

## Intervenir en santé mentale auprès des déficients intellectuels : responsabilités et défis professionnels

**O**n estime à 225 000 le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle au Québec. La grande majorité d'entre elles vivent dans la communauté et utilisent les services médicaux offerts à l'ensemble de la population. Comme c'est le cas pour les problèmes de santé physique, on retrouve chez ces personnes une plus forte prévalence des problèmes liés à la santé mentale.

La comorbidité entre la déficience intellectuelle et un problème lié à la santé mentale peut être considérablement préjudiciable pour l'intégration sociale de la personne, son bien-être et la qualité de vie de ses proches. Bien que l'établissement du diagnostic soit complexe et requière du temps et la mise en commun d'expertises complémentaires, le fait de reconnaître l'existence possible d'un tel problème et d'envisager une investigation plus approfondie constitue déjà un point de départ important dans l'identification et la mise en place de stratégies de soutien appropriées.

Cet article donne un aperçu de défis associés à la problématique de la santé mentale en déficience intellectuelle. Il soulève certains enjeux liés à l'établissement du diagnostic et propose des stratégies diagnostiques et d'intervention à privilégier. Il fait suite à deux articles parus dans les précédents numéros de *L'actualité médicale* qui ont porté sur la dimension physique de la santé des personnes présentant une déficience intellectuelle.

### Problèmes fréquents et facteurs associés

La prévalence des problèmes de santé mentale varie considérablement selon la problématique ciblée, l'échantillonnage, l'instrumentation et les critères diagnostiques utilisés dans les études (Jacobson, 2003; Morin et Méthot, 2003). Un biais peut également avoir été introduit par le fait que les données disponibles sont généralement basées sur la situation de personnes qui reçoivent déjà des services spécialisés. Les prévalences retrouvées dans les études permettent néanmoins d'estimer que les problèmes liés à la santé mentale sont deux à trois fois plus fréquents chez les personnes ayant une déficience intellectuelle qu'au sein du reste de la population. Les prévalences se révèlent globalement moins élevées chez les personnes ayant une déficience légère à moyenne (en moyenne 20 % à

25 %) que chez les personnes ayant une déficience sévère à profonde (jusqu'à 50 %) (IASSID, 2001).

La gamme des troubles psychopathologiques reconnus par le DSM-IV-R peut être retrouvée chez les personnes présentant une déficience intellectuelle. Selon l'American Association for Mental Retardation (AAMR, 2002), les plus fréquents sont les troubles anxieux (10 % à 35 %), dont le stress post-traumatique (environ 22 %) et les symptômes dépressifs (6 % à 30 %).

Le développement des problèmes de santé mentale chez les per-

**LES PROBLÈMES LIÉS À LA SANTÉ MENTALE SONT DEUX À TROIS FOIS PLUS FRÉQUENTS CHEZ LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE QUE DANS LE RESTE DE LA POPULATION.**



<sup>1</sup> Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

<sup>2</sup> Centres de réadaptation Lisette-Dupras et de l'Ouest de Montréal

sonnes présentant une déficience intellectuelle relève de facteurs biologiques (p. ex. : désordres associés à l'épilepsie, apparition précoce des symptômes liés à la démence chez les personnes ayant le syndrome de Down), de facteurs sociaux (p. ex. : réseau social limité, accès réduit à l'emploi et à d'autres occasions de participation sociale) ou d'un mauvais ajustement de la médication. Il peut aussi résulter d'événements de vie (p. ex. : la perte d'un proche, un déménagement) agissant comme facteur précipitant. Plusieurs adultes portent l'héritage d'un passé institutionnel ayant fragilisé leur santé physique et mentale. Les expériences de succès associées à l'intégration (ou ré-intégration) sont cependant nombreuses et incluent des personnes pour lesquelles une vie dans la communauté était considérée comme impossible.

### Complexité de l'établissement du diagnostic

La coexistence d'une déficience intellectuelle et d'un problème lié à la santé mentale (double diagnostic) peut être définie de deux manières (Morin et Méthot, 2003: 1) en référence à un trouble de la santé mentale (axe I) ou à un trouble de la personnalité (axe II) conformément au DSM-IV-R; 2) en référence à des comportements problématiques qui sont l'expression d'un problème de santé mentale ou d'un trouble de la personnalité. La manière dont les désordres mentaux et les troubles du comportement sont abordés est influencée par le champ disciplinaire, le domaine de pratique et le cadre conceptuel adopté. Dans le domaine de la déficience intellectuelle, c'est généralement à partir des comportements problématiques que l'on aborde la santé mentale.

Beaucoup d'énergie est consacrée à mieux les définir, les évaluer et à circonscrire ce qui relève de troubles graves du comportement (p. ex. : conduites agressives, automutilation, comportements stéréotypés), par opposition à un désordre psychiatrique.

Établir un diagnostic relatif à la santé mentale des personnes présentant une déficience intellectuelle pose des difficultés particulières (Jabobson, 2003; IASSID, 2001; Ionescu, 2003). D'une part, les données disponibles sont généralement basées sur des personnes ayant une déficience intellectuelle qui reçoivent déjà des services spécialisés, ce qui entraîne une sur-représentation possible des personnes présentant une double problématique. L'évaluation repose beaucoup sur les symptômes rapportés par des tiers. Cette situation s'explique



Renée Proulx, Ph.D.



Dr Jacques Carrière<sup>2</sup>, MD, FRCPC

par la difficulté des personnes à communiquer ce qu'elles vivent et ressentent. Elle est également liée au fait que la déficience intellectuelle affecte la manière d'appréhender et de comprendre la réalité elle-même. La difficulté à établir le diagnostic s'accroît d'ailleurs avec la gravité du niveau de déficience et les limites du répertoire des comportements adaptatifs des personnes.

### Symptomatologie

Compte tenu de la variété du profil des personnes (gravité du déficit cognitif, présence d'un handicap moteur ou sensoriel, passé institutionnalisé, etc.), l'expression des problèmes peut également varier considérablement. La symptomatologie des problèmes de santé mentale est donc tantôt typique, tantôt atypique. Dans le cas de la dépression par exemple, l'irritabilité et l'agressivité (envers soi ou autrui) remplacent fréquemment les pleurs.

Ces particularités accroissent les erreurs diagnostiques possibles. Plusieurs erreurs sont attribuées à ce que l'on désigne comme un masquage diagnostique (*diagnostic overshadowing*). Ce masquage désigne la tendance à attribuer certains comportements au diagnostic de déficience intellectuelle plutôt que de les associer à un trouble psychopathologique existant (Tassé et Morin, 2003). La probabilité de reconnaître et de diagnostiquer une schizophrénie, des troubles de la personnalité et des phobies s'en trouve notamment réduite. Un autre type de masquage est le masquage psychosocial (Ionescu, 2003). Il peut être lié à une présentation des symptômes qui n'attire pas l'attention des professionnels parce qu'elle paraît trop simplifiée. À l'inverse, des conduites induites par la nervosité, par exemple, peuvent attirer le regard là où il y a maladresse ou distraction plutôt que détresse. Les erreurs diagnostiques résultent donc souvent en une non-détection des problèmes. Elles peuvent toutefois engendrer de la désignation indue.

### Stratégies diagnostiques et d'intervention

Observer, analyser, élaborer des hypothèses de travail constituent en soi le début de l'intervention en matière de troubles associés à la santé mentale. L'approche multimodale utilisée dans l'évaluation et l'intervention en troubles graves du comportement aborde ce travail en quatre axes. Elle repose sur un travail multidisciplinaire. D'abord, l'investigation médicale est préconisée afin de voir si les perturbations comportementales ne seraient pas liées à un problème de santé physique. On s'intéresse ensuite à l'analyse fonctionnelle du comportement pour concevoir des hypothèses de travail clinique. Les considérations liées à l'environnement physique alimentent

Suite à la page 28 ►

## ► Suite de la page 27

cette analyse. L'équipe peut, par exemple, proposer l'aménagement d'une pièce de la résidence où vit la personne ou celui de son milieu de travail pour qu'elle arrive plus facilement à s'apaiser lorsqu'elle en a besoin. L'évaluation psychiatrique et un bilan pharmacologique complètent la démarche.

Les principaux points d'appui pour réaliser le diagnostic résident dans l'observation, l'estimation de la durée des comportements perturbateurs et l'accès à l'histoire médicale de la personne. Un ensemble de questions-clés sont constamment posées : quelles conduites sont associées aux situations problématiques ? Quel sens peut leur être attribué ? Quels sont les facteurs en cause ?

Le travail en équipe et le recours à la collaboration des membres de l'entourage et à d'autres intervenants de proximité avec la per-

sonne sont primordiaux. Ces derniers sont « les yeux et les oreilles » des professionnels de la santé en raison de leur connaissance de la personne et de la place privilégiée qu'ils occupent pour recueillir de l'information à son sujet, dont ses interactions avec l'environnement.

### Ouvrir sa pratique aux personnes ayant une déficience intellectuelle

Depuis la désinstitutionnalisation, les personnes ayant une déficience intellectuelle utilisent les services de la communauté, dont ceux des CSSS, des cliniques médicales et des urgences. L'intérêt et l'expertise en matière de diagnostic et d'intervention en déficience intellectuelle se développent généralement au fil des expériences et des contacts avec les personnes.

Depuis 1988, l'institutionnalisation pour seule cause de déficience intellectuelle n'est plus admise et l'adaptation des services offerts à l'ensemble de la population fait l'objet d'objectifs précis de déve-

## DEPUIS 1988, L'INSTITUTIONNALISATION POUR SEULE CAUSE DE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE N'EST PLUS ADMISE.

loppement des pratiques dans les réseaux de services publics (MSSS, 1988, 2001). L'accès aux services repose sur l'adaptation des procédures générales et sur le développement de mesures particulières dans l'offre de services de première ligne. Des ressources spécialisées sont, par ailleurs, trouvées dans la plupart des centres de réadaptation en déficience intellec-

tuelle et troubles envahissants du développement (CRDI-TED) ou dans leur réseau de partenaires. Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 souligne d'ailleurs le besoin de faciliter les collaborations entre les CSSS et les CRDI-TED afin de mieux servir cette clientèle (MSSS, 2005).

Le grand projet social que constitue l'offre de services de santé et de services sociaux publics doit se traduire par le fait de bien « s'occuper de nos gens », sans oublier les plus démunis qui sont aux prises avec des difficultés appelées à persister et à s'aggraver. Outre l'exercice d'une responsabilité sociale, le travail auprès de personnes dont la symptomatologie est singulière et les habiletés de communication limitées constituent un défi professionnel stimulant pour le médecin généraliste aussi bien que pour le spécialiste. ◀



### SITES À CONSULTER

- American Association on Mental Retardation: <http://www.aamr.org/>
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en DI et en TED: <http://www.fqcrdi.qc.ca/>
- International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities: <http://www.iassid.org/>
- The National Association for the Dually Diagnosed (NADD) <http://www.thenadd.org/>

### LIGNES DIRECTRICES POUR ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC

Pour savoir si un comportement problématique relève de la déficience intellectuelle ou constitue un symptôme de santé mentale, Reiss proposait, en 1994, des principes de base qui se voient reconfirmés et bonifiés par les découvertes récentes :

- éviter d'aborder un comportement-problème de façon isolée. Ce comportement doit plutôt être considéré comme faisant partie d'une constellation de symptômes qui peuvent être liés à un diagnostic du DSM;
- pouvoir déceler des changements comportementaux. L'altération du comportement et, surtout, sa détérioration peuvent être des indicateurs de la présence d'un problème. La durée des manifestations est à prendre en considération dans la définition du problème;
- prendre en compte l'impact de la déficience intellectuelle et des conditions de vie de la personne dans l'interprétation des symptômes. Certains problèmes peuvent s'exprimer de manière très directe, sans retenue (p. ex. : anxiété sociale faisant en sorte que la porte se ferme au moment où la famille propose de sortir faire une balade plutôt que de prétexter préférer rester à la maison), ou exprimer intensément un besoin non satisfait (p. ex. : adopter des conduites inappropriées pour être retiré d'un milieu de vie non apprécié);
- admettre les limites de ses connaissances. Il est important d'investiguer davantage ou d'orienter la personne vers un spécialiste ou une ressource spécialisée plutôt que de poser indûment un diagnostic psychopathologique;
- éliminer l'hypothèse d'une problématique physique avant de poser un diagnostic psychiatrique. Les problèmes de comportement peuvent masquer un problème de santé physique, comme la constipation, les maux de dents ou d'oreille.

### RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Jacobson JW. (2003). Prevalence of Mental and Behavioral Disorders. In P. W. Davidson, V. P. Prasher & M. Janicki (eds). *Mental Health, Intellectual Disabilities and the Aging Process*. Oxford: Blackwell Publishing.
- <sup>2</sup> Morin D. & Méthot C. (2003). *Les comportements problématiques*. Dans M. Tassé & D. Morin (sous la dir.). *La déficience intellectuelle*, p. 265-80. Boucherville: Gaëtan Morin.
- <sup>3</sup> Ionescu, S. (2003). *La psychopathologie*. Dans M. Tassé & D. Morin (sous la dir.). *La déficience intellectuelle*, p. 281-302. Boucherville: Gaëtan Morin.
- <sup>4</sup> IASSID (2001). *Mental Health and intellectual disabilities. Addressing the mental health needs of people with intellectual disabilities. Report by the Mental Health Special Interest Research Group of the International Association for the Study of Intellectual Disabilities (IASSID) to the World Health Organisation*. ([www.iassid.org/pdf/mh-sirg-who-final.pdf](http://www.iassid.org/pdf/mh-sirg-who-final.pdf)).
- <sup>5</sup> *Intellectual Disabilities Psychiatry Curriculum Planning Committee (2002). Guidelines for managing the client with intellectual disability in the emergency room*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto. (pour commander: [marketing@camh.net](mailto:marketing@camh.net).)
- <sup>6</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*. Québec: gouvernement du Québec.
- <sup>7</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*. Québec: gouvernement du Québec.