
Chapitre 17

Problèmes de santé mentale chez les clients affectés d'une grave déficience de communication

Julie Reid, Jane Summers, Judith Adamson, Brenda Habjan, Charles Meister et Valérie Gignac

Objectifs d'apprentissage

Le lecteur sera en mesure de :

1. Décrire comment la dégradation des facultés sensorielles et de communication peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement social et émotionnel des clients.
2. Déterminer des formes de communication conventionnelles et non conventionnelles.
3. Identifier des stratégies de développement des aptitudes de communication des clients, et comment celles-ci peuvent améliorer leur santé mentale.
4. Identifier des changements de comportement des clients qui peuvent indiquer un besoin d'évaluation médicale et/ou de santé mentale.

Introduction

Ce chapitre traite des problèmes de santé mentale des personnes affectées d'une grave déficience de communication. Nous parlons spécifiquement ici des clients qui sont principalement non verbaux (c'est-à-dire avec pas ou peu d'aptitudes pour une élocution expressive). Nous avons choisi de nous concentrer sur ce groupe particulier parce que ces clients présentent souvent d'importants problèmes aux professionnels de la santé et aux prestataires de

soins et services. Contrairement à la situation usuelle dans laquelle le client fait l'objet d'une entrevue directe dans le cadre du processus d'évaluation, le clinicien doit dans le cas présent se baser sur de l'information communiquée par d'autres personnes (p. ex., membres de la famille, intervenants qui dispensent un soutien, etc.). De ce fait, le clinicien doit effectuer un rapprochement entre les divers points de vue fréquemment formulés, et doit déterminer l'état interne du client par déduction à partir de l'information disponible. Au niveau personnel, un professionnel se sent souvent mal à l'aise – et même incompetent – dans les situations où il est difficile de communiquer directement avec un client. De plus, beaucoup de ces clients utilisent des comportements ou autres moyens non verbaux (p. ex., agression ou auto-mutilation) pour communiquer leurs besoins physiques et émotionnels, ce qui peut être incompréhensible et effrayant pour l'observateur; cependant, la formation et l'expérience du clinicien peuvent lui permettre de surmonter son appréhension et de jouer un rôle significatif pour prodiguer des services à cette population.

Nous débutons le chapitre avec une présentation générale de ce qu'est la communication, suivie d'un sommaire des problèmes de communication des personnes affectées d'une déficience de développement. Nous parlerons ensuite brièvement des déficiences sensorielles, et des difficultés qu'elles suscitent. Nous établirons également le lien entre les déficiences sensorielles et de communication et les questions de santé mentale, et nous examinerons les stratégies qui permettent d'améliorer les capacités de communication des clients, afin de conduire à une amélioration de leur fonctionnement socio-émotionnel. Finalement, nous parlerons des difficultés de l'évaluation des problèmes de santé mentale des personnes affectées d'une grave déficience de communication, et nous proposerons quelques suggestions qui peuvent permettre de surmonter ces difficultés.

Avant de commencer, nous aimerions présenter les principes suivants sur lesquels est basée notre approche clinique des clients non verbaux affectés de problèmes de santé mentale :

- la capacité de communiquer efficacement est essentielle pour une bonne santé mentale;
- les déficiences sensorielles et de la communication peuvent avoir un impact négatif sur le bien-être émotionnel et social d'une personne;
- un comportement aberrant (qui peut être considéré comme une forme de communication non conventionnelle) est souvent l'un des principaux motifs de consultation des professionnels de la santé;
- les stratégies qui développent la capacité d'un client à utiliser des formes de communication conventionnelles peuvent améliorer son fonctionnement socio-émotionnel

Présentation générale de la communication

Qu'est-ce que la communication?

La communication est un échange d'information et d'idées entre deux ou plusieurs personnes – l'émetteur du message et le destinataire (la personne qui reçoit le message). En général, *l'émetteur du message* doit déterminer exactement quelle information ou idée doit être communiquée, et transmettre cette information au(x) *destinataire(s) du message* qui doi(ven)t alors pouvoir la comprendre et agir sur la base de l'information communiquée. Une « *rupture de communication* » peut survenir à tout moment dans ce processus, ce qui cause une insatisfaction ou une frustration pour l'émetteur du message ou le destinataire, ou pour les deux personnes. Ce processus n'est pas aussi bien défini dans le cas des personnes affectées d'une grave déficience intellectuelle et de communication (p. ex., en ce qui concerne l'intention de communication du client, et la réciprocité ou l'échange d'information); de ce fait, on doit déduire les pensées et sensations du client sur la base d'indices comportementaux et d'autres considérations.

Pourquoi communiquons-nous?

Nous communiquons parce que l'échange d'information et d'idées

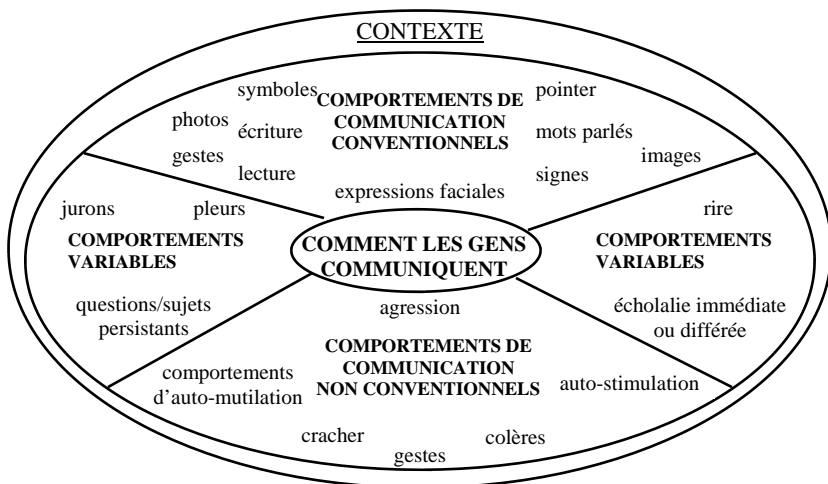
avec une autre personne remplit une ou plusieurs fonctions dans notre vie. Grâce à la communication, nous sommes en mesure de :

- exprimer nos besoins et désirs pour qu'ils soient plus facilement satisfaits
- partager de l'information afin d'être considérée comme une personne
- développer une proximité sociale pour entretenir des relations avec d'autres personnes
- nous conformer aux conventions sociales afin d'être acceptés comme membres de la société (Beukelman & Mirenda, 1992)

Comment communiquons-nous?

Toute forme de communication peut être classée dans l'une de trois catégories – communication conventionnelle, communication non conventionnelle, et comportements variables de communication.

Figure 1 – Catégories des comportements de communication (adaptation de Wyngaarden, Honeyman & Tweedie, 1996).



1. Comportements de communication conventionnels

Il s'agit de formes de communication verbale (paroles) ou de formes de communication substitutives. On classifie comme « communication substitutive » toute approche qui permet de faciliter ou augmenter la communication des personnes qui ne sont pas des communicateurs verbaux indépendants dans toutes les situations (Beukelman, Yorkston & Dowden, 1985). Exemples d'approches de communication substitutives : langage écrit, langage des signes, images/photos, gestes et expressions faciales.

Les comportements de communication conventionnels conduisent généralement à des transactions de communication réussies, et sont souvent considérés comme des modes de communication plus « acceptables ».

2. Comportements de communication non conventionnels

Il s'agit de formes de communication typiquement considérées comme « comportementales » par nature, et qui suscitent beaucoup de stress, d'anxiété et de frustration pour l'émetteur du message et le destinataire du message. Ceci constitue également l'une des principales raisons de consultation des professionnels de la santé mentale (AACAP, 1999). L'agression, l'auto-mutilation et le non-respect de directives sont des exemples de communication non conventionnelle. Les formes de communication non conventionnelles sont généralement plus difficiles à comprendre; elles sont considérées comme perturbantes, elles peuvent susciter un risque pour l'émetteur du message et pour son destinataire, et elles sont souvent considérées comme des moyens de communication « moins acceptables ». Ces formes de communication donnent souvent lieu à une intervention clinique – par exemple une thérapie comportementale, un traitement pharmacologique – et/ou à l'enseignement de formes de communication conventionnelles destinées à les remplacer.

3. Comportements de communication variables

Il s'agit de formes de communication qui peuvent être classées dans n'importe laquelle des catégories ci-dessus, selon la situation. Par exemple, pleurer serait considéré comme une forme de communication conventionnelle pour l'expression de la détresse à l'occasion d'une cérémonie funéraire; cependant, pleurer chaque fois qu'on doit accomplir une certaine tâche peut être considéré comme un moyen de communication non conventionnel et moins acceptable.

Quels facteurs affectent la communication?

Des facteurs individuels, interpersonnels et environnementaux influencent la communication. Exemples de facteurs individuels : personnalité de la personne, niveau de compétence, facultés sensorielles, niveau de stress/d'excitation et état interne. L'interaction complexe de ces facteurs influence les interactions entre les personnes. Exemples de facteurs environnementaux : température, bruit, éclairage et nombre de personnes présentes.

Lien entre les déficiences sensorielles et de communication et les problèmes de santé mentale

Divers facteurs peuvent contribuer au développement et à l'expression des problèmes de santé mentale chez les personnes affectées d'une grave déficience de communication. Tout d'abord, la capacité d'un client à assimiler et à utiliser les formes de communication conventionnelles dépend généralement de son niveau de fonctionnement intellectuel; par exemple, plus la déficience intellectuelle est importante, moins le client sera capable de développer indépendamment une capacité de communication par la parole ou d'autres moyens symboliques. Par conséquent, le client devra essentiellement utiliser des formes de communication non conventionnelles (comportementales) dans ses interactions avec son entourage; comme on l'a déjà mentionné, il est alors plus difficile pour les destinataires des messages de les comprendre, et il est moins probable que le processus produira le

résultat désiré par l'émetteur du message. De ce fait, le client peut se sentir socialement isolé, et réagir par des manifestations de frustration, de colère, d'anxiété. Des troubles comme l'autisme et les troubles envahissants du développement sont associés à des déficiences particulièrement sévères affectant les facultés de communication et les relations sociales.

Deuxièmement, on constate une incidence plus élevée de problèmes biomédicaux (p. ex. : affections neurologiques, déficiences sensorielles et motrices) chez les personnes affectées d'une déficience intellectuelle plus sévère (DSM-IV, 1994). Les dommages neurologiques peuvent par eux-mêmes constituer un facteur favorisant l'apparition de problèmes de santé mentale. De même, une déficience sensorielle (p. ex., trouble de la vision ou de l'audition) peut contribuer aux problèmes de santé mentale ou produire des effets très similaires. Par exemple, la perte de l'audition peut accentuer la dégradation des aptitudes cognitives et d'expression verbale du client, ce qui affecte négativement ses relations interpersonnelles et peut susciter des comportements similaires à des symptômes psychiatriques. Par exemple, une personne chez qui une dégradation de l'ouïe n'a pas été diagnostiquée, peut mal percevoir ou interpréter les commentaires des membres de son entourage, et leur sembler être « paranoïaque ». Considérons le cas d'un client affecté d'une déficience visuelle qui manifeste une peur intense en réaction à une situation particulière (p. ex., lorsqu'il doit descendre un escalier); ceci peut être incorrectement interprété comme une phobie ou peur irrationnelle, conduisant à un traitement par une médication au lieu de s'assurer de l'illumination adéquate de la cage d'escalier.

Connaissez-vous / Savez-vous?

- que les déficiences sensorielles sont beaucoup plus fréquentes chez les personnes affectées d'une déficience de développement, par comparaison à la population générale (Beange, McElduff & Baker, 1995).

- qu'on identifie des troubles de la vision et de l'audition chez environ 10 % des personnes affectées d'une déficience intellectuelle sévère (McQueen, Spence, Garner, Pereira & Winsor, 1987).
- que ce chiffre peut être encore plus élevé pour les groupes affectés de troubles ou de syndromes spécifiques – p. ex. on constate une perte d'audition neurosensorielle chez près de 40 % des personnes affectées du syndrome de Down (Gedye & Russell, 1995).
- que la dégradation sensorielle peut être causée par une infection survenant durant la grossesse, comme la rubéole
- que la dégradation sensorielle peut être présente à la naissance ou se développer au cours du temps
- que la détection précoce et un traitement adéquat sont des facteurs essentiels, tandis que les prestataires de soins n'ont pas toujours conscience des facteurs de risque et des besoins de service (Murphy, Paquette, Ouellette-Kuntz, Stanton & Garrett, 1999).

La capacité à communiquer efficacement est un facteur essentiel du bien-être physique et émotionnel d'une personne. Il est par conséquent nécessaire d'investiguer au-delà des besoins physiologiques de base, et d'envisager les besoins psychologiques (affiliation, réalisation, affirmation), et l'impact, sur la santé mentale d'une personne, de la non-satisfaction de ses besoins (p. ex., faible estime de soi, dépression).

Interventions pour améliorer la communication

L'approche des problèmes de santé mentale chez les personnes affectées d'une grave déficience de communication implique la fourniture de moyens de communication conventionnels qui amélioreront leur capacité de communication (expression et réception), et qui augmenteront la probabilité de satisfaction de leurs besoins socio-émotionnels. Des stratégies d'amélioration des

facultés de communication sont typiquement utilisées en conjonction avec des approches comportementales dans le cadre desquelles on adapte l'environnement pour faciliter l'adoption de comportements « acceptables » (p. ex., comportements qui favoriseront le bien-être personnel et social du client) et pour réduire la survenue de comportements « problématiques » (p. ex. Carr & Durand, 1985).

Le processus d'évaluation et d'intervention face à une déficience des capacités de communication implique les étapes suivantes :

- évaluation des formes de communication et des aptitudes actuelles du client.
- détermination de la fonction de communication du comportement non conventionnel.
- évaluation du niveau de compréhension des symboles par le client.
- utilisation de l'information recueillie pour le développement d'une approche qui favorisera l'utilisation de formes de communication conventionnelles.

Comment évaluer les aptitudes actuelles et les formes de communication du client?

1. Observer comment le client communique :

- mots d'accueil (bonjour, au revoir)
- demande d'aliments ou boissons
- demande d'activité
- besoin d'aide
- besoin d'une pause
- affirmation (oui)
- négation (non)
- recherche d'attention
- sur son état physique
- sur ses sensations/sentiments

- humour
 - ennui
 - besoin d'information
 - partage d'information
2. Comment le client établit des liens avec les gens (famille, personnel, collègues, autres)?
 3. Style des interactions du client avec son entourage (p. ex., initiation spontanée d'une prise de contact, ou interaction seulement par réponse).
 4. Capacité de compréhension du client à l'égard de divers facteurs (p. ex., information familière ou non familière, information simple ou complexe, nombre de directives que le client est capable de suivre).
 5. Capacité de formulation d'un choix (p. ex., oui/non, choix parmi deux options ou plus).
 6. Capacité du client à attendre et à effectuer les transitions entre les activités, les environnements et les personnes.

Détermination de la fonction de communication d'un comportement non conventionnel

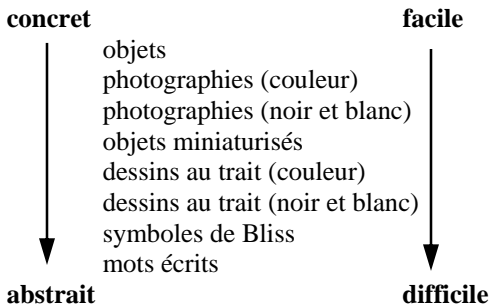
Le motif ou la fonction du comportement de communication non conventionnel peut être déterminé par observation directe, collecte de données (p. ex., information sur antécédents-comportement-conséquences), modification des conditions et détermination des effets du comportement (p. ex., permettre au client d'abandonner une tâche difficile après un incident d'auto-mutilation, et analyse de l'impact sur la fréquence et la durée du comportement), et/ou formulation d'hypothèses sur les raisons qui provoquent la manifestation comportementale (Carr et al., 1999). Ce type d'évaluation convient bien pour une approche conjointe par un

orthophoniste et un thérapeute comportemental.

Évaluation du niveau de compréhension des symboles par le client

Un symbole est un élément qui représente une autre chose. Exemples de symboles : photographies, dessins, langage des signes et mots écrits. On peut classer les symboles selon une hiérarchie qui reflète leur niveau d'abstraction et la facilité de compréhension et d'utilisation (Mirenda & Locke, 1989). Généralement, il est plus facile pour une personne de comprendre et utiliser des symboles qui ont une étroite ressemblance avec l'article que chaque symbole représente. Exemple de symbole concret : une tasse que le client tend à un membre du personnel pour demander qu'on la lui remplisse. À l'autre extrémité du spectre on placerait les symboles qui ont moins de ressemblance avec l'article représenté. Exemple de symbole abstrait : le signe représentant « tasse » dans le langage des signes.

Figure 2 – Hiérarchie des symboles (adaptation de l'information de Mirenda & Locke, 1989).



L'observation des symboles utilisés actuellement dans les situations quotidiennes par le client – p. ex. feuilleter un magazine et pointer un mot difficile ou peu familier, reconnaître des personnes sur une photographie, compréhension des idéogrammes (homme/femme sur la porte des salles de toilette, symboles d'interdiction de fumer) – est un moyen informel qui permet d'évaluer le niveau de compréhension des symboles par le client.

Conseils pour la détermination des formes appropriées de communication conventionnelle pour un client

- observation des formes conventionnelles actuellement utilisées par le client (le cas échéant).
- examen des formes de communication auxquelles le client a été exposé dans le passé, et de leur niveau de succès.
- quels symboles le client comprend-il?
- le client a-t-il des limitations fonctionnelles (p. ex., la vision, l'audition, la main/le bras, la mobilité) qui empêcheraient l'emploi de certaines approches ou nécessiteraient un type d'approche différent?
- quelles sont les situations spécifiques dans lesquelles le client doit utiliser une forme de communication conventionnelle ou dans lesquelles les membres du personnel doivent communiquer un message?
- avec quoi les membres du personnel sont-ils en mesure de travailler (p. ex., le langage des signes, la communication à l'aide d'images)?

Utilisation de l'information recueillie pour le développement d'une approche qui favorisera l'utilisation de formes de communication conventionnelles

Les interventions de facilitation de la communication ont pour objet d'améliorer les compétences de communication des clients et de réduire leur recours à des formes de communication non conventionnelles ou comportementales (p. ex., l'agression ou l'auto-mutilation). Il est clair pour chacun qu'un client qui utilise des formes de communication plus conventionnelles sera plus facilement compris, ce qui conduira à une meilleure satisfaction de ses besoins physiques et socio-émotionnels, ce qui dans les deux cas aura un impact direct sur sa santé mentale. Par exemple, un client qui est capable de communiquer son besoin d'interaction sociale (souvent exprimé d'une manière négative par des « comportements de recherche d'attention ») en faisant un geste invitant quelqu'un à s'approcher, au lieu de lui lancer un objet, sera probablement perçu d'une manière plus positive, recevra plus de soutien émotionnel et sera inclus dans plus d'activités. Ainsi, le développement des compétences de communication du client a un effet considérable sur tous les aspects de sa vie.

Dans beaucoup de stratégies de développement des facultés de communication, on fait usage d'indices visuels qui, puisqu'ils sont toujours disponibles, sont utiles dans les interactions avec les clients qui ont des difficultés à traiter une information verbale ou qui ont besoin de plus de temps pour s'exprimer. De plus, ces indices visuels sont facilement compris et sont largement utilisés et acceptés (beaucoup de gens ne pourraient fonctionner sans leur carnet d'adresses et leur emploi du temps quotidien). On peut utiliser des indices visuels dans diverses applications :

- promotion de communications plus efficaces (expression et réception)
- communication de rappels au sujet des attentes comportementales
- structuration d'une activité ou d'une période de temps

- facilitation de l'acquisition de nouvelles compétences (p. ex. selon un processus d'étapes)

Exemples d'aides visuelles

Tableau de choix

Un tableau de choix permet de faciliter l'expression d'un choix par un client et de développer son sentiment de contrôle et d'indépendance personnelle, ce qui dans les deux cas est important pour le bien-être émotionnel. On peut également utiliser un tableau de choix pour indiquer clairement qu'un choix *n'est pas* disponible, ce qui devrait réduire les manifestations de confusion, d'anxiété ou de frustration que cela pourrait susciter.

Figure 3 - Exemple d'un tableau de choix qu'un client peut utiliser pour indiquer une préférence pour une boisson particulière (Picture Communication Symbols ©. Les symboles PCS sont utilisés avec la permission de Mayer-Johnson, Inc. © Copyright 1981-2002. Tous droits réservés dans le monde entier).

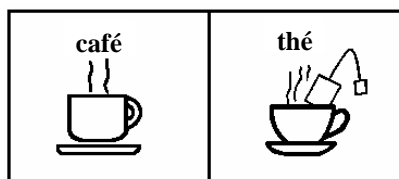


Tableau « quand/ensuite » ou « d'abord/ensuite »

Ce type d'élément visuel permet d'indiquer clairement ce qui doit être exécuté d'abord, *avant* qu'une seconde activité puisse commencer (souvent la première activité est moins agréable ou désirable, comme par exemple l'obligation de faire son lit avant de regarder la télévision). Un tableau de choix « quand/ensuite » ou « d'abord/ensuite » permet de réduire un comportement non conventionnel utilisé comme moyen d'échapper à une tâche ou activité moins désirable, par liaison (d'une manière que le client peut facilement comprendre) avec quelque chose qui est plus

désiré ou désirable. Ce moyen permet de motiver un client et d'augmenter sa tolérance au report de la récompense. Ce type de tableau peut être utilisé à l'étape initiale d'un processus d'enseignement de la notion d'emploi du temps, pour inculquer au client le fait qu'une activité peut être suivie d'une autre activité.

Figure 4 – Exemple de tableau quand/ensuite qu'on peut utiliser pour aider un client à comprendre qu'une tâche spécifique (faire le lit) doit être exécutée avant une seconde activité (aller nager). (Picture Communication Symbols ©. Les symboles PCS sont utilisés avec la permission de Mayer-Johnson, Inc. © Copyright 1981-2002. Tous droits réservés dans le monde entier).

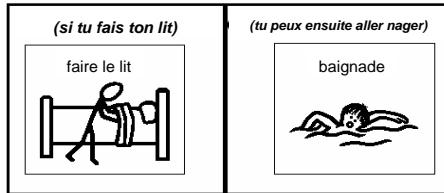
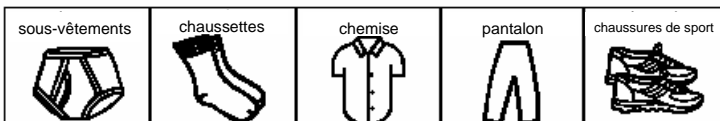


Tableau descriptif

Un tableau descriptif qui décrit chaque étape d'une nouvelle activité permet d'aider les clients à acquérir de nouvelles aptitudes ou à pratiquer de nouvelles activités. Lorsque chaque étape a été maîtrisée, le tableau descriptif peut être utilisé comme rappel de l'information en cas d'oubli d'une étape de la séquence. Un tableau descriptif peut promouvoir l'indépendance et une sensation de réalisation. On peut également employer cette approche pour réduire le niveau de frustration ou de colère que peut susciter un rappel des étapes d'une activité.

Figure 5 – Exemple de tableau descriptif qui peut aider un client à maîtriser une nouvelle tâche ou à se souvenir des étapes d'un processus. (Picture Communication Symbols ©. Les symboles PCS sont utilisés avec la permission de Mayer-Johnson, Inc. © Copyright 1981-2002. Tous droits réservés dans le monde entier).



Emploi du temps/agenda

On peut employer un tableau d'emploi du temps/agenda pour structurer les activités quotidiennes d'un client. Ceci peut aider le client à constater l'ordonnance et la prédictibilité de son environnement, à se préparer pour des changements attendus, et à communiquer de l'information au sujet des activités des personnes importantes de son entourage (p. ex., quand un membre particulier du personnel sera de nouveau de service). Un tableau d'emploi du temps/agenda peut réduire le niveau de stress et d'anxiété induit par l'incertitude qui entoure parfois les transitions et changements de routine (ce qui peut être exprimé par des comportements mal adaptés ou non conventionnels).

Figure 6 – Exemple de tableau d'emploi du temps qui décrit des activités quotidiennes d'un client. (Picture Communication Symbols ©. Les symboles PCS sont utilisés avec la permission de Mayer-Johnson, Inc. © Copyright 1981-2002. Tous droits réservés dans le monde entier).

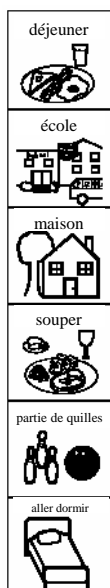











Tableau pour applications spécifiques

Un tableau pour applications spécifiques contient le vocabulaire qu'un client peut avoir besoin d'utiliser dans une situation spécifique. Par exemple, pour commander un repas dans un restaurant ou jouer une partie de quilles; un tableau « sentiments » contient le vocabulaire qui permet au client d'exprimer ses sentiments.

Figure 7 – Exemple de tableau « sentiments » qu'un client peut utiliser pour exprimer ses émotions ou sentiments. (Picture Communication Symbols ©. Les symboles PCS sont utilisés avec la permission de Mayer-Johnson, Inc. © Copyright 1981-2002. Tous droits réservés dans le monde entier).

joie 	tristesse 	colère 
ennui 	peur 	frustration 
maladie 	nausée 	embarras 

Autres outils

Sheila Hollins et ses collègues (Royaume-Uni) ont produit une série d'histoires relatant des situations ou événements qui peuvent être stressants ou traumatisants. On peut les utiliser pour préparer un client en prévision d'un événement prochain (comme une visite chez le médecin ou un déménagement), pour faciliter la révélation d'une expérience traumatique (abus sexuel), pour aborder des

questions sensibles ou délicates, ou pour une action de conseil ou de soutien émotionnel (p. ex. après le décès d'un parent). Des illustrations en couleurs (seules ou accompagnées d'un texte) permettent de raconter une histoire au sujet d'une personne qui vit une situation similaire ou qui affronte un problème comparable.

Évaluation des problèmes de santé mentale chez les personnes affectées d'une grave déficience de communication

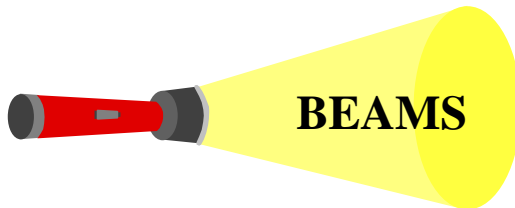
Comme nous l'avons déjà mentionné, l'évaluation des problèmes de santé mentale chez les clients non verbaux est une tâche énorme. Ceci découle de plusieurs facteurs :

- manque d'information de première main concernant les propres sentiments et pensées du client, ce qui impose le recours à de l'information émanant d'autres sources (généralement, le niveau de déduction nécessaire augmente à mesure que le niveau d'aptitude verbale du client diminue).
- présence d'autres facteurs (médicaux, sensoriels) et/ou effets secondaires de médicaments pouvant compliquer le contexte par l'exacerbation ou la simulation de symptômes de maladie mentale.
- besoin de modification des critères standard de diagnostic, faisant appel à une information verbale du client, dont l'applicabilité peut être limitée dans le cas des clients manifestant de graves déficiences intellectuelles et de communication (Pyles, Muniz, Cade & Silva, 1997).
- constatation du fait que les formes « classiques » de maladie mentale (comme la dépression ou la manie) peuvent être plus difficiles à identifier que les comportements aberrants (Cherry, Matson & Paclawskyj, 1997).






Plusieurs instruments ont été élaborés pour faciliter l'identification des problèmes de santé mentale chez les personnes affectées d'une grave déficience intellectuelle, ainsi que pour l'évaluation des effets des traitements. Ceci inclut Aberrant Behavior Checklist / la Liste de contrôles pour comportement aberrant (Aman & Singh,

1994), Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II / l'Évaluation diagnostique pour les clients souffrant d'une déficience grave-II (Matson, 1995), Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults / Instrument de psychopathologie pour les adultes déficients mentaux (Matson, 1988), et le Reiss Screen for Maladaptive Behavior / Test d'identification des comportements mal adaptés (Reiss, 1988). Ces instruments se présentent sous forme de questionnaires dont les réponses doivent être fournies par des informateurs (membres du personnel soignant, membres de la famille) qui connaissent bien le client. Ces instruments peuvent être utiles pour l'identification de la présence éventuelle de problèmes de santé mentale qui nécessiteraient une évaluation plus approfondie, mais on ne devrait pas les utiliser comme unique moyen de formulation d'un diagnostic clinique.

Figure 8 – Méthode BEAMS (faisceau) (méthode de mise en valeur des changements du mode de fonctionnement du client, par rapport au comportement de base)



Nous avons élaboré un code mnémorique simple qui peut aider le personnel soignant à identifier le fait qu'une évaluation médicale et/ou de santé mentale pourrait être utile pour un client. Nous utilisons le sigle anglais BEAMS (pour Behaviour, Energy, Appetite, Mood and Sleep) pour souligner les changements (amplification ou diminution) comportementaux par comparaison aux modes de fonctionnement typiques du client. Notre liste d'équivalents comportementaux des symptômes de problèmes de santé mentale n'est pas exhaustive; elle illustre simplement la diversité des problèmes qui peuvent survenir.

- B**  **Comportement** ex. : le client évite des personnes ou lieux particuliers; comportement plus agressif qu'à l'habitude; dissimulation des possessions; fuite à l'approche de membres du personnel; hurlements sans raison apparente; perte d'intérêt à l'égard d'une activité auparavant appréciée; exécution répétitive et incessante de la même activité.
- E**  **Énergie** ex. : le client ne sort plus pour une promenade; les mouvements moteurs sont accélérés; le client ne veut plus rester assis tranquille; mouvements plus lents.
- A**  **Appétit** (et comportements alimentaires) – ex. : refus de manger; le client jette l'assiette sur le sol; le client ne cesse pas de manger; le client absorbe des matières non alimentaires; le client cache des aliments.
- M**  **Humeur** ex. : le client pleure beaucoup, semble toujours triste; ou est plus irritable qu'à l'habitude; fréquentes crises d'étourdissement/vertige ou comportement stupide; le client ne manifeste pas une gamme de mouvements; semble anxieux, préoccupé.
- S**  **Sommeil** (et comportements nocturnes) – ex. : le client dort beaucoup moins qu'à l'habitude; le client ne peut rester éveillé durant la journée; le client hurle durant la nuit; difficulté à s'endormir.

En général, le nouveau comportement devrait persister pendant une période d'environ une semaine ou plus (**durée**); il ne devrait pas se manifester uniquement dans un contexte spécifique comme l'environnement, la tâche ou la personne présente (**variation des situations**), et son intensité ou son ampleur devrait être suffisante pour provoquer un dysfonctionnement ou inconfort significatif (**intensité**). Si un prestataire de soins a des raisons de penser qu'un client a un problème médical et/ou de santé mentale, il peut être utile de commencer avec les étapes mentionnées à la section « Comment préparer une évaluation », chapitre 10. L'évaluation des problèmes médicaux sous-jacents est extrêmement importante, parce que la douleur ou l'inconfort peut susciter un changement de comportement (McGrath, Rosmus, Canfield, Campbell & Hennigar, 1998), tandis que certaines affections (comme l'hypothyroïdie) peuvent susciter des symptômes ressemblant à ceux d'une maladie mentale. En cas de doute, consulter un professionnel de la santé.

Sommaire

Nous avons présenté dans ce chapitre le cadre qui permet de comprendre et traiter les problèmes de santé mentale chez les personnes affectées d'une grave déficience de communication. Nous avons décrit certaines difficultés de l'évaluation des problèmes de santé mentale dans cette population, et présenté un système mnémorique qui permet d'aider les prestataires de soins à identifier un besoin d'évaluation médicale ou de santé mentale chez un client.

Connaissez-vous / Savez-vous?

1. Les effets négatifs que peuvent avoir les déficiences sensorielles et de communication sur le fonctionnement émotionnel et social des clients?
2. La différence entre les formes de communication conventionnelles et non conventionnelles?
3. Deux exemples de stratégie d'aide visuelle?
4. Quels changements dans le comportement d'un client peuvent indiquer un besoin d'évaluation médicale/de santé mentale?

Ressources

Hodgdon, L.A. (1995). *Visual strategies for improving communication. Volume 1: Practical supports for home and school*. Troy Michigan: Quirk Roberts Publishing.

Hollins, Sheila et al. *Books Beyond Words*. Pour la commande de livres, contacter Division of Psychiatry of Disability, Department of Mental Health Sciences, St. George's Hospital Medical School, Cranmer Terrace, London SW17 ORE, UK; Téléphone 0181 725 5501, Télécopieur 0181 672 1070.

Picture Communication Symbols—Mayer-Johnson, Inc. P.O. Box 1579, Solana Beach, CA 92075-7579 U.S.A.

Téléphone: 800-588-4548 or 858-550-0084.

Télécopieur: 858-550-0449

Courriel: mayerj@mayer-johnson.com

Site Internet: www.mayer-johnson.com

Références

- Aman, M.G., & Singh, N.N. (1994). *Aberrant Behavior Checklist-Community. Supplementary manual*. E. Aurora, New York: Slosson Educational Publications.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- AACAP (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 Supplement, 5S-31S.
- Beange, H., McElduff, A., & Baker, W. (1995). Medical disorders of adults with mental retardation: A population study. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 595-604.
- Beukelman, D.R. & Mirenda, P. (1992). *Augmentative and alternative communication: Management of severe communication disorders in children and adults*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Beukelman, D., Yorkston, K., & Dowden, P. (1985). *Communication augmentation: A casebook of clinical management*. Austin, TX: PRO-ED.
- Carr, E.G., & Durand, V.M. (1985). The social-communicative basis of severe behavior problems in children. In S. Reiss & R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 219-254). New York: Academic Press.
- Carr, E.G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J.I., Kemp, D.C., Smith, C.E. & McLaughlin, D.M. (1999). Comprehensive multisituational intervention for problem behavior in the community. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 1, 5-25.
- Cherry, K.E., Matson, J.L., & Paclawskyj, T. (1997). Psychopathology in older adults with severe and profound mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 445-458.

- Gedye, A., & Russell, J.E. (1995). Common concerns in Down syndrome: Initial signs and steps to take. *Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 14, 31-33.
- Matson, J.L. (1988). *The psychopathology instrument for mentally retarded adults: Test manual*. Baton Rouge, LA: Scientific Publishers.
- Matson, J.L. (1995). *Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II*. Baton Rouge, LA: Scientific.
- McGrath, P.J., Rosmus, C., Canfield, C., Campbell, J.A., Hennigar, A. (1998). Behaviours caregivers use to determine pain in non-verbal, cognitively impaired individuals. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40, 340-343.
- McQueen, P.C., Spence, M.W., Garner, J.B., Pereira, L.H., & Winsor, E.J.T. (1987). Prevalence of major mental retardation and associated disabilities in the Canadian Maritime provinces. *American Journal of Mental Deficiency*, 91, 460-466.
- Mirenda, P. & Locke, P. (1989). A comparison of symbol transparency in nonspeaking persons with intellectual disabilities. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 131-140.
- Murphy, K.E., Paquette, D.M., Ouellette-Kuntz, H., Stanton, B., & Garrett, S.A. (1999). Survey of the need for speech, language and audiology services among adults with developmental disabilities living in the community. *Journal on Developmental Disabilities*, 6, 1-14.
- Pyles, D.A.M., Muniz, K., Cade, A., & Silva, R. (1997). A behavioral diagnostic paradigm for integrating behavior-analytic and psychopharmacological interventions for people with a dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 185-214.
- Reiss, S. (1988). *Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- Wynngaarden, P., Honeyman, S., Tweedie, G. (1996, November). Integrating behavioural and communication supports for persons with a dual diagnosis. Paper presented at the 13th Annual NADD Conference, Vancouver, BC.

Remerciements

Nous tenons à remercier Susan Honeyman, Gary Tweedie et Peter Wyngaarden pour leur très utile contribution, ainsi que Julia Ollinger pour l'assistance experte dont elle nous a fait bénéficier dans le domaine des graphiques informatiques.