

EXPÉRIENCE PILOTE DE L'ÉVOLUTION D'UN GROUPE VERBAL AUPRÈS DE HUIT PATIENTS À L'HÔPITAL DE JOUR

Martine Schaya et Giuliana Galli Carminati

L'étude porte sur une expérience pilote d'un groupe verbal de patients souffrant de déficience intellectuelle sévère et moyenne, ainsi que des troubles graves de comportements. Ces personnes présentent en plus des difficultés de communication verbale et non verbale, ainsi que des difficultés d'adaptation aux situations de la vie et dans la gestion des émotions. A partir d'une activité de groupe structurée (règles et petit goûter), les gens discutent de leurs activités du week-end, leur désir de changer au niveau du travail et l'envie de changer le lieu de vie. Au moyen de l'échelle «Aberrant Behaviour Checklist (Aman, Singh, Stewart et Field, 1985), les auteurs ont mesuré les changements cliniques de comportements et l'échelle, The Mental Retardation Depression Scale (Meins W., 1996) pour l'appréciation du statut psychopathologique d'une personne souffrant d'une déficience intellectuelle. Les résultats démontrent une évolution notable de la gestion des affects, une diminution de l'anxiété et une amélioration de la communication verbale et des relations entre les pairs. L'étude a permis de découvrir un instrument (Aberrant Behaviour Checklist) permettant de mieux apprécier l'effet des traitements et de réajuster si nécessaire les programmes des patients.

INTRODUCTION

Nous nous proposons de présenter une expérience pilote dans un cadre intra-hospitalier. Ce groupe verbal, né en 1997, et qui se poursuit aujourd'hui dans le contexte actuel de l'Hôpital de Jour, situé sur le domaine de la Clinique Psychiatrique est animé par une psychologue et un éducateur, ainsi que par une infirmière coanimatrice. Il représente bien l'une des premières tentatives de travail groupal en milieu hospitalier, auprès d'une population composée d'adultes souffrant de retard mental, moyen à sévère et de problèmes graves de comportement, avec ou sans autisme. On peut évoquer aussi pour certains souvent le diagnostic de «troubles de la personnalité» de type borderline. Ces personnes ont toutes beaucoup de

difficultés dans la gestion et l'adaptation aux situations sociales de la vie quotidienne; de même, ils ont beaucoup de peine à savoir comment gérer leurs émotions (colère, tristesse, peur, joie), à les identifier puis à les exprimer. Comme le dit le Dr Galli Carminati, dans «le groupe sans mots ou presque» : «nous avons remarqué, de la part de nos patients, beaucoup d'intérêt à se retrouver dans le groupe. Nous avons eu peu de conduites inadéquates pendant cette activité. L'originalité de ces groupes verbaux, mis sur pied au Jura, a été d'imaginer une possible intervention sur des personnes présentant un seuil de tolérance très bas au stress social et ayant un langage verbal très réduit.»

CONTEXTE DE TRAVAIL

La structure de l'Hôpital de Jour, née en janvier 1999, se compose d'une équipe pluridisciplinaire (3 psychologues, 2 éducateurs, 1 psychomotricienne, 1 logopédiste, 6 infirmiers) qui collaborent étroitement

Martine Schaya, psychologue, et Dr Giuliana Galli Carminati, médecin responsable, Unité de Psychiatrie du Développement Mental, Psychiatrie I, Hôpitaux Universitaires de Genève.

autour d'une prise en soins individuelle et/ou groupale ciblée sur le symptôme et d'orientation cognitivo-comportementale, pour traiter les patients selon un axe thérapeutique et psychopédagogique, à visée de réhabilitation psychique et sociale. Les patients qui fréquentent l'Hôpital de Jour viennent de l'extérieur (famille, institutions) ou sont hospitalisés momentanément.

Des groupes spécifiques de réhabilitation ont conduit à la diminution de l'anxiété liée à leurs difficultés de faire face à certaines situations sociales («stress anger therapy»). Des apprentissages dans le cadre de ces groupes ont favorisé une meilleure gestion des mouvements émotionnels. Outre la réduction des symptômes favorisée par la mise en place de ces groupes, on a pu noter une forte réduction du temps d'hospitalisation pour la plupart d'entre eux, conduisant à une réintégration plus rapide dans le lieu de vie. De même, les hospitalisations ont été moins fréquentes, et par l'aspect de prévention aux rechutes, offert par ces différents groupes (complémentaires au groupe).

CONSTITUTION DU GROUPE

Il existe une réticence de base chez ces personnes à se rendre à l'Hôpital, à franchir le seuil de la Clinique. Il fallait donc les encourager à venir et à revenir au groupe; nous devons réussir à séduire et à motiver une population caractérisée par d'importants troubles au niveau de la communication verbale et non verbale et des échanges sociaux. Il fallait aussi éviter les passages à l'acte, les troubles importants de comportement pendant le groupe, source de dérapage ou d'éclatement possible, en introduisant un cadre solide et régulier, très contenant mais avec une notion supplémentaire de plaisir: le café et les biscuits. Ce support, en effet, est loin d'être anodin. Notre défi était le suivant: les amener progressivement à échanger ensemble de manière beaucoup plus réciproque, autour d'un support concret comme prétexte à la relation et aux échanges, dans une atmosphère visant la détente et la convivialité, sans avoir l'impression d'être en situation d'examen, d'évaluation ou d'échec.

Cadre temporel du groupe

Ce groupe verbal de 45' a lieu le vendredi après-midi; il s'agit d'un groupe mixte de patients (5 hommes et 3

femmes). Se situant en fin de semaine, il est donc très chargé émotionnellement, puisqu'il représente toute l'accumulation de la semaine écoulée, tout en étant censé préparer le moment de séparation du week-end.

Objectif du groupe

Un objectif essentiel lié à la réhabilitation concerne directement l'apprentissage de conduites socialement acceptables, à travers des échanges sociaux dans le «hic et nunc» et l'observance de règles sociales clairement définies. Ceci dans le cadre d'un groupe où l'atmosphère de détente, de convivialité autour d'un support «café-biscuit» ouvre la voie aux échanges sociaux de plus en plus réciproques.

Contenu et forme du groupe

Face à ces patients à faibles ressources intellectuelles, il a fallu dès le départ adapter forme et contenu du groupe à leurs caractéristiques très particulières. C'est ainsi qu'il nous a semblé nécessaire d'y introduire la notion de «plaisir» liée au support concret, parallèlement à tout l'aspect de travail réhabilitatif constitué par le groupe. L'hypothèse était la suivante: le plaisir de boire et de manger facilite les échanges sociaux, leur donne un sentiment profond d'appartenance sociale à un même groupe et permet une détente nécessaire à l'élaboration. Très vite, autour du support, ont émergé des questions très personnelles des uns et des autres, qui ont pu être regroupées selon des thèmes principaux:

- les activités du WEEK-END;
- les désirs de changement au niveau d'un travail;
- les envies de changer de lieu de vie, bref la difficulté à accepter leur vie actuelle et à la gérer.

Les patients se retrouvent et passent en revue la semaine écoulée avec les problèmes quotidiens et les réussites sur lesquelles nous mettons l'accent.

Règles de ce groupe

- Respect du cadre (ponctualité, régularité): pour ce point, les patients n'ont pas de problèmes, respectant ce cadre à la lettre, très «à cheval» sur

les horaires, le début et la fin du groupe. Cet ainsi que G. est notre «horloge» et que même au milieu d'une conversation, il pourra se lever, se diriger vers nous, pointant l'index sur la montre en nous disant: « c'est moins le quart» et partir précipitamment. Il a peu à peu appris à attendre la fin de la conversation pour dire aurevoir et partir. C'est dire qu'une sorte de rigidité face au cadre est née, liée surtout aux caractéristiques de leur personnalité très obsessionnelle. Tout un travail de souplesse et d'adaptation au cadre a dû se mettre en place pour leur permettre aussi de mieux moduler leur point de vue, les assouplir, admettre des exceptions aux règles et adopter des comportements sociaux adéquats, moins explosifs.

- Pouvoir être assis jusqu'à la fin du groupe sans aller à tout moment au WC ou consommer du café et des biscuits sans limite ou s'isoler, a été également une rude épreuve pour tous: ils ont tous, dès le début de ce groupe, présenté des problèmes d'agitation psychomotrice, de tension interne, les poussant par moment à se lever, à bouger dans tous les sens. Donc, tout un travail de cadrage physique autant que psychique a dû être effectué.
- Une autre règle importante a été le contrat de non agression, ni physique ni verbale (apprentissage de conduites socialement acceptables), pas de passage à l'acte pendant le groupe, l'idée étant de leur apprendre des moyens alternatifs autres que les actes auto et hétéro-agressifs ou les menaces verbales devant des variables inconnues liées à des situations peu claires pour eux. Expliciter devant eux les données de ces situations en les formalisant s'est avéré très utile. C'est ainsi que peu à peu par le biais de la parole, du «dire» sont évacuées les tensions internes, les doutes, les confusions aussi, les craintes et les peurs, toutes émotions et sentiments à la base de susceptible violence, l'hypothèse étant que leurs troubles de comportement sont la plupart du temps la partie visible de l'iceberg, le symptôme déclaré d'un problème lié surtout à une mauvaise compréhension de certaines situations émotionnelles ou sociales trop difficiles à décoder.
- D'autre part, toujours en rapport avec l'aspect de réhabilitation, une certaine tenue correcte est

exigée, un certain comportement social devant les autres. En effet, ils doivent apprendre ou réapprendre à se regarder en parlant, à s'écouter, à se tenir assis convenablement sur une chaise sans se coucher ou trop remuer. Ils doivent apprendre à attendre leur tour pour parler, ne pas interrompre les autres à tout moment, ne pas leur couper la parole.

- La fin du groupe est marquée par un court résumé où chacun prend une part active pour restituer le contenu du jour. C'est dire que l'on y travaille l'attention, la perception, la mémoire (cognitive).

Mettre en mots les difficultés, les exprimer, trouver des alternatives, réapprendre certains comportements sociaux, contrôler ses affects pendant le groupe, mesurer les mouvements émotionnels après les avoir identifiés, apprendre «le chacun son tour» plutôt que «le chacun pour soi», tels sont nos objectifs. Il s'agit pour chacun d'eux d'expérimenter une situation sociale dans le but d'améliorer leur vie à l'extérieur et à l'intérieur (hôpital), après leur avoir enseigné des manières de faire sociales, des stratégies comportementales alternatives à leurs échecs, des règles de conduites à travers des outils cognitifs, ceci dans le cadre d'un groupe où l'atmosphère de détente, de convivialité autour d'un support, ouvre la voie aux échanges sociaux de plus en plus réciproques. Actuellement, nous centrons davantage notre travail sur les progrès et les réussites des uns et des autres, dans l'idée qu'ils emportent avec eux une image plus positive d'eux mêmes pendant leur week-end.

UNE SITUATION CLINIQUE

Citons l'exemple d'une évolution remarquable dans le groupe: celle de G. Ce cas illustre le double diagnostic de retard mental léger associé à un autisme modéré. Il se présente comme un jeune homme âgé de 43 ans, de taille moyenne au visage agréable. Son niveau verbal est bon: il s'exprime de façon aisée et nuancée, ses difficultés se situant surtout au niveau de la communication et du partage de son expérience propre avec celle de l'autre. Ses difficultés relationnelles et sociales sont aussi un domaine que nous travaillons ensemble. Ce patient bénéficie de prises en charge individuelles et groupales.

G. a commencé le groupe en avril 97 avec beaucoup de réticence liée surtout à la peur d'être hospitalisé (ce qu'il a été dans le passé à 2 reprises). Pour lui, en effet, venir au groupe est chaque fois synonyme de crainte d'être réhospitalisé. C'est ainsi qu'il s'adresse de façon répétitive aux animateurs en leur posant la question fatidique: «est-ce que vous allez m'hospitaliser?», leitmotiv pour lui et sujet de plaisanterie pour les autres, ce qui a l'avantage de produire une grande détente dans le groupe.

Cette peur de l'hospitalisation une fois exprimée et ainsi dépassée, G. a pu au long des différents groupes aller au delà de son mutisme lié à sa colère d'être là, et commencer à prendre sa place dans le groupe. C'est lui par exemple qui va chercher le café dès 14h00, véritable horloge du groupe, nous indiquant le début et la fin avec au départ beaucoup de difficulté à ne pas partir physiquement au milieu d'une conversation, pointant l'index sur sa montre dès 14h45 en nous disant: «c'est l'heure». Il a fallu plusieurs semaines pour que G. réalise cet aspect de non dangerosité du groupe de façon très concrète, puisque chaque fois il fait l'expérience d'une sortie de l'hôpital.

C'est ainsi que sa confiance devient grandissante, lui permettant de s'impliquer de manière beaucoup plus personnelle, active et détendue. C'est dire qu'il a passé très progressivement d'un état de tension avec des gestes menaçants envers les pairs et les animateurs, des mots grossiers, des exclamations de colère et de refus ainsi que mutisme, le regard fixé au sol, une thymie labile, à un comportement beaucoup plus stable dernièrement: c'est comme si G. avait compris nos attentes et pour nous faire plaisir, s'était mis en tête de les réaliser. Il commence à nous parler de lui, de ses colères envers un moniteur, de son chagrin d'avoir perdu ses parents, ce qui occasionne souvent des pleurs, de ses souhaits de ne jamais partir en vacances (car il aime trop Genève et son départ risquerait selon lui de faire disparaître sa ville), cette dernière interprétation émanant de sa psychologue qui le suit depuis des années en individuel. Ce suivi lui a d'ailleurs permis d'apprendre à mettre en forme et à élaborer certains contenus qu'il nous livre et ensuite de les travailler de façon plus suivie. G. a pu, par ailleurs, travailler certains éléments de son programme de jour dans le groupe: il est passé très progressivement, et ceci avec des hauts et des bas et des retours en arrière

fréquents, d'une revendication de liberté totale dans sa journée avec le désir de zoner en ville «et rien d'autre», à une acceptation d'un programme plus strict et d'activités structurées. Se sentant entendu et compris et surtout reconnu dans ses revendications, il a peu à peu réalisé la valeur du partage des idées et des sentiments, donc de l'échange réciproque. C'est ainsi que nous avons eu la chance de pouvoir enfin capter son regard qu'il parvient actuellement à soutenir. Il reste malgré tout toujours aussi contrarié et triste d'être parmi nous au lieu d'être en ville, par exemple, mais sans que les menaces physiques ou verbales ne surgissent aussi fréquemment que par le passé. G. a appris ainsi, à travers cette expérience groupale, à exprimer des émotions fortes par des mots venant de lui; il sait maintenant mieux tenir compte de l'autre dans ses échanges, regarder, écouter, attendre son tour pour parler, rester assis sans se lever à tout moment, et il ose critiquer, se positionner sur certains sujets chargés affectivement, sans crainte de la réaction des autres. Il a appris surtout à inhiber certains comportements négatifs au profit de comportements plus positifs. Il a découvert un nouveau plaisir: celui d'être avec les autres et de partager ses expériences. Il parvient maintenant très progressivement à évoquer des faits positifs le concernant, à découvrir donc une nouvelle et très positive image de lui-même.

Précisons que G. va mieux de façon générale, aussi dans sa vie de tous les jours: son adaptation dans son Institution est meilleure, il y a absence de passage à l'acte et forte réduction des menaces verbales. Sa présence à l'atelier est aussi beaucoup plus régulière, G. tenant mieux compte des règles imposées sur le plan comportemental et social.

ÉVALUATION SUBJECTIVE

L'espace de paroles constitué par le groupe s'est révélé particulièrement efficace selon des résultats qualitatifs et quantitatifs qui ont permis de les mesurer. Ce groupe très investi dès le départ, leur a permis une meilleure structuration au niveau des repères spatio-temporels liés à ce cadre. Ce n'est que très progressivement que le contenu lié au groupe s'est révélé plus attractif que l'aspect purement concret du café et des biscuits offerts. Peu à peu, l'acte très cérémonial de manger et de boire est devenu secondaire, au profit d'échanges

sociaux relationnels de plus en plus réciproques (ex. servir l'autre, se passer le plateau de biscuits, penser à ne pas priver l'autre, etc...). On vient maintenant davantage pour se parler, échanger, faire de la conversation sociale et le plaisir de l'échange a peu à peu pris le pas sur le plaisir oral.

ÉVALUATION OBJECTIVE

Les exigences actuelles de gestion des soins nous rendent attentifs au besoin d'objectiver l'évolution des résultats des personnes bénéficiant d'une prise en soins. C'est ainsi que nous avons choisi d'utiliser 2 échelles d'évaluation clinique, pour pouvoir quantifier, de façon plus précise et moins intuitive, les comportements et les progrès réalisés.

«The Aberrant Behaviour Checklist» (ABC - Auteurs: Aman M.G. Singh N.N., Stewart A.W. et Field C.J., 1985)

Échelle traduite et adaptée par les auteurs (1994).

Description

Échelle d'évaluation, développée par les auteurs, décrivant de manière sensible les effets des traitements médicamenteux (et autres formes de traitements) sur les problèmes de comportement présentés par une population souffrant de retards sévères et profonds dans le développement.

Contenu

Cette échelle est composée de 58 items étalonnés et standardisés qui peuvent être catégorisés en 5 facteurs:

- 1) Irritabilité, agitation, pleurs (15 items);
- 2) Léthargie, retrait social (16 items);
- 3) Comportement stéréotypé (7 items);
- 4) Hyperactivité, désobéissance (16 items);
- 5) Langage ou parole inappropriée (4 items).

Les items sont cotés selon une échelle de 4 points, de 0 à 3, selon le degré de sévérité.

Cette échelle peut être complétée par l'équipe soignante de manière périodique (après une observation d'une semaine de chaque individu).

Caractéristiques scientifiques de l'échelle ABC :

- Validité : bonne corrélation entre les scores tests - retest des différents évaluateurs;
- Fidélité : bon degré de consistance interne parmi les items de l'échelle;
- Sensibilité : bonne sensibilité des réponses à tout changement de traitement. Ce caractère est important, spécialement dans une telle population (retard mental) si sensible à tout changement, soit médicamenteux, soit une autre forme de traitement.

Intérêt de cette échelle

Permet de mesurer les changements cliniques de comportement, leur évolution, suite à toute forme de traitement (non seulement médicamenteux) et ce de manière très fine et régulière. Il est ainsi possible d'avoir une idée plus précise sur leur fréquence, leur intensité et leur répercussion sur le fonctionnement ou le développement d'un individu.

Cette échelle se réfère spécifiquement aux troubles du comportement présentés par notre population. Initialement utilisée pour mesurer les effets d'un traitement médicamenteux, il nous a paru intéressant d'élargir cette échelle à notre étude, pour identifier et mesurer l'évolution des comportements dans le groupe. Elle se situe enfin dans la continuité et en référence avec la psychopathologie infantile et les recherches dans les domaines du retard mental.

«The mental retardation depression scale» (MRDS - Auteur: Meins W. 1996, «A new depression scale designed for use with adults with mental retardation»

Échelle traduite et adaptée par les D^{rs} G. Galli Carminati et M. Orihuela-Flores (1998).

La nouvelle échelle mesurant la dépression est issue de l'échelle élargie CPRS (The Comprehensive Psychopathological Rating Scale) (Asberg M. *et al.*, 1978), mais la nouvelle échelle MRDS (Mental Retardation Depression Scale) est plus spécifiquement adaptée aux adultes souffrant de retard mental quelque soit leur niveau de retard.

Elle se compose de 9 items, cotés de 0 à 3, selon le degré de gravité :

- Tension interne;
- Incapacité à ressentir les émotions;
- Lassitude;
- Sommeil réduit;
- Tristesse apparente;
- Hostilité;
- Repli;
- Agitation;
- Tension musculaire.

Elle permet de distinguer les cas atteints de dépression des sujets non atteints. Cette nouvelle échelle répond particulièrement bien aux caractéristiques de cette population, notamment en ce qui concerne les difficultés au niveau des aptitudes de communication; de même, les désordres dépressifs sont caractérisés ici par une symptomatologie atypique, susceptible d'être prise en compte par cette échelle.

Des qualités scientifiques lui ont été reconnues par ailleurs, tant en ce qui concerne :

- L'homogénéité : les différents items proposés mesurant tous la même qualité, c'est-à-dire le facteur dépression;
- La fidélité (reliability) : stabilité du résultat au cours de mesures répétées. Lorsque 2 observateurs effectuent indépendamment mais dans les mêmes conditions leurs observations, on a pu noter une

correspondance au niveau de leurs appréciations («inter-rater reliability»). En outre, on constate un haut degré de consistance interne parmi les items de l'échelle;

- La validité, puisque cette échelle représente bien une bonne mesure de la dépression chez ces personnes. Par ailleurs, on assiste à une bonne corrélation entre les scores de l'échelle et les évaluations des cliniciens. D'autre part, les items choisis dans la nouvelle version MRDS sont bien corrélés entre eux et avec le score total MRDS; le facteur dépression peut y être mesuré de façon évidente.

Objectifs de l'échelle

Objectiver, systématiser le statut psychopathologique d'une personne adulte souffrant de retard mental, en vue d'étudier les différents traitements.

Conclusion et intérêt de cette échelle

L'échelle MRDS permet de distinguer chez des adultes souffrant de retard mental avec dépression majeure, ceux qui présentent d'autres désordres dépressifs de ceux qui n'en présentent pas. L'intérêt de cette échelle a été de montrer que les désordres dépressifs chez des adultes souffrant de retard mental sévère sont en partie caractérisés par une symptomatologie non spécifique telle que: agressivité ou automutilation, encore plus importante en fonction du degré de sévérité du retard mental. Cette échelle tient compte, en outre, de la spécificité d'une population présentant un retard sévère à profond. Elle s'adapte donc bien à leur difficultés au niveau des aptitudes de communication et aux symptômes atypiques présentés dans les désordres dépressifs.

C'est la raison pour laquelle nous avons opté pour cette seconde échelle, ayant observé des états dépressifs latents ou installés, pouvant être à la base de troubles importants du comportement chez nos patients.

La passation de ces échelles d'évaluation fait partie de la pratique clinique actuelle. Les patients ont été informés et d'accord de s'y soumettre. Trois passations ont été faites pour chacun des participants de 1997 à 1999 (cf. : tableaux 1 et 2). Pour pratiquement tous les

Tableau 1**Amélioration relative des scores ABC et MRDS pour chaque patient**

Patient		1997	1998	1999	Amélioration (%) 1998	Amélioration (%) 1999
A	Irritabilité	41	17	30	58,54	20,26
	Léthargie	19	14	14	26,32	26,3
	Comportement stéréotypé	11	10	6	9,09	40,5
	Hyperactivité	40	10	13	75,00	60,7
	Langage inapproprié	8	6	1	25,00	87,5
	Dépression	23	8	17	65,22	20,6
B	Irritabilité	26	14	10	46,15	60,1
	Léthargie	39	17	11	56,41	70,1
	Comportement stéréotypé	5	4	1	20,00	80,0
	Hyperactivité	24	11	5	54,17	70,9
	Langage inapproprié	6	2	2	66,67	66,7
	Dépression	23	8	10	65,22	50,6
C	Irritabilité	30	13	16	56,67	40,6
	Léthargie	36	10	7	72,22	80,0
	Comportement stéréotypé	2	0	0	100,00	100,0
	Hyperactivité	33	11	11	66,67	66,7
	Langage inapproprié	9	4	8	55,56	10,1
	Dépression	26	11	12	57,69	50,3
D	Irritabilité	11	6	2	45,45	80,1
	Léthargie	41	34	22	17,07	40,6
	Comportement stéréotypé	9	9	8	0	10,1
	Hyperactivité	26	13	8	50,00	60,9
	Langage inapproprié	9	4	4	55,56	55,6
	Dépression	26	11	8	57,69	60,9
E	Irritabilité	28	23	13	17,86	50,3
	Léthargie	39	30	10	23,08	70,4
	Comportement stéréotypé	7	5	6	28,57	10,4
	Hyperactivité	24	16	11	33,33	50,4
	Langage inapproprié	7	4	2	42,86	70,1
	Dépression	30	8	11	73,33	60,6

Tableau 2

Amélioration relative des scores ABC et MRDS sur l'ensemble des patients (n = 5) - 1998 et 1999

1998	Médiane (%)	Minimum (%)	Maximum (%)
Irritabilité	46,2	17,9	58,5
Léthargie	26,3	17,1	72,2
Comportement stéréotypé	20,0	00	100,0
Hyperactivité	54,2	33,3	75,0
Langage inapproprié	55,6	25,0	66,7
Dépression	65,2	57,7	73,3

1999	Médiane (%)	Minimum (%)	Maximum (%)
Irritabilité	50,3	20,6	80,0
Léthargie	40,6	26,3	80,0
Comportement stéréotypé	40,5	10,1	100,0
Hyperactivité	60,9	50,4	70,9
Langage inapproprié	55,6	10,1	87,5
Dépression	50,3	20,6	60,9

patients, une évolution notable dans les échanges sociaux, notamment la communication verbale et non verbale, le respect des règles de la conversation, «du chacun son tour», a été mise en évidence, de même qu'une diminution des attitudes égocentriques, du repli sur soi ou des comportements de fuites. Ce support leur a permis de trouver des rôles sociaux spécifiques: tel patient va chercher le café à la cuisine au début du groupe, cette action très investie par lui rythmant le point de départ du groupe. Un autre patient s'improvise serveur de café pour tous; il y a aussi cette jeune femme qui distribue l'eau minérale et cet homme qui se positionne très tôt en horloge du groupe. Il faut noter

l'aspect très cérémonial, proche d'un rituel, que prennent ces différents rôles, que chacun se plaît à respecter de façon très régulière et très sérieuse. Ce groupe leur a permis aussi de mieux mettre à profit ou d'utiliser leurs perceptions (voir, écouter, sentir, être à l'écoute de ce qu'ils éprouvent, le reconnaître, l'identifier). Une meilleure incidence donc sur les mouvements émotionnels des uns et des autres dans le sens d'une plus grande identification des émotions ressenties. On assiste aussi à une meilleure compréhension des attentes des uns et des autres par un travail de clarification au niveau des contenus. Les patients peuvent dire maintenant qu'ils ne comprennent

pas et savent mieux demander de l'aide, où chercher des informations et des réponses adaptées. On a pu mettre ainsi en évidence une meilleure stratégie sociale, pouvant éventuellement désamorcer des conflits ou des problèmes de violence future.

Une diminution notable des comportements inadéquats (fuite, rejet du cadre, colère retournée contre soi ou les autres) a pu être établie, avec persistance d'une thymie plutôt labile (tristesse, dépression, colère, euphorie passagère) chez la plupart d'entre eux (cf. : tableau 2).

Les résultats en 1999 montrent une plus grande incidence chez la plupart d'entre eux du facteur «dépression» (cf. : tableau 1) peut-être liée à une amélioration notable au niveau de «l'insight»: les patients peuvent dire maintenant qu'ils sont tristes, seuls et ces différents sentiments peuvent être reconnus et ressentis. Cette compétence acquise semble leur donner accès, en effet, à une meilleure prise de conscience de leur réalité psychique, de leur ressenti au niveau des émotions, d'où parfois des mouvements mélancoliques et des tendances plus marquées à des états dépressifs. Mais c'est dans la mesure où ces mouvements mélancoliques ont pu être identifiés et exprimés et surtout mis en lien avec des éléments de leur réalité que nous avons pu éviter des passages à l'acte, sous forme d'auto et/ou d'hétéro-agressivité. De même, l'amélioration au niveau des capacités langagière et de communication favorisent de meilleurs rapports sociaux dans le groupe. Nous pouvons dire que nous n'avons pas réussi encore à les rendre plus heureux dans la vie, mais que nous avons réussi tout de même à faire de ce moment de groupe un moment heureux. Outre la réduction des symptômes, favorisée par la mise en place de ce groupe parmi d'autres, on a pu noter une forte réduction du temps d'hospitalisation pour la plupart d'entre eux, conduisant à une réintégration plus rapide au lieu de vie et de travail. De même, les hospitalisations ont été moins fréquentes, de par l'aspect de prévention aux rechutes offert par les différents groupes spécifiques mis en place à l'Hôpital de Jour.

CONCLUSION

Sur le plan clinique, il faut surtout noter que nos patients ont pu évoluer dans certains domaines traités

dans ce groupe, comme par exemple la gestion des affects, une diminution notable de l'anxiété face aux changements et à l'anticipation du week-end, une amélioration importante de la communication verbale et non verbale, avec un impact certain sur les relations sociales entre les pairs; nous avons pu également assister à une amélioration importante de l'hygiène et de la maîtrise des comportements. Face à toutes ces améliorations, une augmentation importante de l'autonomie dans la vie quotidienne a pu être établie pour pratiquement tous les patients de ce groupe, favorisant ainsi leur intégration dans leur lieu de vie.

Ce travail nous a permis d'analyser puis d'évaluer les effets du groupe sur une population avec retard mental et troubles psychiatriques fréquentant l'Hôpital de Jour, grâce à des observations cliniques recueillies régulièrement, à travers le questionnaire «The Aberrant Behaviour Checklist».

Il nous a paru intéressant de nous référer à cet outil car il a été le point de départ d'une recherche ultérieure concernant l'évaluation des activités en Hôpital de Jour, toujours en raison des exigences actuelles de gestion des soins, soucieuses d'objectiver l'évolution des patients bénéficiant d'une telle structure. Un élément commun à notre population, toutes pathologies psychiatriques confondues, est la présence de troubles graves du comportement, très souvent à l'origine d'hospitalisations.

Il nous paraît essentiel d'éviter, dans la mesure du possible, des hospitalisations qui peuvent faire perdre aux patients des points de repère si difficilement acquis.

La prise en soins en Hôpital de Jour, de par ses aspects de contenance et de régularité, semble donc être un outil de prévention efficace. En effet, les interventions dans ce cadre réduisent les problèmes de comportement chez nos patients et ainsi le risque d'hospitalisation.

L'outil d'évaluation choisi, «The Aberrant Behaviour Checklist», semble bien se référer spécifiquement aux troubles du comportement présentés par cette population. Nous nous proposons de mesurer l'évolution des patients à travers cet outil qui prend en compte, de manière spécifique, la présence et la

gravité des troubles du comportement. Ce type d'outil, normalement utilisé pour tester l'efficacité des traitements médicamenteux, permettra ici, en outre, d'identifier et de mesurer «la crise», caractérisée par la présence de troubles du comportement de degré de sévérité divers. Des informations précises et régulières par rapport à l'état de crise des patients pourront être ainsi obtenues, ce qui permettra leur systématisation, de même que leur quantification, au profit d'une

approche plus rationnelle de prise en soins et une meilleure transmission interdisciplinaire de l'appréciation clinique du patient.

Cette étude devrait nous permettre de contrôler donc l'effet des traitements (individuels et de groupes) en Hôpital de Jour sur les comportements de crise et de réajuster si nécessaire les programmes des patients.

A PILOT STUDY ON THE EVOLUTION OF A VERBAL GROUP OF EIGHT PATIENTS IN A DAY CARE HOSPITAL

The study describe a pilot experience of a verbal activity with a group of 5 men and 3 women severely and moderately retarded presenting severe behaviour problems. These persons also present difficulties in verbal and non verbal communication skills and skills in daily living as well as the management of emotions. A structured verbal activity was conceptualized around a ligh meal in which the participants discussed the various activities of the coming weekend and their desire to modify certain things in the working place on the residential setting. The Aberrant Behaviour Checklist (Aman, Singh, Stewart and Field, 1988) was translated and utilized to measure the modification of behaviours and the Mental Retardation Depression Scale (Meins, 1996) to established the psychopathological status of persons with mental retardation. The results shows significant changes in affects management, a lower level of anxiety and improved verbal and interpersonal skills. The instruments (ABC) offers potential in monitoring interventions and effecting changes in current programs.

BIBLIOGRAPHIE

- AMAN, M.-G., SINGH, N. N., STEWART, A.-W., FIELD, C.-J. (1985) The Aberrant Behaviour Checklist: A Behaviour Rating Scale for the Assessment of Treatment Effects. University of Auckland - *In* : *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 485-491.
- AMAN, M.-G., SINGH, N. N., STEWART, A.-W., FIELD, C.-J. (1985) Psychometric Characteristics of the Aberrant Behaviour Checklist. University of Auckland. *In* : *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 492-502.
- ANZIEU, D., MARTIN, J.-Y. (1968) *La dynamique des groupes restreints*, Paris: PUF.
- ANZIEU, D. (1981) *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*, Paris: Dunod.
- BARTHELEMY, C., ADRIEN, J.L., TANGUAY, P., GARREAU, B., FERMANIAN, J., ROUX, S., SAUVAGE, D., LELORD, G. (1990) The Behavioral Summarized Evaluation: Validity and Reliability of a Scale for the Assessment of Autistic Behaviors - *In* : *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, (2).
- BION, W.-R. (1969) *Recherche sur les petits groupes*, Paris: PUF.
- CHANOIT, P.-F. (1995) *La psychothérapie institutionnelle*, Paris: PUF.
- FOULKES, S.-A. (1970) *Psychothérapie et analyse de groupe*, Paris: Payot.

- GALLI CARMINATI, G. (1998) Le groupe sans mots ou presque. *Psychothérapie*, 18(3), 159-169.
- IONESCU, S. (1987) *L'intervention en déficience mentale*, Paris: Mardaga.
- KAËS, R. (1993) *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris: Dunod.
- KAËS, R. (1994) *La parole et le lien. Processus associatifs dans les groupes*, Paris: Dunod.
- MOSS, S., PROSSER, H., IBBOTSON, B., GOLDBERG, D. (1996) Respondent and informant accounts of psychiatric symptoms in a sample of patients with learning disability. In : *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, Part 5, 457-465.
- NERI, C. (1995) *Le groupe Manuel de Psychanalyse de groupe*, Paris: Dunod.
- PEETERS, T. (1996) *De la compréhension à l'intervention*, Paris: Dunod.
- SCHOPLER, E., MESIBOV, G. (1986) *Social Behavior in Autism*, New York: Plenum Press.
- WING, L. (1981) Language, Social, and Cognitive Impairments in Autism and Severe Mental Retardation - In : *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11(1).