
Chapitre 5

Examen de détection/évaluation complet

Jane Summers, Chrissoula Stavrakaki, Dorothy M. Griffiths et Thomas Cheetham

Objectifs d'apprentissage

Le lecteur sera en mesure de :

1. Citer deux raisons illustrant l'importance de l'activité de détection/évaluation.
2. Présenter un exemple d'un instrument utilisé avec les personnes affectées d'une déficience de développement dans chacun des domaines suivants : diagnostic et détection/évaluation de l'état de santé, évaluation biomédicale, évaluation psychologique et évaluation socio-écologique.
3. Comprendre comment les modes d'évaluation disponibles facilitent l'élaboration d'un profil biopsychosocial complet.

Introduction

Quel est l'importance de l'activité de détection/évaluation?

On présente dans ce chapitre divers instruments utilisés durant l'évaluation biopsychosociale des problèmes de santé mentale chez les personnes affectées d'une déficience de développement. Certains de ces instruments ont été élaborés aux fins de détection/évaluation préliminaire, c'est-à-dire pour identifier les personnes pour lesquelles il serait utile d'envisager une évaluation approfondie ou des services particuliers. Les outils de détection peuvent

être utilisés individuellement ou avec des groupes de personnes. Ils sont utiles durant le processus de prise de décision clinique au sujet du besoin du passage au niveau d'évaluation suivant. Ils sont utiles pour la détection des problèmes potentiels et qui n'ont peut-être pas été reconnus ou pour la formulation d'un diagnostic préliminaire. Ainsi, ils peuvent conduire plus rapidement à un traitement spécifique et minimiser le temps et le coût qu'impliqueraient des activités d'évaluation non nécessaires.

Le thème dominant dans tout ce livre concerne l'approche biopsychosociale de l'évaluation et de la compréhension des problèmes de santé mentale chez les personnes affectées d'une déficience de développement. Souvent, les problèmes de santé mentale suscitent des défis non spécifiques au niveau des comportements. Griffiths (2001) a noté le besoin d'un diagnostic différentiel à l'égard des problèmes de comportement, pour la détermination des facteurs sous-jacents. Par exemple, un comportement peut correspondre à ce qui suit :

- réaction aux influences biomédicales ou aux événements traumatiques
- réaction à des événements écologiques, des interactions ou des stimuli conditionnés
- fonction d'amplification pour la stimulation ou le renforcement, en vue d'éviter un inconfort ou des événements désagréables
- source de communication.

Pour diagnostiquer les divers facteurs qui peuvent contribuer indépendamment ou collectivement à la production d'un comportement, un processus de détection/évaluation complet doit être exécuté à divers niveaux. La case 1 illustre comment un unique comportement, comme l'agression, peut être associé à de nombreux facteurs ou situations. En l'absence d'une évaluation biopsychosociale approfondie, il est impossible de formuler un diagnostic différentiel. De plus, en l'absence d'une ou plusieurs

hypothèses bien formulées, la recherche d'un traitement approprié ne serait qu'un tâtonnement dans le brouillard.

CASE 1 – Les dix facteurs à prendre en compte pour le diagnostic différentiel de l'agression (Lowry & Sovner, 1991)

1. Affection médicale
2. Effets secondaires d'une médication
3. Irritabilité avant la crise
4. Irritabilité secondaire associée à la manie, la dépression ou le syndrome mental organique
5. Crises de rage
6. Anxiété reliée à une tâche
7. Idées délirantes paranoïdes reliées à la schizophrénie
8. Incapacité d'expression des besoins
9. Besoin de renforcement positif
10. Besoin d'éviter un événement désagréable ou d'y échapper

Un processus d'évaluation complet implique la collecte de données existantes et d'information sur les antécédents, des entrevues avec la personne concernée et avec les autres personnes connaissant la situation, l'observation de l'environnement naturel et la synthèse de l'information pour la formulation de théories susceptibles d'expliquer rationnellement le comportement de la personne. Souvent, d'autres tests ou mesures sont nécessaires pour la confirmation ou l'élimination des hypothèses. Cependant, l'évaluation est un processus scientifique d'élimination ou de confirmation d'influences potentielles, sur la base des données disponibles et dans le contexte d'une perspective élargie.

Aucune personne et aucun membre d'une discipline professionnelle particulière ne peut posséder toutes les connaissances et aptitudes nécessaires pour l'exécution d'une évaluation aussi complète. Par exemple, le domaine de pratique et de compétence d'un

analyste comportemental est très différent de celui d'un médecin généraliste. C'est pourquoi une approche interdisciplinaire, qui permettra une synthèse des contributions de professionnels de diverses disciplines, est considérée comme la meilleure pratique pour l'évaluation et le traitement des personnes affectées d'une déficience de développement et de problèmes de santé mentale (pour d'autres détails, voir le chapitre 10 : L'équipe interdisciplinaire de santé mentale). Mais ce n'est pas seulement l'information apportée par le professionnel qui est prise en compte durant un processus d'évaluation complète. L'information communiquée par le sujet, par sa famille et par les prestataires de services/soins joue également un rôle critique dans le processus.

La notion de double diagnostic n'est-elle pas simplement une autre « étiquette » ?

Une évaluation biopsychosociale complète produit bien autre chose qu'une simple étiquette, même si parfois elle peut faire apparaître un nouveau diagnostic ou une nouvelle étiquette. Par exemple, on peut associer une étiquette psychiatrique à la personne, comme dépression, manie ou syndrome de stress post-traumatique. Il y a deux raisons pour cet étiquetage :

- Ceci facilite la compréhension. Il s'agit d'une appellation descriptive pour les autres personnes qui interviennent auprès du sujet concerné, pour qu'elles puissent réagir d'une manière appropriée et avec une entière connaissance des défis qu'affronte le sujet.
- C'est également une clé du traitement. Souvent, sur la base du diagnostic formulé pour une personne qui semble souffrir d'une dépression clinique significative, on prescrit une intervention pharmacologique et thérapie cognitive pour l'altération de l'humeur. Ainsi, l'«étiquetage» guide les intervenants vers le traitement approprié.

Parfois, l'évaluation peut révéler un trouble génétique qui suscite

un type de comportement caractéristique (par exemple, comportement phénotypique). L'étiquette associée au sujet lors du diagnostic peut être utile car elle permet d'associer un contexte au comportement de la personne. Par exemple, comme nous l'avons vu au Chapitre 3 (Approche biopsychosociale intégrée des comportements difficiles), on s'attend à constater certaines caractéristiques et vulnérabilités chez les personnes chez lesquelles on a diagnostiqué un syndrome du chromosome X fragile. La connaissance du syndrome sous-jacent peut conduire à une évaluation et à un traitement mieux ciblés (voir à l'annexe A une liste des syndromes génétiques communs et des caractéristiques qui leur sont associées). Le résultat de l'évaluation n'est pas simplement une étiquette de diagnostic, mais un profil des facteurs biomédicaux, psychologiques et sociaux qui influencent le comportement de la personne. Ainsi, l'évaluation constitue la fondation sur laquelle on peut élaborer l'intervention et le traitement.

Types d'évaluation :

À quoi conduit une évaluation biopsychosociale complète? Conduit-elle à un travail biomédical complet, à des évaluations psychologiques et à une analyse sociale ou contextuelle? La réponse est «peut-être oui» ou «peut-être non». L'évaluation découle de la nature de l'information sur les antécédents et des observations effectuées par les membres de l'équipe.

A. Facteurs biomédicaux

L'état physique du patient, les médicaments et/ou l'état psychiatrique peuvent influencer directement ou indirectement les comportements problématiques. On sait que certaines affections médicales communes peuvent être reliées à des comportements qui suscitent des défis comme les troubles épileptiques, le syndrome de l'apnée du sommeil, l'otite moyenne, le shunt bloqué, les migraines/maux de tête, et les problèmes prémenstruels. D'autres troubles comme l'hyperthyroïdie et l'hypothyroïdie, les troubles

du système auto-immunitaire, les affections des voies respiratoires supérieures, les troubles des conduites alimentaires ou les affections cardiaques (par ex., prolapsus de la valve mitrale) peuvent se manifester sous forme de dépression, de manie ou de troubles anxieux/ panique. Ryan et Sunada (1997) ont noté qu'il y a en fait une affection médicale non diagnostiquée chez un pourcentage très élevé des clients qui manifestent des comportements problématiques. Ces affections médicales peuvent être directement reliées au comportement indésirable (par ex., se frapper la tête pour soulager une douleur intense causée par une migraine ou des maux de tête) ou peuvent avoir joué un rôle indirect (par ex., déficit de sommeil du fait du syndrome de l'apnée du sommeil => irritabilité => agression en réaction à une provocation mineure). Une évaluation approfondie devrait inclure un examen physique et médical détaillé, et un historique des médicaments administrés (Loschen & Osman, 1992). Ceci peut inclure un bilan de santé avec des examens de laboratoire, un examen du statut mental, des tests neurologiques, des études du sommeil et une imagerie diagnostique (radiographies ou résonance magnétique).

Des tableaux spécifiques d'enregistrement des observations ont été élaborés pour la collecte des données biomédicales qui seront utilisées aux fins du diagnostic. Par exemple, les perturbations du sommeil constituent un facteur important dans de multiples diagnostics DSM-IV, comme critère d'un trouble ou comme caractéristique associée à un trouble. Les données sur le sommeil peuvent constituer un indice général du statut psychologique, et ceci devrait être inclus d'une manière routinière dans tout processus de collecte de données biomédicales (Carr, Neumann & Darnell, 1998). Sovner et Hurley (1990) ont élaboré un tableau pour l'enregistrement durant les périodes de sommeil de la personne, des observations nocturnes relatives au sommeil (par opposition à l'enregistrement d'information quand la personne se couche et quand elle se lève). Ce tableau a été légèrement modifié par Carr et al. (1998). Voir la figure 1.

Figure 1 – Étude du sommeil – Tableau mensuel

Nom : _____

Mois/Année : _____

Unité : _____

Heure de réveil habituelle : _____

Heure d'endormissement habituelle : _____

Marquer d'un cercle la fréquence des contrées : 30 ou 60 minutes

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
HEURE																																
19 h 00																																
20 h 00																																
21 h 00																																
22 h 00																																
23 h 00																																
Minuit																																
1 h 00																																
2 h 00																																
3 h 00																																
4 h 00																																
5 h 00																																
6 h 00																																
Initiales, personnel de la soirée																																
Initiales, personnel de nuit																																

INSTRUCTIONS:

1. Indiquer dans l'espace prévu l'heure d'endormissement habituelle et l'heure de réveil habituelle du sujet pour chaque jour.
2. Tracer une ligne horizontale à l'heure d'endormissement HABITUELLE et à l'heure de réveil habituelle du sujet.
3. Marquer un «X» dans la case appropriée si le sujet est ÉVEILLÉ lors du contrôle. Le sujet est ÉVEILLÉ si SES YEUX SONT OUVERTS. Que le sujet soit dans son lit ou hors du lit n'a aucune importance. Contrôler à intervalles de 30 ou 60 minutes selon les instructions.
4. Les personnels responsables de l'enregistrement des données de sommeil doivent inclure leurs initiales chaque nuit.
5. Ajouter commentaires ou explications pour tout événement concernant le sommeil. DATER et SIGNER chaque entrée d'information.

Commentaires:

Reproduit avec la permission de Psych-Media. Publication initiale dans un article de Carr, E.G., Neumann, J.K., & Darnell, C.L. (1998, Apr-June). The clinical importance of sleep data collection: A national survey and case reports. *Mental Health Aspects in Developmental Disabilities*, 1(2).

Certains syndromes sont associés à une augmentation du risque d'affection médicale ou de problème de santé mentale. Des directives de détection-santé ont été élaborées pour plusieurs de ces syndromes. Par exemple, pour les adultes affectés de trisomie, le Down Syndrome Medical Interest Group recommande les investigations suivantes (1999) :

- examen thyroïdien annuel
- test de l'audition
- évaluation ophtalmologique
- radiographie cerveau/colonne vertébrale selon le besoin pour participation à des sports
- recherche des symptômes du syndrome de l'apnée du sommeil
- recherche des indices de dégradation des aptitudes ou de changement de comportement
- examen du foie et recherche de l'anémie

La nature et les circonstances d'apparition de comportements indésirables peuvent fournir des indices utiles à l'égard des problèmes potentiels – médicaux et de santé mentale (par ex., les comportements cycliques peuvent être reliés à des allergies ou aux menstruations chez les femmes, aux effets principaux ou secondaires des médications, aux changements saisonniers suscités par les troubles saisonniers de l'humeur, à un événement post-traumatique, ou à la permutation entre des phases de dépression et de manie – comme dans le trouble bipolaire). Le tableau qui suit (Figure 2) élaboré par Sovner et Hurley (1990) permet un suivi et l'identification de ces phénomènes cycliques.

Figure 2 – Tableau de suivi pour le trouble bipolaire

NOM DU CLIENT : _____

MOIS : _____

Chaque jour, évaluer l'humeur du client pour la journée en marquant d'un cercle la valeur appropriée de l'échelle. La note doit refléter l'ensemble des observations pour toute la journée et soirée. Pour un patient maniaco-dépressif durant la journée, effectuer des évaluations distinctes pour des périodes de 12 heures. Pour la notation, utiliser les points de repère suivants :

+3 = manie marquée
+2 = manie modérée
+1 = manie légère
0 = humeur normale pour la journée
-1 = dépression légère
-2 = dépression modérée
-3 = dépression marquée

JOUR:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3	+3
	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+2
	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2
	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3

Reproduit avec la permission de Psych-Media. Publication initiale dans un article de Sovner, R. & DesNoyers Hurlley, A. (1990). Assessment tools that facilitate psychiatric evaluation and treatment. *Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 9(11).

Certaines médications peuvent influencer les symptômes de comportement. Par exemple, la relation entre les médications et les troubles induits par les drogues, accompagnés d'agression physique, a été mise en évidence dans de nombreuses études (par ex., psychose induite par le propranolol – Gershon et al., 1979, ou perturbations de l'humeur induites par le vigabatrin (Aldenkamp et al., 1994). Le clinicien qui exécute une évaluation complète pour un membre de cette population devra recourir à un guide de référence de psychopharmacologie pour y rechercher les effets directs et les effets secondaires potentiels des médicaments. Sovner et Hurley (1992) ont élaboré un tableau facile à utiliser par les prestataires de soins pour l'enregistrement des types d'information suivants, qui faciliteront l'analyse des effets des médicaments :

- médicaments actuellement administrés, avec posologies et calendrier d'administration
- médicaments dont l'administration a été suspendue
- interventions en cours – psychosociales et sur le comportement
- signes et symptômes physiques
- impression globale des problèmes de comportement de la personne

Le guide *Behavioral Diagnostic Guide for Developmental Disabilities* (Geyde, 1998) a été récemment publié; c'est un outil qui aide les cliniciens à identifier les facteurs biomédicaux qui peuvent influencer le déclenchement ou l'aggravation de problèmes de comportement. Gedyde (1998) a compilé un guide exhaustif des problèmes biomédicaux potentiels qui peuvent être reliés à la manifestation de comportements comme l'agression physique, l'auto-mutilation, les hurlements, les perturbations du sommeil, les perturbations de l'alimentation, la démence et les chutes inhabituelles ou sans témoin. L'auteur démontre clairement que chaque symptôme comportemental non spécifique peut être

associé à une variété de facteurs potentiels susceptibles d'influencer le comportement.

Recherche des troubles génétiques

Durant les dernières années, des progrès significatifs ont été réalisés en ce qui concerne l'identification des facteurs génétiques contribuant à de nombreux syndromes accompagnés d'une déficience mentale. Cette information est importante, parce que les personnes affectées d'un syndrome génétique spécifique ont fréquemment une affection médicale connexe qui nécessite d'être identifiée et traitée. Ces sujets manifestent aussi fréquemment un type caractéristique de comportements indésirables. Ainsi, la connaissance d'un syndrome sous-jacent est utile pour l'évaluation et dans la perspective du traitement (voir l'annexe A). Comme il n'est pas pratique ou judicieux d'effectuer des tests de génétique sur la plupart des personnes affectées d'une déficience de développement, il est important de pouvoir identifier les personnes particulières qui pourraient être affectées d'un syndrome, en vue d'une évaluation approfondie. Un outil de détection peut être utile à cet égard. Par exemple, une liste de contrôle a été élaborée pour l'identification du syndrome du chromosome X fragile chez les hommes affectés d'une déficience de développement (Butler, Mangrum, Bupta & Singh, 1991). Un évaluateur détermine si chaque article de la liste de contrôle est présent ou absent; la liste de contrôle inclut :

- oreilles et testicules de grande taille
- sillon plantaire
- antécédents familiaux d'autisme ou de déficience de développement
- comportement défensif tactile
- articulations des doigts hyperextensibles

Le cas suivant est un excellent exemple qui illustre le besoin d'une évaluation biomédicale complète.

Le cas de Jean

Jean est un garçon de 18 ans affecté du syndrome de Down; il vit au foyer de ses parents avec ses deux frères. Jusqu'à récemment, Jean était affectueux, agréable, coopératif et intéressé par ses devoirs scolaires et ses amis.

Seize mois avant sa première évaluation dans une unité psychiatrique, le comportement de Jean a empiré lentement et progressivement. Il est devenu incapable de manifester du plaisir, il n'était plus intéressé par son environnement et il se renfermait de plus en plus – jusqu'au point où il a perdu toute aptitude sociale. Jean a également cessé d'utiliser son vocabulaire limité et a manifesté des problèmes d'alimentation et de sommeil. Lors de l'entrevue avec ses parents il est devenu évident que deux changements significatifs ont coïncidé avec les changements affectant le comportement et les relations sociales de Jean.

i) Son père, du fait d'obligations professionnelles, a dû s'absenter du foyer pendant de longues périodes (jusqu'à un mois à la fois) plusieurs fois durant la période de six mois avant l'apparition de changements notables dans les comportements de Jean. Il est intéressant de noter que Jean avait toujours été très proche de son père.

ii) La famille a dû déménager à l'autre bout du pays du fait du changement d'emploi du père. Ce déménagement est survenu deux mois avant le déclenchement des comportements les plus sérieux observés.

À cette époque, les parents ont essayé de s'adapter aux changements observés chez Jean, et n'ont pas consulté un

professionnel. Quatre mois après ce renfermement et la forte dégradation des aptitudes sociales de Jean, il s'est fortement préoccupé de jouets de construction et de camions. Toute intervention pour extraire Jean de ces activités conduisait à une grave colère avec protestations extrêmes et violence physique. Simultanément sont apparus des incidents d'énurésie, contrôle des portes et chuchotements. À ce point, les parents ont sollicité une aide professionnelle. Le personnel d'une clinique spécialisée en développement a diagnostiqué une psychose désintégrative infantile. Une évaluation neurologique a suggéré une forme rare d'épilepsie, mais ceci n'a pas été corroboré par l'électroencéphalogramme et les autres tests (c.-à-d. tomographie, imagerie par résonance magnétique).

Comme dernière tentative de résolution du problème, Jean a été adressé à une clinique de « double diagnostic ». À ce point, il était totalement renfermé et avait abandonné toute communication, mais il manifestait une préoccupation particulière pour les jouets de construction présents à la clinique. Selon les parents, la régression de Jean était totale. Ils étaient effondrés et craignaient des conséquences ultérieures pour Jean et sa famille. Après l'entrevue initiale et l'utilisation des questionnaires et échelles d'évaluation relatives aux troubles de déficit de l'attention/hyperactivité et du trouble obsessionnel-compulsif, on a pensé que Jean avait souffert d'un traumatisme qui avait déclenché initialement un épisode de dépression et ensuite l'apparition du trouble obsessionnel-compulsif. Il a été traité avec un inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine (la fluoxétine) et la rispéridone; la réaction a été très positive. Un soutien familial et des programmes académiques spécialisés ont également été proposés. Neuf mois plus tard, Jean se sent et se comporte comme par le passé. Il est démonstratif, heureux, agréable, il parle et il est capable de s'adonner à ses activités et à son programme scolaire comme avant la période d'événements inquiétants.

B. Facteurs psychologiques

Collecte des antécédents psychologiques

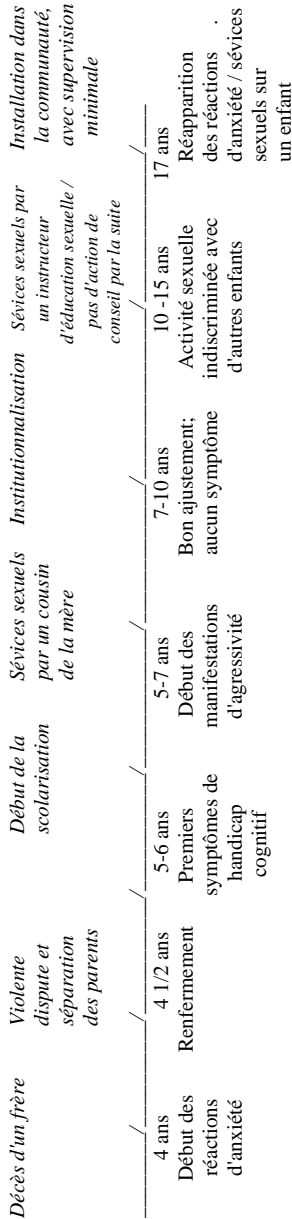
Il est important de disposer d'un historique pour l'évaluation de l'évolution de la vie de la personne en relation avec les événements médicaux et socio-émotionnels de sa vie. Souvent le clinicien entreprend une analyse pour pouvoir présenter ces événements d'une manière temporelle.

La liste des événements importants peut inclure :

- antécédents d'abus sexuels ou physiques/émotionnels
- interventions médicales d'importance (particulièrement impliquant une hospitalisation ou des procédures invasives)
- perturbations familiales (violences/divorce/remariage/naiissance d'un enfant)
- jalons du cursus éducatif
- changements de l'environnement (déménagement, changement significatif des circonstances de vie ou du statut socio-économique)
- peine ou deuil (décès, abandon, ou changement du personnel soignant)
- changement d'emploi

Examinons le cas présenté à la figure 3; il s'agit d'un jeune homme accusé d'attouchements sexuels sur un enfant; essayons de déterminer si ses antécédents permettraient de mieux comprendre son passé.

Figure 3 : Relation entre les antécédents du sujet et un comportement indésirable



Tests psychologiques

Cette section traite des tests psychologiques, de leurs utilisations et de leurs limitations. Ces tests ont pour objet la mesure de divers aspects du fonctionnement psychologique d'une personne, souvent dans le contexte de l'évaluation de problèmes d'apprentissage, de développement, de comportement et/ou de problèmes émotionnels. Grâce à l'emploi de tests, les psychologues peuvent parvenir à une meilleure compréhension des forces et faiblesses d'une personne, ce qui facilite le processus de diagnostic et l'élaboration des plans de service.

Les tests psychologiques standardisés sont différents sous divers aspects des tests informels fréquemment utilisés par des non-psychologues. Chaque test standardisé a été soigneusement élaboré et a fait l'objet de tests de contrôle systématiques avant sa mise en œuvre pour usage clinique. Ces tests doivent satisfaire à des normes établies en ce qui concerne leurs caractéristiques psychométriques, comme la fiabilité (reproductibilité et précision) et la validité (mesure dans laquelle le test mesure réellement ce qu'il est censé mesurer). Chaque test doit être administré et interprété par une personne qualifiée à cet effet en vertu de sa formation et de son expérience; c'est souvent une personne titulaire d'un diplôme de maîtrise ou de doctorat en psychologie.

Chaque test standardisé doit être administré d'une manière uniforme et la notation doit être effectuée sur la base de critères objectifs. Ceci permet de minimiser les effets de la subjectivité et des influences externes sur le score déterminé pour le sujet lors de l'administration du test. Cette dernière conduit à une note numérique qui n'est pas significative par elle-même. La note attribuée au sujet auquel on a administré le test doit être interprétée par comparaison aux notes obtenues par les membres d'un groupe de référence ou échantillon standard. Ce processus conduit à des notes transformées (comme notes standard, notes corrigées en fonction de l'âge et classement en centiles), ce qui permet une évaluation de la performance de la personne testée par comparaison à la

performance des membres du groupe de référence. Ce sont ces notes transformées qui sont typiquement présentées et interprétées dans les rapports d'évaluation psychologique.

Les inventaires (listes de questions) ou échelles de cotation sont fréquemment utilisés pour la mesure des aspects de la personnalité d'une personne, ou de son fonctionnement émotif ou comportemental, et peuvent faciliter l'identification de troubles cliniques. Les mesures obtenues sont dérivées de l'information fournie par la personne testée (auto-cotation) ou par une autre personne la connaissant bien (informateur).

Les tests psychologiques ont des limitations tout comme des avantages. Premièrement, ils ne peuvent produire une réponse définitive au sujet de la cause des problèmes d'apprentissage, de développement, de comportement ou de problèmes émotionnels de la personne concernée. Deuxièmement, les tests produisent une évaluation du fonctionnement actuel de la personne, plutôt qu'une prédiction précise de sa performance future. Troisièmement, de nombreux tests sont très spécifiques, et les résultats qui en découlent peuvent ne pas être applicables à des fonctions psychologiques différentes. Néanmoins, les tests psychologiques produisent de l'information utile qu'on peut utiliser lorsqu'on doit choisir un mode d'action pour aider une personne à surmonter des problèmes émotionnels et/ou d'apprentissage, de développement, de comportement.

Tests psychologiques

Tandis que le processus d'évaluation du fonctionnement psychologique des personnes affectées d'une déficience de développement est variable en fonction de certains facteurs, comme les disciplines à faire intervenir, la complexité du cas et/ou la disponibilité d'information clinique adéquate, on débute habituellement avec une évaluation du fonctionnement adaptatif et intellectuel de la personne. D'autres tests peuvent être utilisés pour l'évaluation du fonctionnement au niveau du langage, de la performance aca-

démique ou d'apprentissage, et pour l'identification de problèmes émotionnels, de personnalité et de comportement.

Instruments d'évaluation fréquemment utilisés

Tests d'intelligence : Ces tests permettent de mesurer la capacité de pensée, de raisonnement et de résolution de problème d'une personne à l'aide d'exercices verbaux et/ou non verbaux, ainsi que ses aptitudes de perception et aptitudes mécaniques/spatiales.

- Échelle d'intelligence de Wechsler (adultes) – troisième édition (**WAIS-III**) (Wechsler, 1997)
- Échelle d'intelligence de Stanford-Binet – quatrième édition (**SB-IV**) (Thorndike, Hagen & Sattler, 1986)
- Échelle de performance de Leiter – révision (**Leiter-R**) (Roid & Miller, 1997)
- Test d'intelligence non verbale – troisième édition (**TONI-3**) (Brown, Sherbenou & Johnsen, 1997)

On utilise les deux derniers tests pour l'évaluation du quotient intellectuel d'une personne dans des circonstances spéciales (par ex., lorsque la personne provient d'un environnement où on ne parle pas l'anglais ou souffre d'un déficit auditif, ou en cas de différences sociales ou culturelles).

Hurley (1989) a suggéré que les tests d'intelligence constituent un aspect important de l'évaluation clinique aux fins psychiatriques. L'auteur note que, par exemple, les personnes affectées de schizophrénie peuvent manifester une baisse significative du quotient intellectuel verbal et d'autres fonctions reliées au langage, et peuvent manifester des réactions bizarres à l'égard des tests. Les personnes affectées de troubles anxieux peuvent obtenir des résultats très inférieurs dans les tests de mémoire de chiffres; les personnes déprimées peuvent obtenir des notes globales très basses pour les tests de performance qui nécessitent une rapidité de coordination œil-main et le chronométrage des réponses (Hurley, 1989).

Mesures du fonctionnement adaptatif : Ce test permet d'évaluer le degré auquel une personne est en mesure d'affronter efficacement les demandes imposées par son environnement (p. ex. maîtrise de l'environnement). Ceci inclut : communication, autonomie, vie au foyer et dans la communauté, aptitudes sociales, travail et loisir, et fonctionnement académique.

- Échelles de comportements adaptatifs AAMR – pour vie en résidence et dans la communauté (**ABS-RC:2**) (Nihira, Leland & Lambert, 1993)
- Échelles d'évaluation du comportement indépendant – révision (**SIB-R**) (Bruininks, Woodcock, Weatherman & Hill, 1996)
- Échelles de comportements adaptatif Vineland (**VABS**) (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984).

Tests du langage : Ces tests peuvent être utilisés en complément des tests de quotient intellectuel pour les tâches verbales.

- Test de vocabulaire en images Peabody – troisième édition (**PPVT-III**) (Dunn & Dunn, 1997)
- Test de vocabulaire expressif (**EVT**) (Williams, 1997)

Tests du succès académique : On utilise ces tests pour évaluer les compétences académiques d'une personne dans les domaines de lecture, écriture et arithmétique.

- Test de rendement individuel Peabody – révision (**PIAT-R**) (Markwardt, 1998)
- Test de rendement général – troisième édition (**WRAT-3**) (Wilkinson, 1993)

Instruments utilisés pour l'évaluation des problèmes psychopathologiques et de comportement :

Table 1 – Inventaires pour l'évaluation des problèmes émotionnels et de comportement

Instrument	Objet	Format	Information procurée
Liste de contrôle pour comportement aberrant – communauté (Aman & Singh, 1994)	- évaluation de l'effet de l'intervention pharmacologique sur les comportements inadaptés - évaluation des problèmes de comportement chez les enfants, adolescents et adultes avec déficience développementale (de légère à profonde)	- questionnaire de 58 articles; évaluation des comportements sur une échelle de 0 (pas de problème) à 3 (problème sévère)	- évaluation sur 5 facteurs – irritabilité, léthargie, stéréotypie, hyperactivité et paroles inappropriées
Évaluation pour double diagnostic (Matson, 1997)	- identification des psychopathologies chez les personnes avec déficience développementale (de légère à modérée)	- questionnaire de 79 articles; évaluation des comportements en fonction de fréquence, sévérité et durée - échelle d'évaluation de 0 (basse) à 2 (élevée) - une note élevée correspond à un problème plus grave	- évaluation à l'aide de 13 sous-échelles – manie, dépression, anxiété, syndrome de stress post-traumatique, abus de substance chimique, trouble somatoforme, démence, trouble de la conduite, troubles envahissants du développement, schizophrénie, troubles de la personnalité, troubles des conduites alimentaires, troubles sexuels
Liste de contrôle pour comportement développemental – version pour enseignants ou parents/soignants (Einfeld & Tonge, 1994)	- évaluation des troubles émotionnels et de comportement chez les enfants et adolescents avec déficience développementale	- questionnaire de 96 articles; évaluation des comportements sur une échelle de 0 (faux) à 2 (toujours vrai ou souvent vrai)	- évaluation à l'aide de 6 sous-échelles – comportement perturbateur, autocentrisme, perturbation de la communication, anxiété, autisme et comportement antisocial
Évaluation pour diagnostic, pour les sujets gravement handicapés – II (Matson, 1995)	- identification des psychopathologies chez les personnes avec déficience développementale (de sévère à profonde)	- questionnaire de 84 articles; évaluation des comportements en fonction de fréquence, sévérité et durée - échelle d'évaluation de 0 (basse) à 2 (élevée) - une note élevée correspond à un problème plus grave	- évaluation à l'aide de 13 sous-échelles – anxiété, manie, dépression, schizophrénie, stéréotypie, comportement d'auto-mutilation, troubles envahissants du développement/autisme, troubles d'incontinence, troubles des conduites alimentaires, troubles du sommeil, troubles sexuels, syndromes organiques, contrôle des impulsions et problèmes divers

(suite page suivante)

<p>Échelles des problèmes émotionnels – auto-cotation et échelles d'évaluation des comportements (Proust & Strohmer, 1991)</p>	<p>- identification des psychopathologies et problèmes émotionnels chez les personnes de 14 ans et plus avec déficience développementale légère</p>	<p>- questionnaire de 147 questions sur les comportements (auto-cotation, réponse par oui ou non) - échelle d'évaluation des comportements avec questionnaire de 135 articles; évaluation des comportements sur une échelle de 0 (presque jamais observés) à 3 (fréquemment observés ou mentionnés)</p>	<p>- questionnaire d'auto-cotation – évaluation à l'aide de 5 échelles cliniques (pensée, trouble du comportement, contrôle des impulsions, anxiété, dépression, faible estime de soi) - échelles d'évaluation des comportements – évaluation à l'aide de 12 échelles cliniques – pensée, troubles du comportement, agression verbale, agression physique, inadaptation sexuelle, non-conformité, distraction, hyperactivité, préoccupation somatique, troubles anxieux, dépression, renfermement, faible estime de soi</p>
<p>Instrument de psychopathologie pour les adultes retardés mentaux (Matson, 1988)</p>	<p>- identification des comportements psychopathologiques, pour le traitement des adultes avec déficience développementale légère-moderée</p>	<p>- deux formes – réponses par le sujet ou par d'autres personnes - questions avec réponse par oui ou non</p>	<p>- auto-cotation et réponse par d'autres – utilisation de 8 sous-échelles – schizophrénie, troubles affectifs, troubles psycho-sexuels, trouble de l'adaptation, troubles anxieux, trouble somatoforme, trouble de la personnalité, adaptation inappropriée</p>
<p>Échelles Reiss pour les enfants avec double diagnostic (Reiss & Valenti-Hein, 1990)</p>	<p>- détection du double diagnostic chez les enfants de 4 à 21 ans avec déficience développementale légère-sévère</p>	<p>- questionnaire de 60 articles; évaluation des comportements sur une échelle de 0 (pas de problème) à 2 (problème majeur)</p>	<p>- évaluation à l'aide de 10 sous-échelles – colère, autocontrôle, anxiété, déficit de l'attention, troubles envahissants du développement/autisme, trouble de la conduite, dépression, faible estime de soi, psychose, trouble somatoforme, renfermement/isolation et autres comportements significatifs</p>
<p>Test de détection des comportements inadaptés (Reiss, 1988)</p>	<p>- détection du double diagnostic chez les personnes de plus de 12 ans avec déficience développementale légère, modérée ou sévère</p>	<p>- questionnaire de 38 articles; évaluation des comportements sur une échelle de 0 (pas de problème) à 2 (problème majeur)</p>	<p>- évaluation à l'aide de 8 échelles – agression, autisme, psychose, paranoïa, indices comportementaux/ dépression, indices physiques/dépression, dépendance et personnalité d'évitement, ainsi que des questions spéciales sur le comportement inadapté</p>

Durant les deux dernières décennies, divers questionnaires d'inventaire (réponses fournies par le client et par des prestataires de services) ont été élaborés pour l'évaluation des problèmes émotionnels et de comportement chez les adultes et les enfants affectés d'une déficience développementale. Hurley et Sovner (1992) ont identifié que ces inventaires de détection des symptômes peuvent être très utiles dans diverses circonstances : a) établissement d'un diagnostic psychiatrique préliminaire ou temporaire; b) vérification d'un diagnostic pour des services de santé mentale; c) utilisation pour la prise des décisions de placement; d) mesure des réactions face au traitement; et/ou e) détermination de la compétence.

La table 1, à la page suivante, présente une description des inventaires les plus communément utilisés. On doit noter que ces instruments ne sont pas réellement utilisés indépendamment; on doit les utiliser en conjonction avec d'autres outils et méthodes de collecte d'informations et d'évaluation.

C. Facteurs sociaux et environnementaux

Beaucoup de troubles psychiatriques se manifestent sous forme de comportements indésirables non spécifiques (Gardner & Sovner, 1994). Au chapitre 3 de cet ouvrage, on a indiqué qu'un comportement non spécifique correspond à un symptôme observable (par ex., comportement indésirable) mais dont la raison ne peut être identifiée avant une évaluation.

Évaluation du comportement

La première étape d'une évaluation du comportement consiste à déterminer clairement quel est le comportement préoccupant. Il est important de produire une description claire du comportement indésirable. Dire simplement que «Jean est agressif» n'est pas suffisamment descriptif. Comment cela se manifeste-t-il : morsures, coups de poing, destruction d'objets? Quelle est la fréquence des manifestations du comportement? Quelle est la sévérité du

comportement? Le comportement se manifeste-t-il d'une manière aléatoire ou à certains moments de la journée, de la semaine, du mois ou de l'année? Le comportement se manifeste-t-il en présence de certaines personnes ou dans certaines situations plus fréquemment que dans d'autres situations? Est-ce que le comportement ne se manifeste jamais dans certaines circonstances ou en présence de certaines personnes? Le comportement considéré se manifeste-t-il surtout lorsque le sujet est seul ou en présence d'autres personnes?

Durant le processus d'évaluation comportementale, il est important d'identifier les caractéristiques « FIDD » du comportement (Griffiths & Hingsburger, 1991) :

- *Fréquence* – fréquence de l'apparition du comportement
- *Intensité* – sévérité ou intensité du comportement
- *Durée* – durée des crises
- *Discrimination* – où, quand et dans quelles conditions le comportement se manifeste-t-il?

Un processus d'analyse/évaluation fonctionnelle constitue la stratégie la plus fréquemment employée pour l'évaluation des caractéristiques « FIDD ».

Analyse/évaluation motivationnelle ou fonctionnelle

L'évaluation fonctionnelle est un processus de collecte d'informations au sujet des antécédents et des conséquences fonctionnellement reliés aux manifestations d'un problème de comportement (Miltenberger, 1997).

Il y a trois types d'évaluation fonctionnelle : évaluation indirecte, observation directe et analyse fonctionnelle ou évaluation par analogie.

a) Évaluation indirecte (entrevues et questionnaires)

Plusieurs questionnaires et formats d'entrevue sont disponibles

pour une évaluation fonctionnelle. Par exemple, l'échelle d'évaluation motivationnelle MAS (Durand & Crimmins, 1992) est basée sur un questionnaire de 16 articles dont les réponses sont fournies par d'autres, qui permet de déterminer les motivations d'un comportement spécifique : sensorielles (c.-à-d. recherche de stimulation), évitement/échappement (c.-à-d. pour éviter une interaction ou activité désagréable), attention (c.-à-d. recherche d'une interaction), et tangibles (c.-à-d. recherche d'un article désiré).

Le questionnaire d'entrevue d'évaluation fonctionnelle FAI élaboré par O'Neill, Horner, Albin, Storey et Newton (1997) est l'un des questionnaires disponibles dans le commerce les plus fréquemment utilisés. Le format d'entrevue offre un moyen rapide et simple d'obtention de l'information sur les comportements du sujet. Le questionnaire FAI comprend 11 sections principales :

1. Description du comportement
2. Événements déclencheurs écologiques potentiels
3. Antécédents immédiats (prédicteurs) de l'apparition ou de la non-apparition du comportement problématique
4. Conséquences du comportement problématique
5. Efficacité du comportement problématique
6. Comportements substitutifs fonctionnels existants
7. Communication
8. Approches produisant des résultats ou ne produisant pas de résultats
9. Facteurs de renforcement
10. Historique du comportement indésirable et des programmes antérieurs
11. Sommaire des principaux prédicteurs et conséquences

b) Observation directe

L'observation directe est un moyen plus précis de collecte d'information fonctionnelle, mais elle prend du temps. Observation ABC, cartes d'observation, graphe de corrélation et formulaires d'observation pour l'évaluation fonctionnelle sont quatre méthodes uti-

lisables pour une évaluation fonctionnelle directe. Même si les formulaires d'évaluation utilisés par les analystes du comportement sont variables, ils sont toujours conçus pour l'enregistrement d'information sur l'interaction entre le comportement et les facteurs de l'environnement. À partir de cela, on élabore une hypothèse de travail qui pourra conduire à une intervention.

La méthode d'enregistrement des données doit pouvoir fournir de l'information permettant au clinicien : (i) de modifier l'environnement pour réduire, éliminer ou altérer les antécédents qui conduisent au comportement problématique, et d'introduire ou renforcer des antécédents qui peuvent conduire à d'autres compor-

A = ANTÉCÉDENTS (ce qui survient avant)	B = COMPORTEMENT (ce qui s'est produit)	C = CONSÉQUENCES (ce qui survient après)
Jeanne, la nouvelle employée, a demandé à Paul de faire la vaisselle.	Paul s'est assis sur le canapé et a refusé de bouger.	Jeanne s'est approchée de Paul et lui a communiqué une seconde instruction.
Jeanne s'est approchée de Paul et lui a communiqué une seconde instruction.	Paul a lancé le cendrier, essayant de frapper le membre du personnel.	Jeanne a dit à Paul d'aller dans sa chambre s'il ne pouvait pas se comporter normalement; Jeanne a fait la vaisselle.

Ces renseignements présentent une description très claire des événements. Paul a pu éviter de faire la vaisselle, en lançant un cendrier. Cependant, les données ne sont pas toujours aussi claires, pour diverses raisons comme les suivantes :

- Le comportement indésirable peut se manifester avec une fréquence élevée et il est difficile d'enregistrer chaque incident.
- Le comportement peut se manifester pour diverses raisons, à divers moments.
- Il peut y avoir des modèles de comportement qu'il est difficile d'évaluer.
- Il peut y avoir dans les antécédents un ensemble de stimuli;

ainsi, le comportement indésirable peut être déclenché par une combinaison de certains événements déclencheurs, ceci pouvant inclure la présence d'autres facteurs.

Hurley (1997) a élaboré un guide de formation pour l'utilisation du formulaire ABC pour la collecte et l'analyse des données. L'auteur a recommandé l'emploi d'un tableau ABC développé incluant dans la description des antécédents pas seulement l'événement qui survient immédiatement avant le comportement indésirable, mais aussi d'autres événements déclencheurs ou contributeurs qui ont pu être observés. De plus, l'auteur demande au personnel de présenter une information développée sur le comportement et les conséquences. Par exemple, l'auteur suggère l'enregistrement des :

- *Antécédents* – ceci incluant ce qui s'est produit, où cela s'est produit, quelle activité ou interaction il y avait, qui était présent, et les éventuelles manifestations de langage corporel ou un état physique observable.
- *Comportements* – ceci incluant ce qui s'est produit, qui en était la victime, où cela s'est produit, la durée, et l'intensité ou la fréquence.
- *Conséquences* – ceci incluant qui a réagi et comment (verbalement ou non verbalement) et à quelle fin (ce qui a changé chez la personne ou pour la personne).

Carte d'enregistrement des données : Gardner et Sovner (1994) décrivent un processus plus systématique d'obtention de données d'observation. Un observateur utilise une petite carte pour enregistrer chaque incident du comportement problématique lorsqu'il survient, ou peu après. L'observateur enregistre *date et heure* de l'incident, la *situation* (par ex., durant le déjeuner, au gymnase), les *événements déclencheurs* précédents (par ex., Tom a demandé à Jeanne d'aller chercher son manteau), le *comportement indésirable* (par ex., Jeanne a commencé à hurler), les *conséquences* (par ex., il n'a été tenu aucun compte du comportement de Jeanne), et les *influences éventuellement contributrices/déclenchantes* (par ex., anxiété, roulement des yeux, mouvement de

balancement avant l'incident, niveau de bruit extrême dans la pièce).

Graphique de corrélation : Le processus de corrélation est une méthode d'enregistrement élaborée par Touchette, MacDonald et Langer (1985). Avec ce formulaire, une personne présente dans l'environnement naturel du sujet enregistre selon des intervalles prédéterminés si le comportement indésirable s'est manifesté durant l'intervalle précédent (typiquement un intervalle d'une demi-heure). Un unique tableau contient sept jours de données enregistrées. La sévérité et la fréquence sont identifiées sous la forme de blocs remplis (incident sévère ou fréquence élevée) par opposition à un simple trait (incident bénin ou faible fréquence). La sévérité et la fréquence des incidents sont clairement définies. Un bloc ne contient aucune marque si le comportement étudié n'a pas été observé. Après une semaine, la feuille d'enregistrement peut révéler les caractéristiques du comportement (par ex., heure durant la journée, jours de la semaine), ce qui conduira à une analyse additionnelle des facteurs qui peuvent avoir influencé le déclenchement du comportement.

Formulaire d'observation pour l'évaluation fonctionnelle : Le formulaire d'observation pour l'évaluation fonctionnelle (par ex., O'Neill et al., 1997) est devenu le document standard d'enregistrement de multiples éléments d'information sur une unique feuille. Ce document permet la collecte de données sur la base d'intervalles. Ainsi, la journée est divisée en intervalles le long du côté gauche de la page. En haut, on inscrit des données sur les facteurs suivants : les divers comportements, éléments de prédiction (demandes, tâches difficiles, transitions, interruption, solitude), perception de fonctions pour obtenir quelque chose (attention, activité/article désiré, autostimulation, autre), ou pour échapper/éviter (demandes de contribution, activité ou une personne), et les conséquences réelles. De multiples comportements et de multiples incidents peuvent être enregistrés sur une unique feuille. L'analyse permettra d'identifier la fréquence, les tendances et les fonctions.

c) Manipulations expérimentales/analyse fonctionnelle

L'approche la plus contrôlée de l'évaluation fonctionnelle est la manipulation expérimentale des antécédents et conséquences; ceci permet d'isoler les antécédents, les événements déclencheurs et les conséquences qui influencent le comportement. C'est ce qu'on appelle l'analyse fonctionnelle. Traditionnellement, cette méthode a été utilisée dans le cadre de sessions répétitives soigneusement orchestrées (par ex., Iwata, Duncan, Zarcone, Lerman & Shore, 1994). Cependant, une approche qui prend moins de temps a été décrite par Derby et al. (1992); celle-ci implique une unique session d'évaluation de quatre-vingt-dix minutes. Bien qu'on considère que la méthodologie de l'analyse fonctionnelle soit plus saine par comparaison aux méthodes d'évaluation fonctionnelle décrites précédemment, les résultats des recherches indiquent que la comparaison des deux approches dans un environnement d'application (enfants dans un foyer) produit des résultats comparables (Armdorfer, Miltenberger, Woster, Rortvedt & Gaffaney, 1994). Cette constatation est importante pour les cliniciens travaillant dans les environnements communautaires où il serait très difficile de mettre en œuvre une analyse fonctionnelle analogue très contrôlée.

d) Évaluation et identification spécialisées

Évaluation et tests socio-sexuels : L'évaluation socio-sexuelle est un type d'évaluation spécialisée fréquemment demandée. Plusieurs éléments de mesure sont disponibles pour l'évaluation socio-sexuelle, dont les trois décrits ci-dessous. L'évaluation socio-sexuelle la plus complète est basée sur le Test des attitudes et connaissances socio-sexuelles SSKAT (Wish, McCombs & Edmonson, 1980). Diverses critiques ont été formulées à son égard : système périmé, valeurs prévalentes, temps consommé, niveau de compétence élevé nécessaire pour l'administration, grande complication dans certaines parties et manque de détails dans d'autres. Il semble cependant qu'il s'agisse de l'instrument de mesure qui est encore le plus largement utilisé dans ce

domaine. Une version révisée, l'Outil d'évaluation des attitudes et connaissances socio-sexuelles (SSKAAT-R) (Griffiths & Lunsby, sous presse) est actuellement en cours d'évaluation. Des questionnaires moins compliqués ont été élaborés (par ex., Timmers, DuCharme & Jacob, 1981; Ousley & Mesibov, 1991) mais ils ne comportent aucune composante d'évaluation psychométrique. L'échelle d'évaluation Besoins, sensations, expériences et connaissances sexuelles (SexKen-ID) de McCabe (1999) est un instrument d'évaluation plus récent; celui-ci n'est pas disponible commercialement, et son utilisation comme outil d'évaluation a été critiquée parce qu'au-delà des attitudes et connaissances, il conduit à une investigation des expériences personnelles.

Violence et évaluation des risques sexuels : L'évaluation et le traitement des personnes affectées d'une déficience intellectuelle qui ont commis un délit sexuel constituent un important défi pour les professionnels de la santé mentale. Pour plus de précisions, le lecteur devrait consulter le chapitre 13 - Santé mentale et sexualité.

Difficulté d'évaluation des personnes non verbales ou affectées d'un handicap profond

Comme ceci est décrit au chapitre 17 – Problèmes de santé mentale chez les clients affectés d'une grave déficience de communication, on rencontre plusieurs défis importants dans le cadre de l'évaluation des personnes qui ne peuvent communiquer verbalement. Ceci est dû à divers facteurs, dont les suivants :

- le manque d'information de première main sur la personne concernée et le besoin de recours à de l'information communiquée par d'autres sources (par exemple, l'entrevue avec d'autres personnes, l'observation directe du comportement).
- la coexistence d'affections médicales ou sensorielles qui peuvent encore compliquer la situation.
- le fait qu'une maladie psychiatrique peut se manifester de diverses manières chez ces personnes, et qu'il peut être nécessaire de convertir les critères de diagnostic de troubles spéci-

fiques en des « équivalents de déficience développementale » (par ex., Pary, Levitas & Hurley, 1999).

La synthèse : L'évaluation biopsychosociale complète

Le cas complexe décrit ci-dessous illustre le fait que, tandis qu'il n'est pas toujours possible de parvenir à un diagnostic clinique définitif, une évaluation biopsychosociale conduit à une compréhension plus approfondie des besoins de la personne et procure une solide base à partir de laquelle des décisions de traitement rationnelles pourront être prises.

Le cas de Bernard

Bernard est un garçon de 21 ans chez qui on a diagnostiqué l'autisme à l'âge de 2 ans. Il ne verbalise pas, mais il utilise des formes de suppléance de la communication (signes, gestes, vocalisations, montrer du doigt des symboles de communication). Il n'entreprend que rarement des activités et formule rarement des demandes spontanément; il attend plutôt les incitations des membres du personnel. Il n'a aucun problème de santé majeur, même s'il y a des antécédents familiaux de migraines/maux de tête.

Bernard a quitté sa famille pour prendre résidence dans un foyer de groupe il y a un an. Il est le seul résident non verbal du groupe, et initialement les membres du personnel ne savaient pas utiliser le langage des signes. Pour la plupart ils n'avaient jamais travaillé avec un autiste. Bernard a terminé il y a 6 mois ses études dans un programme d'école secondaire modifié. Dans le cadre du programme, Bernard a eu plusieurs placements de travail communautaire, et il était décrit comme élève modèle.

Jusqu'à il y a 9 mois, le comportement de Bernard était très stable. Il était gentil, coopératif et facile à vivre. Il avait de

longs antécédents de comportement compulsifs et de rituels, comme mettre les choses en ordre ou pousser les chaises. Cependant, il ne se fâchait pas si l'un de ses rituels était interrompu, sauf s'il était anxieux. Il pouvait occasionnellement manifester des signes d'anxiété ou d'agitation comme piétiner, fredonner fortement, et occasionnellement se cogner la tête. Il n'y avait aucun motif clair associé à ces périodes d'agitation et cela ne durait qu'un jour ou deux.

Les membres du personnel ont commencé à remarquer un important changement dans le comportement de Bernard il y a environ 3 mois. Tandis qu'il était antérieurement heureux et désireux de plaire, il a commencé à manifester des niveaux élevés d'anxiété et d'agitation. Il est également devenu agressif à l'égard d'un compagnon de chambre du foyer de groupe. On n'a enregistré aucun changement de son appétit, de son niveau d'énergie ou de ses habitudes de sommeil. Il semblait occasionnellement souffrir de douleurs, et pointait à sa tête comme pour indiquer la présence d'un mal de tête. Un plan de soutien a été élaboré, centré sur la facilitation de la communication de ses besoins et désirs au moyen de symboles de communication illustrés, et par la formation du personnel à l'emploi du langage des signes; la réduction de son niveau de stress (emmener Bernard faire une promenade en un lieu tranquille, le laisser terminer ses rituels lorsqu'il était anxieux; éviter un environnement de foule ou bruyant); l'implication de Bernard dans des activités structurées; et sa préparation pour les changements dans ses activités ou routines par l'emploi de calendriers et programmes d'emploi du temps illustrés. On lui a également administré des médicaments analgésiques lorsqu'il semblait indiquer qu'il souffrait d'un mal de tête.

Le comportement de Bernard s'est considérablement amélioré environ 2 semaines après la mise en œuvre du plan de soutien, et il s'est stabilisé jusqu'à il y a un mois, lorsqu'il a de nouveau commencé à manifester des signes d'anxiété intense et d'agressivité à l'égard d'autres résidents du foyer

et de plusieurs membres du personnel. Les membres du personnel ont poursuivi l'application de son plan de soutien, mais le niveau d'anxiété de Bernard n'a pas diminué. Le médecin traitant de Bernard a prescrit de l'Ativan (pro re nata), mais ceci n'a semblé que renforcer son anxiété et ses besoins de rituels. Un jour les membres du personnel ont dû faire venir une ambulance lorsque son comportement a conduit à une totale perte de contrôle. Bernard a été transporté à l'urgence locale et maintenu sous restrainte (4 points) pendant plusieurs heures. On lui a administré de l'haldol et de l'Ativan, et il a été renvoyé au foyer avec des prescriptions pour la Chlorpromazine, le Valium et le Cogentin. Ces médicaments l'ont rendu extrêmement somnolent, mais son état d'anxiété et d'agressivité a persisté. Plusieurs jours plus tard, son médecin traitant a suspendu l'administration de toutes les autres médications et a prescrit l'administration de rispéridone deux fois par jour. Son agitation a cessé en moins de deux jours, et elle ne se manifestait de nouveau que périodiquement; lorsque ceci se produit, l'incident est bref et il est habituellement relié à quelque douleur physique (par ex., problème gastro-intestinal). La posologie de la rispéridone administrée à Bernard a été réduite, compte tenu de l'effet de sédation. Pour la première fois depuis plusieurs mois, Bernard est de nouveau heureux et facile à vivre. Les membres du personnel poursuivent la mise en œuvre de son plan de soutien, et on l'envoie de nouveau progressivement dans la communauté dans le cadre de placements de travail.

Bernard a récemment fait l'objet d'une évaluation interdisciplinaire en rapport avec ses difficultés de comportement. Le consensus de l'équipe est que Bernard avait réagi aux effets cumulatifs de plusieurs facteurs de stress de sa vie, mais les membres de l'équipe n'ont pas pu formuler un diagnostic définitif concernant l'étiologie de son anxiété et de son agressivité. Ils ont été encouragés par les améliorations constatées dans son comportement, et ont demandé au personnel de poursuivre la mise en œuvre de son plan de soutien, et de le maintenir à son niveau actuel de médication.

Table 2 – Sommaire des facteurs biopsychosociaux censés intervenir (hypothèse) dans le cas de Bernard

	Facteurs déclencheurs	Vulnérabilités	Éléments de renforcement
Biomédical	<ul style="list-style-type: none"> - anxiété en réaction à une série de facteurs de stress - migraines/maux de tête(?) 	<ul style="list-style-type: none"> - autisme - antécédent de migraines dans la famille - troubles anxieux (?) - trouble obsessionnel-compulsif (?) 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement négatif – offre de médication pour le soulagement de la douleur - réduction de l'anxiété lorsqu'on lui permet de terminer ses rituels
Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - frustration à l'égard d'un besoin/désir de quelque chose, et nécessité d'attendre l'intervention du personnel - frustration à l'égard de l'incapacité du personnel à comprendre ses formes de suppléance de la communication - détresse ou confusion après la fin du placement scolaire et la perte de contact avec des amis de longue date 	<ul style="list-style-type: none"> - rares manifestations d'initiative (formulation de demande ou exécution de tâche) sans incitation du personnel - manque d'aptitude verbale - besoin de routine et de structure 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement négatif – réduction des frustrations lorsqu'il est capable d'exécuter une tâche pour obtenir un objet désiré, après une incitation Renforcement différentiel – lorsque le personnel comprend ses signes ou gestes et peut satisfaire ses besoins (en absence d'agression)
Social	<ul style="list-style-type: none"> - environnements bruyants, avec de nombreuses personnes - programmes centrés sur des activités sédentaires - programmes n'incluant aucune tâche clairement définie 	<ul style="list-style-type: none"> - stimulation excessive par excès de bruit ou afflux de personnes - besoin d'un niveau élevé d'activité physique - besoin de programmes structurés 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement négatif – retrait du sujet d'un environnement bruyant ou surpeuplé; promenade; petits travaux à exécuter

Sommaire

Dans ce chapitre nous avons examiné divers instruments utilisés pour l'évaluation biopsychosociale des problèmes de santé mentale chez les personnes affectées d'une déficience de développement. On a décrit les utilisations et limitations des divers outils d'évaluation. De l'information pratique concernant la conduite d'une évaluation a été présentée, avec des exemples spécifiques illustrant le contenu et le format des divers instruments d'évaluation. Les différences entre l'intervention d'identification et l'évaluation approfondie ont été soulignées. Finalement, des descriptions de cas spécifiques ont permis de présenter une synthèse.

Connaissez-vous / Savez-vous?

1. Pourquoi les examens d'identification et d'évaluation sont si importants pour la compréhension des comportements des personnes affectées d'une déficience de développement? Citer deux raisons.
2. Les situations biomédicales les plus communes qui influencent ces comportements?
3. Citer quelques événements psychologiques communs qui peuvent se manifester sous forme de comportements excessifs.
4. Comment l'évaluation psychologique contribue au processus d'identification/détection?
5. La signification du sigle FIDD?
6. Les éléments les plus communs d'une évaluation comportementale?
7. Citer quelques défis qui se présentent dans le cadre de l'évaluation et du traitement des personnes affectées d'une déficience de développement qui ont commis un délit sexuel.

Ressources

La liste de ressources suivante permettra au lecteur d'accéder à d'autres informations concernant les instruments d'évaluation psychologique qui ont été mentionnés dans ce chapitre. L'accès à beaucoup de ces instruments n'est permis qu'à des professionnels qui possèdent des compétences et une formation spécifiques; pour les détails, consulter les fournisseurs ou éditeurs des tests.

PSYCAN, Unit 12, 120 West Beaver Creek Road, Richmond Hill, ON L4B 1L2; Téléphone : 905 731-8795; Fax: 905 731-5029; Courriel: mail@psycan.com; Site Internet : www.psycan.com (EVT; PIAT-R, PPVT-III; TONI-3; VABS; WRAT-3) .

Psychological Corporation, 55 Horner Avenue, Toronto, ON M8Z 4X6; Téléphone : 800-387-7278 ou 416 255-4491; Fax: 800 665-7307 ou 416 255-6708; Courriel: cs_canada@harcourt.com; Site Internet : www.hbtpc.com/tpccanada (WAIS-III; WRAT-3)

Psychological Assessment Resources, Inc. P.O. Box 998, Odessa, FL 33556; Téléphone : 800-331-8378; Fax: 800 727-9329; Courriel: custserve@parinc.com; Site Internet : www.parinc.com (ABS-RC:2)

Riverside Publishing , 425 Spring Lake Drive, Itasca, IL 60143-9921; Téléphone: 800-323-9540; Fax: 630-467-7192; Site Internet : www.riverpub.com (SB-IV, SIB-R)

Stoelting Co., 620 Wheat Lane, Wood Dale, IL 60191; Téléphone: 630 860-9700; Fax: 630 860-9775; Site Internet : www.stoeltingco.com (Leiter-R)

Références

- Aldenkamp, A.P., Vermeulen, J., Mulder, O.G., Overweg, J., Van Parys, A.P., Beun, A.M., Va'tSlot, B. (1994). Gammavinyll GABA (Vigabatrin) and mood disturbances. *Epilepsia*, *35*, 999-1004.
- Aman, M.G., & Singh, N.N. (1994). *Aberrant Behavior Checklist-Community. Supplementary manual*. E. Aurora, NY: Slosson Educational Publications.
- Armdorfer, R.A., Miltenberger, R.G., Woster, S.H., Rortvedt, A.K., Gaffaney, R. (1994). Home-based descriptive and experimental analysis of problem behaviors in children. *Topics in Early Childhood Special Education*, *14*, 64-87.
- Brown, L., Sherbenou, R., & Johnsen, S. (1997). *Test of Nonverbal Intelligence Third Edition*. Austin, TX: PRO-ED.
- Bruinicks, R.H., Woodcock, R.W., Weatherman, R.F., & Hill, B.K. (1996). *Scales of Independent Behavior-Revised: Comprehensive Manual*. Itasca, IL: Riverside Publishing Co.
- Butler, M.G., Mangrum, T., Gupta, R., & Singh, D.N. (1991). A 15-item checklist for screening mentally retarded males for the Fragile X syndrome. *Clinical Genetics*, *39*, 347-354.
- Carr, E.G., Neuman, J.K., & Darnell, C.L. (1998). The clinical importance of sleep data collection: A national survey and case reports. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, *1*, 39-43.
- Derby, K.M., Wacker, D.P., Sasso, G., Steege, M., Northup, J., Cigrand, K., & Asmus, J. (1992). Brief functional assessment techniques to evaluate aberrant behavior in an outpatient setting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *25*, 713-721.
- Down Syndrome Medical Interest Group (1999). Health care guidelines for individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Quarterly*, *4*, 1-36.
- Dunn, L.M. & Dunn, L.M. (1997). *Peabody Picture Vocabulary Test Third Edition*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

- Durand, V.M. & Crimmins, D.B. (1992). The motivation assessment scale (MAS) administration guide. Topeka, KS: Monaco and Associates.
- Einfeld, S.L., & Tonge, B.J. (1994). Manual for the Developmental Behaviour Checklist. School of Psychiatry, University of New South Wales, and Centre for Developmental Psychiatry, Monash University.
- Feldman, M. & Griffiths, D. (1997). Comprehensive assessment of persons with developmental disabilities In N.N. Singh (Ed.), *Treatment of Severe Behavior Problems: Models and Methods* (pp. 23-48). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Gardner W.I. & Sovner, R. (1994). *Self-injurious behaviours, diagnosis and treatment, a multimodal approach*. Willow Street, PA: VIDA Publishing.
- Gedye, A. (1998). *Behavioural Diagnostic Guide for Developmental Disabilities*. Vancouver: Diagnostic Books.
- Gershon, W.S., Goldstein, R.R., Moss, A.J., & van Kammen, D.P. (1979). Psychosis with ordinary doses of propranolol. *Annals of Internal Medicine*, 90. 938-939.
- Griffiths, D. (2001). Strategic behavioral interventions in aggression. In A. Dosen, & K. Day (Eds.), *Treating Mental Illness and Behavior Disorders in Children and Adults with Mental Retardation* (pp. 305-322). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Griffiths, D., & Hingsburger, D. (1991) *OPTIONS*. Richmond Hill, Ontario: York Central Hospital.
- Griffiths, D., & Lunsy, Y. (sous presse). *Socio-sexual Knowledge and Attitude Assessment Tool*. Wooddale, Ill.: Stoelting.
- Griffiths, D., Richards, D., Fedoroff, P., & Watson, S. (2002) Sexuality and Mental Health in Persons with Developmental Disabilities. In D. Griffiths, C. Stavrakaki, & J. Summers (Eds.), *An introduction to the mental health needs of persons with developmental disabilities*. Sudbury, ON: Habilitative Mental Health Resource Network.

- Hurley, A.D. (1997). Using the ABC sheet to analyze behavior: A training guide. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 16, 81-89.
- Hurley, A.D. (1989). Clinical use of intelligence testing. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 8, 49-55.
- Hurley, A.D. & Sovner, R. (1992). Inventories for evaluating psychopathology in developmentally disabled individuals. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 11, 45-49.
- Iwata, B.A., Vollmer, T.R., & Zarcone, J.R. (1990). The experimental (functional) analysis of behavior disorders: Methodology, applications, and limitations. In C. Repp & N.N. Singh (Eds.), *Perspectives in the use of non-aversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities* (pp. 301-330). Sycamore IL: Sycamore Publishing Co.
- Iwata, B.A., Duncan, B.A., Zarcone, J.R., Lerman, D.C., Shore, B.A. (1994). A sequential test-control methodology for conducting functional analyses of self-injurious behavior. *Behavior Modification*, 18, 289-306.
- Loschen, E.L. & Osman, O. (1992) Self-injurious behavior in the developmentally disabled: Assessment techniques. *Psychopharmacology Bulletin*, 28, 433-437.
- Lowry, M. & Sovner, R. (1991). The functional significance of problem behaviour: A key to effective treatment. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 10, 59-63.
- Markwardt, F.C., Jr. (1998). *Peabody Individual Achievement Test-Revised*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Matson, J.L. (1995). *The Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped- Revised (DASH-II)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers.
- Matson, J.L. (1988). *The Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults: Test Manual*. Orland Park, IL: International Diagnostic Systems.
- Matson, J.L. (1997). *The Assessment for Dual Diagnosis (ADD)*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers.

- McCabe, M. (1999). Sexual knowledge, experience, and feelings among people with disabilities. *Sexuality and Disability, 17* (2), 157-170.
- Miltenberger, R. (1997). *Behavior modification: Principles and procedures*. Pacific Grove, CA.:Brooks/Cole Publishing.
- Murphy, W.D., Coleman, E.M., & Haynes, M. (1983). Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offender. In J. Greer & I Stuart (Eds.), *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment* (pp. 22-41). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Nihira, K., Leland, H., & Lambert, N. (1993). *Adaptive Behavior Scale - Residential and Community Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED.
- O'Neill, R.E., Horner, R.H., Albin, R.W., Storey, K., & Newton, J.S. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook*. Pacific Grove, CA.:Brooks/Cole Publishing
- Ousley, O.Y. & Mesibov, B.G. (1991). Sexual attitude and knowledge of high functioning adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 21*, 471-481.
- Pary, R.J., Levitas, A.S., & Hurley, A.D. (1999). Diagnosis of bipolar disorder in persons with developmental disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities, 2*, 37-49.
- Prout, H.P. & Strohner, D.C. (1991). *Emotional Problems Scales: Professional Manual for the Behavior Ratings Scales and the Self-Report Inventory*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources.
- Reiss, S. (1988). *Reiss Screen for Maladaptive Behavior: Test manual (2nd ed.)* Orland Park, IL: International Diagnostic Systems.
- Reiss, S. & Valenti-Hein, D. (1990). *Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis: Test manual 2nd edition*. Worthington, OH:

- International Diagnostic Systems.
- Roid, G., & Miller, L. (1997). *Leiter International Performance Scale-Revised*. Wood Dale: IL: Stoelting Co.
- Ryan, R. & Sunada, K. (1997). Medical evaluation of persons with mental retardation referred for psychiatric assessment. *General Hospital Psychiatry, 19*, 274-280.
- Quinsey, V.L., Harris, G.L. Rice, M.E., & Cormier, K. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sovner, R. & Hurley, A.D. (1990). Assessment tools which facilitate psychiatric evaluation and treatment. *Habilitative Mental Healthcare Newsletter, 9*, 91-99.
- Sovner, R., & Hurley, A.D. (1992). The psychiatric followup visit worksheet. *Habilitative Mental Healthcare Newsletter, 11*, 1-6.
- Sparrow, S.S., Balla, D.A., & Cicchetti, D.V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales: Interview edition, Expanded form manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Thorndike, R.L., Hagen, E.P., & Sattler, J.M. (1986). *Guide for administering and scoring the Stanford-Binet Intelligence Scale: Fourth Edition*. Chicago, IL: Riverside.
- Timmers, R.L., DuCharme, P., & Jacob, G. (1981). Sexual knowledge, attitudes, and behavior of developmentally disabled adults living in a normalized apartment setting. *Sexuality and Disability, 4*, 27-39.
- Touchette, P.E., MacDonald, R.F. & Langer, S.N. (1985). A scatterplot for identifying stimulus control of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 18*, 343-351.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wilkinson, G.S. (1993). *Wide Range Achievement Test 3*. Wilmington, DL: Wide Range, Inc..
- Williams, K.T. (1997). *Expressive Vocabulary Test Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Wish, J.R., McCombs, K.F. & Edmonson, B. (1980). The Socio-Sexual Knowledge and Attitude Test. Wood Dale, IL: Stoelting Co.