



consolider les nouvelles positions par une formulation personnelle de la naissance et du processus du problème.

Le thérapeute doit favoriser l'émergence d'une alliance thérapeutique avec les deux partenaires, sans qu'aucun ne soit brimé. Ses principales interventions doivent porter sur l'accès et la validation de l'expérience subjective des partenaires, le reflet du processus interactif et la reformulation de l'expérience en termes d'attachement. Enfin, les impasses qui s'imposent au processus thérapeutique, telles les blessures d'attachement, doivent être soulignées au couple. Si cela est nécessaire, quelques sessions individuelles peuvent être proposées.

Des résultats éloquentes

Plusieurs forces sont relevées dans la EFT. En premier lieu, celle-ci apporte une conceptualisation explicite de la détresse conjugale et de la relation d'attachement. Les techniques utilisées pour valider ces postulats permettent également une structure et une organisation de l'interprétation du processus conjugal. En second lieu, des interventions et des stratégies de changement proposées sont précises et spécifiques. Enfin, cette théorie a été appliquée à plusieurs problématiques et populations. Elle semble d'ailleurs validée empiriquement. Une étude récente de Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. et Schinder, D. (1999) a démontré avec un effet de taille de 1,3 que 90 % des couples qui avaient participé à une thérapie centrée sur les émotions, comparativement au groupe contrôle, se portaient mieux. De plus, de 70 % à 73 % des couples s'étaient remis de leur détresse selon un suivi réalisé dans les trois et six mois après la thérapie. L'amélioration serait également maintenue et le taux de récurrence, bas. En regard de ces résultats et des points positifs relevés, il semble que la thérapie conjugale centrée sur les émotions fournisse des pistes d'intervention intéressantes. ■

Isabelle Verret est étudiante à la maîtrise en psychologie clinique à l'Université Laval.

Tout ce que le psychologue doit savoir sur la déficience intellectuelle... et plus

Tel est le titre de l'atelier d'une journée présenté par M. Marc J. Tassé, professeur au Département de psychiatrie de l'Université de la Caroline du Nord, devant une salle comble, lors du Congrès 2000 de l'Ordre.

Par Caroline Lepage et Jean-Paul Mourez, Dpl. Ps.

APRÈS un bref historique de la déficience intellectuelle, le conférencier a effectué une mise au point en ce qui a trait aux définitions de la Classification internationale des maladies mentales (OMS, 1992), de l'AAMR (Luckasson *et al.*, 1992), du DSM-IV (APA, 1994), du MÉQ et du MSSS. Bien que différentes, celles-ci partagent trois critères essentiels à l'établissement d'un diagnostic de déficience intellectuelle : des déficits sur le plan du quotient intellectuel et sur celui des comportements adaptatifs, ainsi que leur apparition pendant la période de développement. Selon M. Tassé, la définition la plus utilisée en Amérique du Nord est celle de l'AAMR, qui se lit ainsi : « Le retard mental réfère à des limitations substantielles dans le fonctionnement actuel. Il est caractérisé par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne (QI = 70 à 75 ou moins) concomitant des limitations dans au moins 2 des 10 domaines d'habiletés adaptatives et l'apparition du retard mental doit se faire avant l'âge de 18 ans. »

Pour un diagnostic valable

Selon les études citées par M. Tassé, la moitié des psychologues québécois ne tiennent pas compte de tous les critères lorsqu'ils émettent le diagnostic de retard mental. En effet, l'examen et la mesure des comportements

adaptatifs sont souvent absents de l'évaluation psychologique. Aussi le professeur-clinicien a-t-il insisté sur l'importance de respecter les trois critères afin de poser, de façon valable, un tel diagnostic.

Pour outiller les professionnels, le conférencier propose *Le Guide professionnel pour l'évaluation et le diagnostic du retard mental*¹ (H. Desrosiers, M. J. Tassé et J.-P. Mourez). Publié comme numéro spécial du bulletin de l'Association québécoise des psychologues scolaires (2000), ce document fournit des informations sur le plan tant théorique (déontologie, terminologie, définition, classification) que pratique (processus d'évaluation, diagnostic, annonce du handicap, rapport, recommandations, outils psychométriques).

Déficience intellectuelle et psychopathologie

Depuis des décennies, on sait que le retard mental ne peut être considéré comme une maladie. En revanche, la croyance d'une incompatibilité entre le retard mental et les troubles d'ordre psychopathologique est encore trop fréquente. Pourtant, les recherches montrent que la comorbidité est, au contraire, très importante (de l'ordre de 30 % à 40 % chez les personnes ayant une D. I. contre environ 10 % de la population générale). Plusieurs raisons concourent à cet état de fait : une plus grande faiblesse des habiletés sociales

et de résolution de problèmes, un sentiment d'impuissance acquise (Seligman) et des niveaux de motivation aberrants (Reiss et Havercamp, 1998). Le profil de motivateurs développé par Reiss, en cours d'adaptation au Québec, s'avère prometteur pour une meilleure identification des services et des soutiens, ainsi que pour la recherche d'une compatibilité optimale personne-travail et personne-milieu de vie.



Dr Marc J. Tassé

M. Tassé a souligné certains obstacles susceptibles de masquer le diagnostic. En effet, plus la déficience est importante, moins le diagnostic est fidèle, le rapport des symptômes par le client étant influencé par la faiblesse des habiletés langagières. Il importe donc de recueillir et de se fier à des indices comportementaux. Par exemple, dans le cas de la dépression, il faudra être attentif à l'expression faciale, au retrait social, aux changements de poids, etc.

Le chercheur a également présenté différentes interventions qui, en plus ou en parallèle à des approches pharmacologiques, permettent d'améliorer l'état du patient dans les cas de dépression (la psychopathologie la plus fréquente), de manie, d'anxiété généralisée ou de trouble oppositionnel avec provocation. L'éducation de la personne et de sa famille, les thérapies cognitivocomportementales et la gestion de l'environnement semblent les voies les plus efficaces. Par exemple, le conférencier a évoqué le Programme d'entraînement à la gestion de la colère (Betsey Benson), le Programme de formation des parents et enseignants-personnel (R. A. Barkley) et des tech-

niques de relaxation (Richard, Trasher et Elkins). Les personnes présentant un retard mental peuvent bénéficier des mêmes types d'intervention que la population générale, avec quelques précautions visant à faciliter l'intégration, la généralisation et le transfert, comme une présentation concrète sous plusieurs modalités, une répétition par le sujet des consignes importantes et l'utilisation d'exemples multiples.

Quant à l'utilisation de médicaments, elle pose quelques problèmes liés à la difficulté, pour certains clients, de rapporter les effets secondaires, les effets d'interaction résultant du cumul de plusieurs médicaments, et de conjuguer avec la grande variabilité des dosages efficaces².

Les mesures de soutien et leur évaluation

Dans la dernière partie de l'atelier, M. Tassé a souligné l'importance de l'évaluation des besoins du client en matière de soutien. En effet, celle-ci doit viser non seulement à poser le diagnostic assurant l'admissibilité du client aux mesures de soutien, mais aussi à en préciser le type et le niveau. Il s'agit alors de qualifier le soutien (intermittent, limité, important ou intense) et le niveau (léger, moyen, sévère ou profond). Cet aspect de l'évaluation avancée présentait certaines difficultés organisationnelles lors de la diffusion de la définition de l'AAMR, en 1992. Afin de développer un système d'évaluation de l'intensité des besoins de soutien avant 2002, un comité *ad hoc* de l'AAMR, dont fait partie M. Tassé, a été mis sur pied. Cette évaluation s'inscrit dans l'ensemble de l'intervention d'aide à la personne présentant un retard mental, dont les quatre étapes schématiques consistent à identifier les buts et les désirs de celle-ci, à évaluer l'intensité des besoins de soutien, à développer le plan de soutiens individualisés (PSI) et à évaluer le progrès.

Vers une nouvelle définition

À la fin de l'atelier, M. Tassé a entretenu l'audience des travaux du comité *ad hoc* de l'AAMR sur la terminologie

et la classification, auquel il participe. Les praticiens se demandent souvent quel terme employer. Il semblerait que le plus utilisé au Québec soit celui de « déficience intellectuelle », mais qu'il tende à être remplacé, comme aux États-Unis, par celui de « retard mental ».

Les changements suivants à l'actuelle définition font l'objet de discussions (italique) : « Le retard mental (*également connu sous le nom d'incapacité intellectuelle*) réfère à des limitations substantielles dans le fonctionnement actuel. Le retard mental est caractérisé par un fonctionnement intellectuel *significativement inférieur à la moyenne* ainsi que des limitations significatives dans les *habiletés pratiques, conceptuelles et/ou sociales*. Le retard mental se manifeste avant l'âge de 18 ans. » La nouvelle définition éliminerait donc les 10 domaines de comportements adaptatifs (dont la liste a souvent été critiquée pour ses faibles fondements empiriques) afin de les remplacer par les trois facteurs sous-jacents : habiletés pratiques, conceptuelles et sociales. Le comité remet également en question l'utilisation du QI comme déterminant de la limite du retard mental et se demande si on ne devrait pas plutôt utiliser l'écart type comme mesure (ex. : deux écarts types sous la moyenne).

Les débats sont donc loin d'être terminés, ce qui doit amener tous les psychologues actifs dans ce champ de pratique à demeurer attentifs aux développements dans le domaine... quitte à participer à un autre atelier aussi stimulant lors d'un prochain congrès de l'Ordre! ■

Caroline Lepage est étudiante au doctorat en psychologie. Jean-Paul Mourez est psychologue scolaire.

Références

1. Disponible auprès de l'AQPS. Pour le recevoir, faites parvenir un chèque au montant de 10 \$ à l'ordre de l'AQPS à Marjolaine Jacques, au 64, rue Elgin, Granby, Québec, J2G 4V3.
2. Pour plus d'information, voir la documentation publiée par Aman *et al.* (1999) dans le cadre de Project Med.