et des critères externes tels que des diagnostics psychiatriques précis. Des études futures devront également établir des normes adaptées aux populations testées.

TRANSLATION AND TRANSCULTURAL ADAPTATION OF THE REISS SCREEN TEST FOR MALADAPTIVE BEHAVIOR

The mental retardation persons are more susceptible to manifest behavior and mental health problems than the general population. In spite of this they are under diagnosed by the professionals serving them and therefore, do not receive appropriate services. No instruments for a french population has been validated to detect problems of mental health in mental retardation adolescents and adults. This study report on the translation process, the transcultural adaptation and validation of the *Reiss Screen for Maladaptive behavior* on a french population. A translation procedure by comitees in seven steps have been followed. The translated instrument was completed by 184 respondents who evaluated 494 adolescents and adults presenting a variety of Behaviours and mental health problems. The results of a confirmatory factor analysis shows a reasonable correspondance with the model proposed by Reiss (1988). The internal coherence indexes for the eight subscales vary from .53 to .83. The internal coherence index for the total score was 80. The discussion centers on the results and the appropriate use of this instrument in screening.

BIBLIOGRAPHIE

- AMAN, M. G. (1991) 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 (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: Auteur.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1985) *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: Auteur.
- ANASTASI, A. & URBINA, S. (1997) *Psychological testing (Seventh Edition)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Inc.
- BORTHWICK-DUFFY, S. A. (1994) Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27.
- BORTHWICK-DUFFY, S. A. & EYMAN, R. K. (1990) Who are the dually diagnosed? *American Journal on Mental Retardation*, 94, 586-595.
- BRISLIN, R. W. (1986) *The wording and translation of research instruments*. In: W. Kinner & J. Berry (Éds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp.137-164). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- BROWNE, M. W. & CUDECK, R. (1992) Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods and Research*, 21, 230-258.
- CARMINES, E. G., ZELLER, R. A. (1979) *Reliability and validity assessment*. Sage Publications: Newbury Park, CA.
- CLARK, L.A. & WATSON, D. (1995) Constructing validity: basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- CRONBACH, L. J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- DEVELLIS, R. F. (1991) *Scale Development : Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- EATON, L. F. & MENOLASCINO, F. J. (1982) Psychiatric disorders in the mentally retarded: Types, problems, and challenges. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1297-1303.
- FLETCHER, R. J. & DOSEN, A. (Éds) (1993) *Mental health aspects of mental retardation*. New York: Lexington.
- FLOYD, F. & WIDAMAN, K. F. (1995) Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286-299.

- GEISINGER, K. F. (1994) Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6, 304-312.
- HACCOUN, R. R. (1987) Une nouvelle technique de vérification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. *Revue québécoise de psychologie*, 8, 30-39.
- HAVERCAMP, S. M. (1996) *Psychiatric symptoms and mental retardation: Reliability of rating scales as a function of IQ*. Thèse de maîtrise non publiée, Ohio State University, Columbus, Ohio.
- HAVERCAMP, S. M. & REISS, S. (1997) The Reiss Screen for Maladaptive Behavior : Confirmatory factor analysis. *Behaviour and Research Therapy*, 35, 967-971.
- KOLLER, H., RICHARDSON, S. A., KATZ, M. & MCLAREN, J. (1982) Behavior disturbance in childhood and the early adult years in populations who were and were not mentally retarded. *Journal of Preventive Psychiatry*, 1, 453-468.
- MILLER, L.K. & MONROE, M. J. (1990) Musical aptitude and adaptive behavior of people with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 220-227.
- NEZU, C. M., NEZU, A. M. & GILL-WEISS, M. J. (1992) *Psychopathology in persons with mental retardation: Clinical guidelines for assessment and treatment*. Chicago, IL : Research Press Company.
- NUNNALLY, J.C. (1978) *Psychometric theory* (second edition). New York, NY: McGraw-Hill.
- REISS, S. (1997) Comments on the Reiss Screen for Maladaptive Behaviour and its factor structure. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 346-354.
- REISS, S. (1994) *Handbook of challenging behaviors: Mental health aspects of mental retardation*. Worthington, OH : IDS Publishing Corporation.
- REISS, S. (1988) *The Reiss Screen for Maladaptive Behavior test manual*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- REISS, S., LEVITAN, G. W. & SZYSZKO, J. (1982) Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 567-574.
- ROJAHN, J. & TASSÉ, M. J. (1996) *Psychopathology in mental retardation*. In: J. W. Jacobson & J. A. Mullick (Éds.), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation* (pp.147-156). Washington, DC : American Psychological Association.
- RUTTER, M., TIZARD, J., YULE, W., GRAHAM, P. & WHITMORE, K. (1976) Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6, 313-332.
- SCHMITT, N. (1996) Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment*, 8, 350-353.
- SPIELBERGER, C. D., & SHARMA, S. (1976) *Cross-cultural measurement of anxiety*. In: C. D. Spielberger and R. Diaz-Guerrero (Éds.), *Cross-cultural anxiety* (pp.13-25). Washington, D.C.: Hemisphere.
- STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES (1999) *Systat 9.0 for Windows* (computer software). Chicago, IL: SPSS, Inc.
- STEVENS, J. (1996) *Applied multivariate statistics for the social sciences* (Third Edition). Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- STREINER, D. L. (1994) Figuring and factors : the use and non-use of factor analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 135-140.
- 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. & BERTMAN, L. J. (1994) Validity of the Reiss Screen for Maladaptive Behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 201-206.
- STURMEY, P., BURCHAM, J. & 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. & SHAW, B. (1996) The frequency of Reiss Screen diagnoses in a community sample of adults with mental retardation. *Behavioral Interventions*, 11, 87-94.
- TABACHNICK, B. & FIDELL, L. S. (1996) *Using multivariate statistics* (Third Edition). New York, NY : HarperCollins Publishers, Inc.

- TASSÉ, M. J. & CRAIG, E. M. (1999) Critical issues in the cross-cultural assessment of adaptive behavior. In: R. L. Schalock (Éd.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- TASSÉ, M. J., GIROUARD, N. & MORIN, I. N. (1999) *Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger: manuel de l'utilisateur*. Montréal, Qué.: Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- VALLERAND, R. J. (1989) Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*, 30, 662-680.
- VAN DE VIJVER, F. & HAMBLETON, R. K. (1996) Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologists*, 1, 89-99.
- VAN MINNEN, A., SAVELSBERG, P.M. & HOOGDUIN, K.A.L. (1995) A dutch version of the Reiss Screen of Maladaptive Behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 43-49.
- WALSH, K. K. & SHENOUDA, N. (1999) Correlations among the Reiss Screen, the Adaptive Behavior Scale Part II and the Aberrant Behavior Checklist. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 236-248.
- WHITE, M. J., NICHOLS, C. N., COOK, R. S., SPENGLER, P. M., WALKER, B. S. & LOOK, K. K. (1995) Diagnostic overshadowing and mental retardation: A meta-analysis. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 293-298.
- WILSS, W. (1990) Cognitive aspects of the translation process. *Language and Communications*, 10, 19-36.