

Défis actuels pour les diagnostics psychiatriques chez les personnes souffrant de retard mental.

Steve MOSS⁽¹⁾

RÉSUMÉ La santé mentale des personnes souffrant de troubles intellectuels est un sujet dont l'importance s'est accrue au cours des 15 dernières années. Il existe maintenant une prise de conscience grandissante du besoin de répondre au plus près des problèmes mentaux de cette population. Cependant, il existe toujours des problèmes majeurs de reconnaissance, de diagnostic et de traitement des troubles de la santé mentale chez les personnes souffrant de troubles intellectuels, nombre d'entre eux ne pouvant pas rendre clairement compte de leurs expériences subjectives.

Cet article traite de certains des principaux problèmes rencontrés lors du développement de méthodes de diagnostic. Cela inclus : (a) les relations entre problèmes comportementaux et désordres psychiatriques, (b) la validité des systèmes de classification psychiatrique, (c) les problèmes d'entretiens cliniques. Globalement, il est clair qu'il est nécessaire, non seulement pour améliorer les méthodes d'évaluation

psychiatriques, mais également pour faire progresser les objectifs des services psychiatriques de s'assurer que les personnes souffrant de problèmes psychiatriques soient identifiées et soumises à une évaluation psychiatrique appropriée.

MOTS CLÉS Retard mental, Psychiatrie, Diagnostic.

INTRODUCTION Au cours des 15 dernières années, de nombreuses études ont développé nos connaissances concernant les troubles mentaux chez les personnes souffrant de retard mental (RM). Pourtant, un nombre important de problèmes persistent concernant la validité des diagnostics utilisés avec cette population. Des questions se présentent concernant (a) la validité des systèmes de classification psychiatriques tirés de la population générale pour les personnes souffrant de RM, (b) la validité du diagnostic d'un patient ayant des capacités insuffisantes

⁽¹⁾ Institute of Psychiatry, King College, Denmark Hill, London SE 5 8 AF UK.



pour être interviewé, (c) les facteurs sociaux devant être pris en compte lors de l'évaluation des besoins complexes en santé mentale de cette population. La reconnaissance des cas est également une étape décisive de l'ensemble du processus d'évaluation. Les cas n'étant ni détectés ni envoyés en consultation, ne peuvent être évalués ni traités. Actuellement, des signes laissent entendre qu'un grand nombre de désordres mentaux chez les personnes souffrant de retard mental ne sont jamais détectés.

DÉFINIR LES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE Un problème fondamental dans chaque discours portant sur la santé mentale des

personnes présentant un RM, est de proposer une définition des termes "santé mentale" et "maladie mentale". Ceci présente des difficultés particulières dans les relations avec les personnes présentant des problèmes de comportement à type de provocation. Le traitement et la gestion de ces problèmes du comportement est un souci fondamental pour le personnel des services de santé travaillant avec des patients souffrant de RM, ceci étant l'une des raisons les plus communes de s'adresser à un psychiatre (Day, 1985 ; Jacobson, 1998). Une recherche récente effectuée en Grande Bretagne suggère que des problèmes comportementaux sont présents chez 10 à 15% des usagers des services de soins pédagogiques, de santé ou sociaux souffrant de RM (Emerson et al, 1997). La question est de savoir si les

problèmes de comportement doivent s'inscrire parmi les troubles mentaux ou si dans certains cas ils peuvent être indépendants des questions de santé mentale de l'individu.

COMPORTEMENTS DÉVIANTS Emerson (1995) définit un tel problème

comportementale comme "un comportement culturellement anormal par son intensité, sa fréquence et sa durée, la sécurité physique de la personne et des autres étant en péril ; ou un comportement nécessitant une considérable limitation de l'utilisation des services publics ou un refus d'accès". Fondamentalement, les problèmes de comportements sont des comportements transgressant les règles sociales. Un comportement se fonde sur les interactions complexes entre ce qu'une personne fait, le cadre dans lequel elle le fait et la façon dont son comportement est interprété et le sens qu'elle lui donne. Ainsi, les problèmes de comportement doivent être classifiés de manière large selon leur manifestation et les processus psycho-biologiques les sous-tendant.

TROUBLES PSYCHIATRIQUES Ce que l'on doit considérer et définir comme

"trouble psychiatrique" reste une question sans réponse claire. Le Oxford Text Book of Psychiatry (Gelder et al, 1994) ne définit pas précisément le terme mais son étendue peut être indiquée par la série de signes et de symptômes qui y sont inclus :



- Troubles de perception, (hallucinations primaires).
- Troubles du raisonnement (trouble de la pensée, illusions, obsessions et compulsions).
- Troubles des émotions, (anxiété, dépression, exaltation, colère, apathie).
- Troubles de l'image du corps.
- Troubles de la mémoire.
- Troubles de la conscience (stupeur, confusion).
- Troubles de l'attention et de la concentration.

Les combinaisons de ces différents symptômes représentent la majorité des troubles que nous considérons comme des troubles de la santé mentale dans la population générale - dépression, anxiété, schizophrénie, etc. Toutefois, la structure psychiatrique classique n'est pas adaptée pour décrire et catégoriser les problèmes de comportement chez les personnes souffrant de RM (Emerson, Moss & Kiernan, 1999). Par exemple, il semblerait au premier abord que les troubles du comportement à type d'agressivité puissent rejoindre le critère du trouble de conduite, l'un des quatre principaux points du DSM-IV étant l'agression sur personnes ou animaux. Pourtant, les mots utilisés dans ces critères de diagnostic indiquent la présence d'intentions malveillantes qui ne sont probablement pas présentes dans la plupart des troubles de comportement chez les personnes présentant un RM - p.ex. intimidation, initiation des luttes physiques, cruauté physique.

RAPPORTS POSSIBLES ENTRE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET TROUBLES DU COMPORTEMENT Bien que les concepts de troubles du comportement et de troubles psychiatriques soient assez différents, cela n'exclue pas la possibilité que, chez un individu donné, il puisse exister des liens entre les deux (Holland, 1991). Emerson, Moss & Kiernan (1999) ont proposé trois mécanismes possibles selon lesquels troubles du comportement et états psychiatriques peuvent être liés :

- 1/ Certaines formes de comportement auto-agressif peuvent constituer une présentation atypique de trouble obsessionnel-compulsif chez des personnes souffrant de RM sévère (King, 1993). Le support de cette hypothèse est double. Tout d'abord, il existe d'évidentes similarités topographiques entre le trouble obsessionnel-compulsif et les comportements auto-agressifs, les comportements déviants dans ces deux cas étant répétitifs, stéréotypés, ritualisés et apparemment décalés par rapport aux exigences situationnelles ; ces comportements étant par ailleurs très résistants aux changements (Kiernan et al., 1997). En second lieu, il paraît évident que les antagonistes sérotoninergiques ainsi que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (p.ex. fluoxétine, clomipramine) peuvent réduire les formes de trouble obsessionnel-compulsif chez les personnes souffrant de RM sévère (p.ex. Bodfish et al 1996; Davanzo et al, 1998).



- 2/ Les comportements déviants peuvent survenir en tant que conséquence d'une problématique dépressive. Le lien éventuel repose sur la notion que de nombreuses personnes souffrant de RM n'ont pas accès à des capacités intellectuelles et linguistiques suffisantes pour exprimer des sentiments classiquement rattachés à la dépression (culpabilité, perte d'espoir dans l'avenir ou désir de passage à l'acte suicidaire). De la frustration consécutive à cette impossibilité d'élaboration et d'expression de ces sentiments peuvent survenir de tels comportements. Meins (1995) puis Marston, Perry et Roy (1997) ont montré que chez les personnes présentant les formes les plus sévères de RM, la sévérité des comportements problématiques préexistants était majorée en présence de dépression, telle que le DSM III-R la définit. De la même manière, Reiss et Rojahn (1993) ont trouvé des niveaux de dépression quatre fois plus élevés chez les sujets agressifs que chez les non-agressifs.
- 3/ L'existence de troubles psychiatriques peut motiver l'expression de comportements déviants, qui seront pérennisés par conditionnement opérant (Emerson, 1995). Par exemple, la dépression peut être associée avec un refus de participation aux activités éducatives ou sociales, constituant ainsi des renforcements négatifs (c'est-à-dire dont les conséquences sont des renforçateurs). Si la personne a préalablement appris que des comportements provocateurs pouvaient mettre fin à de tels événements adverses, on doit supposer qu'un épisode dépressif sera associé à une augmentation de tels comportements. Notons par ailleurs, que, à l'inverse de ce qui a été exposé au paragraphe précédent, la dépression n'est pas vue ici comme déclenchant des comportements déviants (c'est-à-dire qu'elle ne constitue pas une condition suffisante à l'expression de tels comportements). Le déclenchement des comportements-problème semble plutôt être déterminé par la combinaison : d'une influence motivationnelle de la dépression, créant des renforçateurs négatifs et de la préexistence de ces comportements dans un répertoire individuel, ayant préalablement été utilisés dans une situation de fuite. L'importance de cette distinction est que ce dernier modèle suggère deux approches complémentaires d'intervention : (a) changer les conditions motivationnelles (p.ex. en traitant les problèmes médicaux sous-jacents (Peine et al., 1995)) ; et (b) en changeant la fonction de ces comportements pour le sujet (p.ex. en proposant un mode différent de fuite par rapport aux injonctions, plus adéquat et plus social. (Carr et al., 1994)).



**PRÉVALENCE DE
TROUBLES PSY-
CHIATRIQUES CHEZ
LES PERSONNES
PRÉSENTANT UN
COMPORTEMENT
DÉVIANT**

Plusieurs études ont exploré l'importance de l'association entre comportement déviant et troubles psychiatriques. Récemment, Moss et al. (2000) ont investigué

la prévalence de symptômes psychiatriques dans un échantillon de 234 personnes mentalement retardées présentant des comportements problématiques de forme moyenne ou sévère et 86 personnes ne présentant aucun problème de comportement. Les sujets souffrant de la forme la plus sévère de comportements déviants présentaient une prévalence de troubles psychiatriques deux fois plus élevée que le groupe sans problème comportemental. La prévalence de dépression d'hypomanie semblait par ailleurs augmenter avec la sévérité du trouble comportemental. La prévalence de dépression était quatre fois plus élevée et l'hypomanie trois fois plus élevée dans le groupe "comportement déviant sévère" que chez les personnes sans problématique comportementale.

Malgré cette importante association, on doit noter que la majorité des personnes présentant un comportement problématique n'ont pas de problème psychiatrique surajouté.

**L'ACCÈS AUX
SOINS EN SANTÉ
MENTALE**

Le problème de l'identification des problèmes psychiques en société ne se rapporte pas uniquement aux

personnes souffrant de RM, mais est inhérent à la nature des troubles mentaux. La plupart d'entre nous avons eu l'expérience de "choses qui nous dépassent", mais dans la plupart des cas, nous parvenons à en venir à bout avec l'aide d'un certain support. Falloon & Fadden (1993) ont estimé l'influence de ce support à 90-95 % des résolutions de problème dans une population psychiatrique. Cela met en valeur l'importance de la reconnaissance des conditions d'accueil en psychiatrie, devant assurer un lien interactif avec le contexte de vie originel de la personne. Certaines situations sociales sont plus à même de contenir ou de faire face à des symptômes psychiatriques que d'autres situations sociales pouvant produire ou exacerber ceux-ci.

Pour la plupart des personnes vivant en société, les premiers symptômes sont repérés par la famille, les amis ou les collègues, ces personnes s'adressant généralement elles-mêmes à leur médecin traitant. Les prodromes d'une maladie mentale s'observent souvent lorsque la personne n'est plus à même d'exercer correctement son travail, ou ne peut plus assurer les fonctions et rôles qu'elle avait l'habitude de réaliser avec succès (p.ex. rôles parental, conjugal, d'employé...). Au Royaume-Uni, le médecin omnipraticien est généralement celui qui déclare (a) la présence d'une maladie mentale, et (b) si la personne doit être traitée par ce médecin lui-même ou s'il faut la renvoyer vers un psychiatre (Goldberg & Huxley, 1980).

En comparaison avec ce processus, peu de personnes souffrant de RM



ont des rôles sociaux importants. Exceptées celles présentant des formes moyennes de RM, la plupart ne sont pas mariées et n'ont pas d'enfant, leur rôle de travailleur étant généralement peu recherché. En conséquence, d'importantes manifestations dépressives ou anxieuses n'engendreront pas de manifestations extérieures socialement gênantes, malgré la souffrance de l'individu. Ces personnes ne reconnaissent pas ces symptômes et ne les rapportent généralement pas. La décision de consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé mentale n'est en conséquence pas prise par ces personnes elles-mêmes (Fletcher, 1993 ; Nezu & Nezu, 1994). La recherche d'aide et de traitement pour un tel problème psychiatrique dépend donc d'un tiers capable tout d'abord de reconnaître les symptômes d'un tel trouble et dans un deuxième temps d'en comprendre la signification et de prendre les mesures appropriées. S'il existe une comorbidité symptomatique, telle que la présence de comportements déviants, la reconnaissance de la maladie est probable. En l'absence de tels symptômes, il est au contraire fort probable que les troubles psychiques passent inaperçus, n'étant pas identifiés. Des études ont confirmé cette hypothèse, relevant de nombreux cas de problématiques anxio-dépressives non-reconnues et non-traitées (Patel, Goldberg & Moss, 1993 ; Reiss, 1990).

LE DIAGNOSTIC DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE Un grand nombre de recherches cliniques ont mis en valeur que les personnes

présentant un RM présentaient les mêmes conditions de santé mentale que la population générale (Eaton & Menolascino, 1982) ; Reiss, 1982 ; Sovner & Hurley, 1983). Cependant, la présence de limitations linguistiques et cognitives pose un problème d'évaluation de troubles psychiatriques, la rendant plus difficile qu'en population générale. Il est par ailleurs clair que ces obstacles augmentent avec le niveau de retard, bien que les capacités à participer à un entretien clinique ne puissent entièrement être prédites par le QI (Patel, Goldberg & Moss, 1993).

APPROCHES THÉORIQUES DU DIAGNOSTIC La plupart des études psychiatriques concernant la santé mentale chez les personnes souffrant de RM se sont appuyées sur une approche polydiagnostique (c'est-à-dire sur une variété de patterns symptomatiques à même de fournir les mêmes critères diagnostics). Elles reprenaient généralement une des deux principales classifications : CIM ou DSM. Cependant, en Europe centrale, la tradition psychiatrique favorise l'usage de modèles psychodynamiques, cela ayant été étendu au champ du RM (p.ex. Dosen, 1989).

Mises à part les méthodes psychiatriques, les méthodes



d'évaluation comportementales ont également été étendues à cette population. Il est important de souligner qu'il n'existe pas de frontière rigide entre ces deux approches, les praticiens pouvant utiliser l'une ou l'autre. Cependant, les différences sont significatives, et viennent souligner ce qu'est un problème en santé mentale. En de larges termes, l'évaluation psychiatrique est concernée lorsqu'il s'agit de repérer des patterns de symptômes ainsi que leur développement, et lorsqu'il s'agit d'associer ces patterns avec ceux prévus pour identifier des troubles tels que la dépression, la schizophrénie, etc. Le cœur de ce problème est centré sur l'individu.

Dans une évaluation comportementale, l'objectif se concentre sur les comportements eux-mêmes. Il n'est pas nécessaire de considérer que les comportements soient indicateurs d'une pathologie. En effet, le résultat d'une analyse comportementale peut renvoyer l'origine du problème à une question d'apprentissages erronés, ayant été maintenus par les réponses de l'entourage. En d'autres mots, le cœur du problème n'est pas fixe mais oscille entre l'individu et son écosystème. Pour une discussion sur les perspectives comportementales et psychiatriques, voir Moss (1999).

**CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES** Chez les personnes souffrant de RM, les critères de la CIM et du DSM

ont fréquemment été utilisés lors d'études sur les problèmes de santé

afin d'essayer d'améliorer la validité et la fiabilité des diagnostics. Leur utilisation soulève cependant un certain nombre de questions. Tout d'abord, les utilisateurs de ces systèmes de classification n'y adhèrent pas systématiquement (Sturmey, 1993). Clarke et al. (1994) ont rapporté un certain nombre de problèmes en utilisant les 10 critères de la CIM pour la schizophrénie, et ont soulevé quelques recommandations ayant trait aux codages des diagnostics et à l'utilisation d'une classification multi-axiale. Moss, Prosser & Goldberg (1996) trouvèrent que le seul symptôme clé repérable par sa fréquence dans leur échantillon (personnes ayant accès au langage) était la présence d'hallucinations auditives. Presque aucun des sujets de cet échantillon ne pouvait rapporter le souvenir de troubles ou de retrait de la pensée suffisamment équivoque pour valider l'algorithme SCAN, bien que les psychiatres référents indiquèrent la présence de tels troubles dans une large proportion chez des sujets schizophrènes. Cela suggère que, soit l'entretien en face-à-face n'est pas une solution efficace de repérage de ces symptômes chez les sujets RM ou que ceux-ci sont sur-diagnostiqués par les praticiens.

Malgré tout, il reste clair pour nombre de chercheurs et praticiens que la CIM 10 et le DSM-IV sont inappropriés au dépistage de troubles psychiatriques chez les sujets souffrant de RM. Aujourd'hui, cependant, nos connaissances sont insuffisantes pour développer de nouveaux algorithmes.



**INSTRUMENTS
DIAGNOSTIQUES** Afin de faciliter
un diagnostic le
plus complet

possible, ainsi que des propositions thérapeutiques, l'évaluation de la santé mentale chez les personnes souffrant de RM doit intégrer des données provenant de nombreuses sources différentes (Szymanski, 1988). La plupart de ces connaissances doivent venir de personnes n'étant pas professionnels de la psychopathologie, tels que le personnel de santé de "première ligne" et les membres de famille. En conséquence, une grande attention a été portée au développement d'outils d'évaluations ayant pour but d'accroître les connaissances en santé mentale de manière systématique, connaissances pouvant être utilisées par ces personnes n'ayant pas de formation en santé mentale.

Parmi les instruments à même de détecter un large spectre de troubles, Le Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults (Matson, Kadzin & Senatore, 1984) fut un des premiers à être reconnus. Il fournit un total de huit échelles correspondant aux diagnostics du DSM-IV. L'échelle DASH (Diagnostic Assessment for the Severely Retarded) fournit, tel que son nom l'indique, une liste spécifiquement définie pour les personnes fonctionnant avec les plus faibles habilités. Elle couvre 13 troubles psychiatriques majeurs.

Pour une première évaluation et une identification des symptômes, l'inventaire de Reiss (Reiss, 1987)

a démontré sa grande utilité, particulièrement en Amérique du Nord. Il est constitué de 38 items classés en une échelle à trois points (pas de problème ; problème ; problème majeur). L'échelle inclut non seulement les symptômes psychiatriques, mais également des items concernant l'agressivité et les comportements déviants auto-agressifs, ainsi que des items en rapport avec la dépendance et l'assertivité.

**L'INVENTAIRE
PAS-ADD** Durant 10 ans, le
département anglais
de santé développa

une gamme d'instruments connus ensemble sous le nom de PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities). La nouveauté des PAS-ADD réside dans leur trame conceptuelle, le fait qu'ils s'adressent à des professionnels spécifiques -après un entraînement- et le fait que l'ensemble de ces instruments aient été conçus pour fonctionner en interaction ; en particulier, le Checklist (Moss et al., 1998) et le mini PAS-ADD (Prosser et al., 1998) ont été développés afin de fournir un système de filtre à deux niveaux d'identification pour une évaluation psychiatrique initiale. Ces instruments ont été désignés afin de fournir un grand nombre d'informations de santé accessibles aux professionnels de la santé afin d'assister les psychiatres et les psychologues, responsables des évaluations diagnostiques. Ces trois instruments sont :



- (1) Le PAS-ADD 10: Un entretien clinique semi-structuré destiné aux personnes atteintes de RM ainsi que pour les "interlocuteurs-clés". Il utilise un algorithme informatisé destiné à produire des diagnostics ainsi que des informations diagnostiques selon la CIM 10, et est assisté d'un glossaire clinique.
- (2) L' inventaire PAS-ADD : un inventaire symptomatique psychiatrique utilisable directement avec les professionnels et les familles.
- (3) Le mini PAS-ADD : un inventaire évaluatif pouvant être utilisé par le personnel n'ayant pas de formation en psychopathologie, mais ayant reçu un enseignement pour son usage. Ne se déroulant pas sous la forme d'un entretien, cet inventaire utilise un glossaire de définitions de symptômes aidant au codage. Son utilisation est similaire au PAS-ADD 10.

Pour une discussion plus développée sur les instruments d'évaluation, y compris le PAS-ADD, voir Moss (2000).

ENTRETIENS CLINIQUES AVEC LES SUJETS SOUFFRANT DE RETARD MENTAL En psychiatrie générale, le diagnostic est généralement posé après un entretien entre le praticien et le patient.

Cependant, cette approche ne peut être utilisée pour les sujets souffrant de RM que s'ils ont accès à un langage suffisant, la plupart d'entre eux pouvant

alors participer de manière suffisante à un tel entretien. Il est en effet important pour la meilleure compréhension des sujets d'assurer si possible un entretien clinique (Patel, Goldberg & Moss, 1993). Lindsay et al. (1994) ont mis en valeur que les personnes présentant un RM modéré rapportaient fidèlement leurs sentiments d'anxiété ou de dépression.

Dans une perspective pratique, les règles d'un bon entretien avec une personne souffrant de RM ne diffèrent pas fondamentalement de celles applicables dans la population générale. Il existe cependant deux points importants à garder en tête afin de recueillir l'information la plus fiable possible. Tout d'abord, les personnes présentant un RM sont plus à même d'acquiescer à ce qu'ils croient être recherché par l'examineur (Sigelman et al., 1981). Ensuite, ils présentent une attention relativement limitée. L'entretien clinique avec les personnes RM requiert de l'adresse, une grande sensibilité et une expérience à acquérir. Une discussion allant plus loin dans les techniques d'entretien peut être retrouvée chez Moss et al. (1996a).

L'ENTRETIEN CLINIQUE AVEC LES INFORMATEURS Une importante quantité de facteurs peut déterminer la qualité des réponses de

l'informateur. On peut en effet distinguer : (a) la nature des liens entre l'informateur et le patient, (b) la préexistence d'étiquetage tel que "comportement déviant" pouvant influencer le jugement de l'informateur,



et (c) un diagnostic éclipsant (c'est-à-dire attribuant des symptômes au RM plutôt qu'à la présence d'un trouble psychiatrique coexistant). Evidemment, les patients sont mieux disposés que les informateurs pour rapporter des symptômes relatifs à un ressenti subjectif, tels que des symptômes psychotiques, hallucinations et dépersonnalisation, dont l'impact sur le comportement observé est souvent difficile à appréhender pour les informateurs. Les informateurs peuvent être au courant que la personne entend des voix, mais il est moins probable qu'elles puissent identifier la nature de celles-ci (ce qui peut être crucial d'un point de vue diagnostique). Cependant, les informateurs sont beaucoup plus capables que les sujets de rapporter l'existence de vécu d'anxiété, de perte d'intérêt, de retrait social et d'irritabilité, étant pour ceux-ci des comportements "ouverts" (Moss et al., 1996b). La validité du diagnostic unique par le biais des informateurs dépend également de la condition du patient. Par exemple, Moss et al. (1997) rapportèrent que les algorithmes diagnostiques de la CIM 10 pour la dépression et la schizophrénie étaient plus solides que ceux définissant la panique ou la phobie lorsque ceux-ci sont appliqués à une population dont les capacités langagières sont limitées, cela étant dû à l'importance des symptômes de tension existant dans les troubles anxieux, symptômes que les informateurs ne perçoivent généralement pas.

**ÉVALUATION
GLOBALE DES
BESOINS DE
SANTÉ MENTALE**

Il apparaît clairement que les besoins en santé mentale des personnes souffrant de RM sont très complexes. Pour la même personne, les mêmes comportements peuvent avoir plusieurs significations, à deux temps différents (Gardner et Graeber, 1993). Il est fréquemment difficile pour les cliniciens et autres professionnels de la santé de distinguer les symptômes relatifs aux troubles psychiatriques des comportements attribuables à d'autres causes. Par exemple, lorsqu'un problème survient et que le personnel n'est pas en mesure d'y distinguer l'origine psychiatrique, la situation est attribuée aux comportements déviants du sujet, le personnel perdant par la suite confiance dans les stratégies thérapeutiques mises en place. De la même manière, des complications peuvent survenir lorsque le personnel ne reconnaît pas les prodromes d'une décompensation psychiatrique et persiste à assurer une prise en charge thérapeutique visant à réduire les comportements inadéquats (p.ex. un individu souffrant de trouble bipolaire et qui -typiquement- présente des problèmes de compliance lorsqu'il souffre d'humeur dépressive ; cette personne est alors forcée à aller travailler et à assurer une pleine journée d'activités)(Moss & Lee, 2000).

En réponse à cette reconnaissance de causalité multiple, il existe aujourd'hui une prise de conscience grandissante que les processus évaluatifs doivent être de plus en plus sophistiqués. Cela



implique la nécessité de prendre en compte toutes les variables influençant le comportement individuel (p.ex. biomédicales, psychologiques, interactionnelles, environnementales) (Gardner and Sovner, 1994 ; Griffiths, 1995). Gardner & Griffiths (1997) ont proposé une approche multi-modale d'évaluation et de traitement, dans laquelle un comportement donné doit être pris en compte comme ayant des antécédents psychiatriques et comportementaux. Leur modèle tente donc de proposer aux cliniciens une base pour démêler les causes potentielles psychiatriques et comportementales.

CONCLUSIONS Une mise au point des modèles d'évaluation en santé mentale est nécessaire pour les personnes souffrant de RM, si nous souhaitons répondre au mieux à leurs besoins. Malgré le risque élevé pour la santé mentale, manquer de repérer les besoins d'une population peut entraîner des conséquences importantes, le problème n'étant en conséquence jamais reconnu. Même si la personne participe effectivement à une évaluation de santé mentale, il est fort probable que la méthode d'évaluation soit inadéquate et ne puisse pas dépasser les obstacles de langage et cognitifs relevant des perturbations cognitives. En particulier, les personnes souffrant de comportements déviants sont souvent vus par des psychiatres et reçoivent un diagnostic psychiatrique même s'ils ne présentent pas de trouble psychiatrique. Ceci peut conduire

à une mauvaise prescription thérapeutique, n'étant pas la plus indiquée.

La maladie mentale réduit les capacités individuelles de fonctionnement dans de nombreuses sphères de la vie quotidienne (travail, loisirs, amis...). Traiter la santé mentale des personnes souffrant de RM pourra les aider à rechercher une position sociale et des rôles sociaux appréciables, augmentant consécutivement leur qualité de vie. Une reconnaissance précoce des troubles et une mise en place rapide du traitement réduira les risques de chronicisation des troubles (avec le risque de nécessiter une plus grande assistance matérielle). Cela contribuera à l'amélioration des cadres de vie individuelle permettant une vie indépendante en société, réduisant la nécessité et le poids des soins.

Reçu le 16 janvier 2001
Accepté le 29 janvier 2001
Version originale : Anglais.

- RÉFÉRENCES**
- Bodfish, J.W., Powell, S.B., Parker, D.E., & Golden, R.N. (1996). Clomipramine treatment for self-injurious behavior in individuals with mental retardation: A double-blind comparison with placebo. *American Journal of Mental Retardation*, 100, 654-665.
 - Carr, E.G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J.I., Kemp, D.C., & Smith, C.E.



(1994). Communication-Based Intervention for Problem Behavior : A User's Guide for Producing Positive Change. Brookes: Baltimore.

- Clarke, D. J., Cumella, S., Corbett, J., Baxter, M., et al (1994) Use of ICD 10 research diagnostic criteria to categorise psychiatric and behavioural abnormalities among people with learning disabilities: The West Midlands Field Trial. *Mental Handicap Research* 7, 273-285.
- Davanzo, P.A., Belin, T.R., Widawski, M.H., & King, B.H. (1998). Paroxetine treatment of aggression and self-injury in persons with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 102, 427-437.
- Day, K. (1985) Psychiatric disorder in the middle-aged and elderly mentally handicapped. *British Journal of Psychiatry*, 147, 660-667.
- Dosen, A. (1989) The developmental dynamic approach applied to psychiatric diagnosis and treatment of mentally ill in mentally retarded children. *Italian Journal of Intellectual Impairment*, 2, 111-122.
- Eaton, L.F., & Menolascino, F.J. (1982). Psychiatric disorders in the mentally retarded : types, problems, and challenges. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1297-1303.
- Emerson, E., Moss, S.C. & Kiernan, C.K. (1999) The Relationship Between Challenging Behaviour and Psychiatric Disorders in People with Severe Intellectual Disabilities. In N. Bouras (Ed.) *Psychiatric and behavioural disorders in mental retardation.* Cambridge : CUP.
- Emerson, E. (1995). *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Learning Difficulties.* Cambridge University Press: Cambridge.
- Emerson, E., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Kiernan, C., & Mason, L. (1997). *The HARC Challenging Behaviour Project. Report 2 : The Prevalence of Challenging Behaviour.* Manchester: Hester Adrian Research Centre, University of Manchester.
- Falloon, I.R.H. & Fadden, G. (1993) *Integrated mental health care : A comprehensive community based approach.* Cambridge : Cambridge University Press
- Fletcher, R.J. (1993) *Mental illness-mental retardation in the United States : Policy and treatment challenges.* *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, (Suppl. 1), 25-33.
- Gardner, W. I. & Griffiths, D. (1997). Influence of psychiatric disorders on nonspecific behavioral symptoms: Diagnostic and treatment issues. In R. J. Fletcher & D. Griffiths (Eds.), *Congress Proceedings: International Congress III on the Dually Diagnosed, Mental health aspects of mental retardation.* NADD, New York.
- Gardner, W. I. & Graeber, J. L. (1993). Severe behaviour disorders in persons with mental retardation. A multimodal behavioral diagnostic model. In R. J.



- Fletcher & A. Dosen (Eds.) Mental health aspects of mental retardation. Lexington Books, New York.
- Gardner W. I. & Sovner, R. (1994). Self injurious behaviour, diagnosis and treatment: A multimodal functional approach. Willow St., Penn: Vida Publishing.
 - Gelder, M., Gath, D., & Mayou, R. (1994) Oxford textbook of psychiatry, 2nd édition. Oxford : Oxford University Press.
 - Goldberg, D., & Huxley, P. (1980). Mental illness in the community. Tavistock Publications : London.
 - Griffiths, D. (1995) A holistic perspective on the diagnosis and treatment. A behavioural point of view. In R. J. Fletcher, D. McNelis, & L. Fusaro (Eds.), Proceedings: International congress II on the dually diagnosed. Mental illness/mental retardation. National Association for the Dually Diagnosed, New York.
 - Holland, A. J. (1991) Learning disability and psychiatric/ behavioural disorders : a genetic perspective. In P. McGuffin & R. Murray (Eds) The new genetics of mental illness. Oxford: Butterworth-Heinemann.
 - Jacobson, J.W. (1998) Psychological services utilization: relationship to severity of behaviour problems in intellectual disability services. Journal of Intellectual Disability Research, 42, 307-15.
 - Kiernan, C., Reeves, D., Hatton, C., Alborz, A., Emerson, E., Mason, H., Swarbrick, R., & Mason, L. (1997). The HARC Challenging Behaviour Project. Report 1: Persistence and Change in the Challenging Behaviour of People with Learning Disability. Manchester : Hester Adrian Research Centre, University of Manchester.
 - King, B. (1993) Self-injury by people with mental retardation : A compulsive behavior hypothesis. American Journal on Mental Retardation, 98, 93-112.
 - Lader. M., & Herrington, R. (1996). Biological Treatments in Psychiatry. 2nd Édition. Oxford : Oxford University Press.
 - Lindsay, W. R., Michie, A. M., Baty, F. J., Smith, A. H. W., et al (1994) The consistency of reports about feelings and emotions from people with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 38, 61-6.
 - Marston, G. M., Perry, D. W., & Roy, A. (1997) Manifestations of depression in people with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 41, 476-80.
 - Matson, J.L., Kadzin, A.E., & Senatore, V. (1984). Psychometric properties of the Psychopathology Instrument for mentally retarded adults. Applied Research in Mental Retardation, 5, 881-889.
 - Matson, J.L., Gardner, W.I., Coe, D.A., & Sovner, R. (1991) A scale for evaluating emotional disorders in severely and profoundly mentally retarded persons. British Journal of Psychiatry, 159, 404-9.



- Meins, Wolfgang (1995) Symptoms of major depression in mentally retarded adults. *Journal of Intellectual Disability Research*; 39, 41-45.
- Moss, S.C. (1999) Issues of diagnosis. In N. Bouras (Ed.) *Psychiatric and behavioural disorders in mental retardation*. Cambridge: CUP.
- Moss, S.C. (2000) Psychiatric disorders in adults with mental retardation. In L. Glidden (Ed.) *International Review of Research in Mental Retardation*. New York : Academic Press, (In press).
- Moss, S.C., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., & Alborz, A. (2000) Psychiatric symptoms in adults with learning disability (mental retardation) and challenging behaviour, *British Journal of Psychiatry*, (in press).
- Moss, S.C., Goldberg D.P, Patel, P, Prosser, H., Ibbotson, B., Simpson, N., Rowe, S. (1996a) The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD) : Hints for interviewing and additional material relating to the SCAN glossary. Manchester : Hester Adrian Research Centre, and London: The Institute of Psychiatry.
- Moss, S.C., Ibbotson, B., Prosser, H., Goldberg, D.P., Patel, P. & Simpson, N. (1997) Validity of the PAS-ADD for detecting psychiatric symptoms in adults with learning disability, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 344-354.
- Moss, S.C. & Lee, P.F.F. (2000) Mental Health. In J. Thompson & S. Pickering (Eds.) *Health Needs of people with learning disability*. London : Harcourt Brace. (In press)
- Moss, S.C., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S., Turner, S., & Hatton, C. (1998) Reliability and validity of the PAS-ADD Checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 173-183
- Moss, S.C., Prosser, H., & Goldberg, D.P. (1996) Validity of the Schizophrenia diagnosis of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry*, 168, 359-367.
- Moss, S.C., Prosser, H., Ibbotson, B., & Goldberg, D.P. (1996b) Respondent and informant accounts of psychiatric symptoms in a sample of patients with learning disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 457-465.
- Nezu, C.M., & Nezu, A.M. (1994) Outpatient psychotherapy for adults with mental retardation and concomitant psychopathology : Research and clinical imperatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 34-42.
- Patel, P., Goldberg, D.P., & Moss, S.C. (1993) Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability (mental retardation). Part II : The prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 163, 481-491.
- Peine, H.A., Darvish, R., Adams, K., Blakelock, H., Jenson, W., & Osborne,



J.G. (1995). Medical problems, maladaptive behaviours, and the developmentally disabled. *Behavioral Interventions* 10, 149-160.

- Reiss, S. (1990) Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 578-85.
- Reiss, S., & Rojahn, J. (1993) Joint occurrence of depression and aggression in children and adults with mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 287-294.
- Reiss, S. (1987) *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. Chicago : International Diagnostic Systems, Inc.
- Sigelman, C.K., Budd, E.C., Spanhel, C.L., & Schoenrock, C.J. (1981) When

in doubt say yes: Acquiescence in interviews with mentally retarded persons. *Mental Retardation*, 19, 53-58.

- Sturmey, P. (1993) The use of DSM and ICD diagnostic criteria in people with mental retardation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 38-41.
- Szymanski, L. S. (1988) Integrative approach to diagnosis of mental disorders in retarded persons. In J. A. Stark, F. J. Menolascino, M. H. Albarelli and V.C. Gray (Eds) *Mental retardation and mental health. Classification, diagnosis and treatment services*. Springer-Verlag, New York Inc.

