

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE EN PSYCHOLOGIE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
JESSY HÉROUX

QUATRE REPÈRES PERMETTANT AUX PSYCHOLOGUES D'ACCÉDER
AU VÉCU ÉMOTIONNEL DE PERSONNES AYANT
UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

FÉVRIER 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

Programme offert par l'Université du Québec à Trois-Rivières

QUATRE REPÈRES PERMETTANT AUX PSYCHOLOGUES D'ACCÉDER
AU VÉCU ÉMOTIONNEL DE PERSONNES AYANT UNE
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

PAR

JESSY HÉROUX

Stéphane Morin, codirecteur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Marleen Baker, évaluatrice

Université du Québec à Trois-Rivières

Francine Julien-Gauthier, évaluatrice externe

Université Laval

Sommaire

Dans plusieurs contextes de pratique de la psychologie, les psychologues sont susceptibles d'intervenir auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Différentes caractéristiques cognitives et comportementales de cette clientèle peuvent influencer le travail du psychologue. Les outils et approches thérapeutiques sur lesquels les psychologues s'appuient ne sont généralement pas conçus pour intervenir dans le domaine de la déficience intellectuelle. Le but de cet essai sera donc d'établir, dans un premier temps, un bilan critique de la documentation en déficience intellectuelle permettant ensuite de proposer des repères visant à soutenir le psychologue dans sa pratique. Les quatre repères énoncés, soit l'expression émotionnelle, la tendance à l'acquiescement, la formulation des questions et la prédominance verbale, peuvent permettre de faciliter le travail des psychologues qui doivent adapter leurs stratégies thérapeutiques habituelles. L'expertise des psychologues sur le plan de l'intervention en DI doit se développer et être appuyée par les milieux de pratique. Les recherches ont permis de constater qu'il y a peu de thérapies offertes en déficience intellectuelle malgré les possibilités et la nécessité d'adapter la pratique psychologique aux besoins de ces personnes.

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements	vi
Introduction	1
Contexte théorique.....	8
Définition de la déficience intellectuelle	9
Prévalence	11
Étiologie	13
Caractéristiques cognitives et non cognitives de la personne déficiente intellectuelle	16
Les caractéristiques cognitives	16
Une lenteur ou un retard de développement.....	16
Un ralentissement et un arrêt prématuré du développement	18
Une moindre efficacité du fonctionnement intellectuel	18
Les caractéristiques non cognitives.....	22
Motivation	22
Estime de soi.....	25
Certitude anticipée de l'échec.....	25
Faiblesse du degré d'exigence	26
Pauvreté des investissements.....	26
Système inadapté d'attribution des échecs.....	26
Absence ou inadéquation du scénario de vie.....	27
Repères pour mener des entrevues thérapeutiques	30
Expression émotionnelle.....	31

Acquiescement	36
Formulation des questions	39
Prédominance verbale	43
Discussion	48
Peu de thérapies en déficience intellectuelle.....	49
Possibilité et nécessité d'adapter la pratique psychologique aux caractéristiques des personnes ayant une DI	53
Perspectives et questionnements inhérents à cet essai.....	54
Impact de cet essai sur les milieux de pratique	55
Limites de l'essai	57
Conclusion	60
Références	63

Remerciements

Cet essai n'aurait jamais pu être réalisé sans le soutien de nombreuses personnes à qui je désire exprimer ma reconnaissance. Je tiens, tout d'abord, à remercier mon co-directeur, Monsieur Stéphane Morin, pour m'avoir accompagné dans ce long processus. Je tiens à souligner tout le soutien, l'encadrement et le support dont il m'a fait bénéficier. Merci de m'avoir aidé à m'orienter vers une clientèle qui me touche et m'inspire tous les jours. Je suis reconnaissante à mon directeur, Monsieur Carl Lacharité, d'avoir accepté de partager le bout ultime de ce processus avec moi. Merci d'avoir accepté de prendre le relais. Un merci tout spécial à Madame Francine Julien-Gauthier qui m'a transmis sa passion pour la recherche. Je suis extrêmement reconnaissante d'avoir pu bénéficier de sa grande expertise sur le plan de la déficience intellectuelle. Son intérêt, son enthousiasme et son soutien ont été sources de réconfort pour moi. Merci de croire en moi! Il est également important pour moi de remercier mes parents qui ont partagé ce parcours parsemé d'embûches avec moi. Sans leur encouragement et leur soutien, le chemin à parcourir m'aurait paru insurmontable. Ils m'ont toujours soutenue et encouragée afin que je réalise mes aspirations académiques et personnelles. Ils sont les étoiles de ma vie! Finalement, un dernier remerciement pour mes amis qui croient en moi et me donnent le courage d'avancer. Un merci tout spécial à mon fidèle compagnon! Qui a de belles qualités de « support moral » et qui est toujours prêt à me réconforter lors de découragement.

Introduction

Pendant de nombreuses années, on a attribué aux personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) des besoins et des attentes qui n'étaient pas les leurs en raison de leurs difficultés de communication et de leurs limitations cognitives. Dorénavant, une préoccupation accrue pour la parole des personnes atteintes d'une déficience intellectuelle est présente. Plusieurs auteurs mentionnent qu'il est devenu essentiel d'obtenir directement l'information auprès de ces personnes pour connaître leurs opinions, leurs sentiments, leurs besoins et leurs attentes à propos de leurs conditions de vie (Guillemette & Boisvert, 2003; Hartley & MacJean, 2006; Rosen, Simon, & McKinley, 1995). Une recherche menée en 2008 a permis de démontrer que les opinions des personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent être différentes de celles de leurs parents ou de leurs intervenants (Boland, Daly, & Staines, 2008). Les rapports des répondants sont donc un complément utile, mais non suffisants (Perkins, 2007). Il s'avère essentiel de donner la possibilité aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle d'exprimer leurs sentiments et leurs opinions concernant leurs conditions de vie (Rosen et al., 1995).

Au Québec, dans plusieurs contextes de pratique de la psychologie, tels que les écoles, les milieux hospitaliers, les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, le psychologue est susceptible d'intervenir auprès de personnes ayant une DI. Dans ces contextes, on est en droit de se questionner

sur les problèmes que le psychologue peut rencontrer dans son travail lorsqu'il intervient auprès de ces personnes. À titre d'exemple, au moment de l'évaluation diagnostique, certains psychologues se sentent dépourvus lorsqu'ils doivent évaluer des personnes présentant une DI. Ceci est également vrai lors de suivis thérapeutiques. L'utilisation de psychothérapie en contexte de déficience intellectuelle est rare et son application encore méconnue (Ionescu, 2006). Le psychologue peut donc rencontrer des difficultés en agissant de façon directe avec la personne, mais il peut également en rencontrer lors d'interventions indirectes. Par exemple, lorsqu'il intervient auprès des proches de la personne ou lorsqu'il apporte un soutien à l'équipe clinique qui entoure cette personne, le psychologue peut être amené à rencontrer des difficultés telles que l'obtention du consentement éclairé de la personne et la participation réelle de la personne en ce qui concerne la prise de décision. Le psychologue doit faire preuve de vigilance lorsqu'il sollicite le consentement d'une personne ayant une déficience intellectuelle. Il doit s'assurer que la personne comprend bien l'objectif de l'intervention ou de l'évaluation et se rappeler que le consentement est un processus continu (Swain, Heyman, Gillman, 1998). De plus, la participation réelle des personnes ayant une DI à la prise de décision (ex. lors de plan d'intervention ou de plan de services) demeure encore un objectif à atteindre. Selon Guillemette et Boisvert (2002), elles ne semblent pas conscientes que leurs droits de donner leur avis ou de refuser leur appartiennent intrinsèquement, pour elles ces droits sont accordés par les intervenants. Le psychologue doit donc être conscient que ces personnes ont moins de pouvoir pour s'exprimer et aussi moins de pouvoir d'agir pour changer les choses (Stalker, 1998). Selon Fortin, Proulx et Gagnier (2002), la personne qui a des limitations intellectuelles compte sur son entourage pour

faire des choix pour elle et les exécuter. Le psychologue doit donc s'assurer d'aller chercher l'information directement auprès de la personne puisque ses besoins ne sont peut-être pas les mêmes que ceux envisagés par la famille. Lorsque le psychologue obtient de l'information directement auprès de la personne DI, l'équipe clinique peut le solliciter afin qu'il partage l'information pour qu'il contribue ainsi à leur connaissance ou à leur compréhension de la problématique. Le psychologue doit également accompagner les intervenants, qui soutiennent cette clientèle, à approfondir leur compréhension des caractéristiques des clients. Dans tous les cas, il peut devenir complexe pour le psychologue d'exercer son rôle, tant sur le plan de l'évaluation que sur le plan de l'intervention, s'il ne possède pas une connaissance approfondie des caractéristiques des personnes présentant cette problématique et une expertise reconnue en matière de processus et de techniques d'évaluation (Ordre des psychologues du Québec, 2007). Différentes caractéristiques cognitives et comportementales des personnes DI peuvent également influencer le travail du psychologue. Par exemple, des difficultés de communication sur les plans réceptif et expressif, une efficacité intellectuelle moindre, des connaissances limitées, une capacité d'attention limitée, des difficultés en matière d'habiletés sociales, un refus de coopérer, une faible estime de soi, la présence de désirabilité sociale, une peur de l'échec, un délai de réponse, des difficultés « d'insight », des déficiences physiques ou sensorielles qui sont souvent associées et une prise de médication (Lessard, 1993). De plus, les outils ou les approches thérapeutiques sur lesquels le psychologue s'appuie ne sont généralement pas conçus pour intervenir dans le domaine de la déficience intellectuelle ; le jugement clinique du psychologue est alors requis.

On peut donc se demander si un psychologue en contexte d'entrevue clinique est suffisamment informé des particularités qui peuvent être présentes quand son client présente une déficience intellectuelle. De plus, on peut s'interroger sur la préparation du psychologue dans le contexte de suivi thérapeutique. Doit-on s'étonner que le suivi thérapeutique demeure une forme d'aide peu accessible aux personnes ayant une DI (Stavrakaki & Klein, 1986)? Et pourtant, pour ces personnes, l'incidence des problèmes émotionnels serait plus élevée que chez les personnes sans incapacités (Caron, 1991; Des Noyers Hurley, 1989; Matson, 1984; Stavrakaki & Klein, 1986). On estime que les problèmes liés à la santé mentale sont deux à trois fois plus fréquents chez les personnes ayant une DI qu'au sein du reste de la population (Proulx, Carrière, Moxness, & Mercier, 2006). Compte tenu du risque élevé de développer un problème de santé mentale, il est nécessaire de se préoccuper des aspects liés à la vie affective de ces personnes. Malgré ceci, la vie affective des personnes DI reste peu explorée et l'utilisation des psychothérapies dans le traitement des troubles émotionnels est rare (Ionescu, 2006). La vie émotionnelle et les difficultés émotionnelles des personnes DI ont été longtemps négligées (Arthur, 2003). On peut expliquer ce constat par un manque d'enthousiasme ou d'initiative de la part des professionnels (Lessard, 1993), mais aussi par le fait que l'intervention auprès d'une personne DI présente une certaine complexité et que le psychologue ne dispose pas nécessairement de ressources pour s'y sentir pleinement outillé. Cependant, comme le souligne Proulx et al. (2006), l'intérêt et l'expertise dans l'intervention auprès de personnes ayant une DI devrait se développer au fil des expériences et des contacts avec ces personnes.

Le but de cet essai est donc d'établir, dans un premier temps, un bilan critique de la documentation en déficience intellectuelle permettant ensuite de proposer des repères visant à soutenir le psychologue dans sa pratique. Ces repères permettront au psychologue d'accéder au vécu émotionnel des personnes qui ont une DI et de leur apporter un soutien psychologique efficace.

La recherche documentaire a été réalisée à partir de grandes banques de données informatisées que sont *Psycinfo* et *Medline*. Les descripteurs utilisés sont : « mental retardation », « intellectual disability », « interview bias », « psychotherapy » et « emotions ». Ces descripteurs ont permis de recueillir la documentation scientifique relative à la psychothérapie auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle. À cela s'est ajouté un dépouillement manuel des principales revues du domaine de la déficience intellectuelle de 1995 à 2008 : *American Journal on Mental Retardation* (AJMR), *Mental Retardation* (MR), *Revue francophone de la déficience intellectuelle* (RFDI), *Journal of Intellectual Disabilities*.

Il est important de faire une mise en garde aux lecteurs : la documentation offerte dans le domaine de la déficience intellectuelle s'écarte peu des ornières du déficit. La documentation professionnelle proposée comporte donc un biais. Or, force est de constater que toutes les informations qui seront proposées au lecteur dans cet essai seront formulées en termes de déficits, d'écarts à la norme, de faiblesses, d'inadaptation, de pauvreté... C'est pourquoi, dans la rédaction de cet essai, nous avons adopté une position critique face à la documentation puisqu'il est important de relever l'écart entre

la teneur de la documentation scientifique offerte et le souci de reconnaître le potentiel et les réussites adaptatives des personnes présentant une déficience intellectuelle.

D'abord, cet essai présente un contexte théorique qui porte sur la définition de la déficience intellectuelle et sur les caractéristiques cognitives et personnelles de la personne déficiente intellectuelle liées précisément à la cueillette d'informations en contexte d'entrevues cliniques. Ces caractéristiques regroupent la lenteur ou le retard du développement intellectuel, l'arrêt prématuré du développement et la moindre efficacité du fonctionnement intellectuel, le développement du langage, la motivation, l'estime de soi ainsi que l'investissement et l'affectivité. Dans la deuxième partie de l'essai, quatre repères sont choisis et proposés aux psychologues. Ces repères permettront de soulever les difficultés rencontrées lors d'entrevues cliniques avec des personnes ayant une déficience intellectuelle et les moyens possibles pour le psychologue de favoriser l'expression du vécu émotionnel chez la personne ayant une déficience intellectuelle.

Contexte théorique

Définition de la déficience intellectuelle

Depuis le 19^e siècle, la terminologie utilisée pour désigner les personnes présentant une DI a considérablement évoluée. À l'époque d'Édouard Séguin (1812-1880), le père de l'éducation spécialisée, les différents termes utilisés pour désigner les personnes ayant une déficience intellectuelle étaient très péjoratifs. Par exemple, les personnes présentant une déficience intellectuelle moyenne ou grave étaient qualifiées « d'idiots » et ceux ayant une limitation intellectuelle légère « d'imbéciles » (Garcin, 2003). Aujourd'hui, la distinction entre retard mental et maladie mentale est bien circonscrite. Cependant, notamment au Québec, il peut y avoir confusion en ce qui a trait à l'utilisation des expressions « retard mental » et « déficience intellectuelle ». En fait, ces deux expressions réfèrent au même construit et sont toutes les deux utilisées. Pour leur part, les spécialistes des secteurs de la recherche et de la pratique se réfèrent à trois classifications pour désigner la déficience intellectuelle, soit celle de l'American Association on Mental Retardation (AAMR) (Luckasson et al., 2002), celle du *Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders*, soit le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) et celle de la *Classification internationale des maladies, troubles mentaux et des troubles du comportements* ou CIM-10. Tous les systèmes de classification auxquels on se réfère ont en commun trois critères diagnostiques : une limitation du fonctionnement intellectuel, un déficit des comportements adaptatifs (ou

habiletés adaptatives) et l'apparition de ces caractéristiques avant l'âge adulte. Cependant, même si les différentes classifications intègrent les trois critères diagnostiques, elles diffèrent quant à leurs définitions opérationnelles à propos du déficit significatif du fonctionnement intellectuel, du déficit significatif du fonctionnement adaptatif et de l'âge de manifestation (Desrosiers, Tassé, & Mourez, 1998).

Dans le contexte nord-américain, les professionnels adhèrent à la définition de la déficience intellectuelle proposée par l'American Association on Mental Retardation (AAMR). En 2002, l'American Association on Mental Retardation (AAMR) a proposé une nouvelle définition de la déficience intellectuelle. Cette définition reprend les besoins de soutien de la personne dans son environnement tout comme le faisait celle de 1992. Elle se présente comme suit : « Le retard mental est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans. » (Luckasson et al., 2003). Elle propose au psychologue de tenir compte de différentes dimensions dans son évaluation, telles que : le fonctionnement intellectuel, les habiletés adaptatives (conceptuelles, sociales et pratiques), les interactions et rôles sociaux, la santé (physique et mentale), les considérations étiologiques ainsi que les contextes environnementaux et culturels (Luckasson et al., 2002). Ces dimensions sont également importantes lors d'entretiens cliniques avec les personnes ayant une déficience intellectuelle. En fait, définir et classer peut permettre d'accroître notre compréhension et ainsi favoriser des

interventions et des entretiens adaptés. L'AAMR « va en ce sens » puisqu'elle propose une évaluation multidimensionnelle qui exige une compréhension plus poussée des multiples facteurs pouvant causer une déficience intellectuelle, ou y contribuer (Garcin, 2003). Il existe cinq postulats qui sont sous-jacents à l'utilisation de la définition de l'AAMR : 1) les limitations dans le fonctionnement actuel doivent tenir compte des environnements communautaires typiques du groupe d'âge de la personne et de son milieu culturel; 2) une évaluation valide tient compte à la fois de la diversité culturelle et linguistique de la personne ainsi que des différences sur les plans sensorimoteur, comportemental et de la communication; 3) chez une même personne, les limitations coexistent souvent avec des forces; 4) la description des limitations est importante, notamment pour déterminer le profil de soutien requis; 5) si la personne présentant un retard mental reçoit un soutien adéquat et personnalisé sur une période soutenue, son fonctionnement devrait s'améliorer (Luckasson et al., 2003 p. 1).

La manière dont on perçoit, définit et comprend la déficience intellectuelle a des répercussions sur le regard que l'on porte sur les personnes, mais aussi sur les interventions spécialisées et l'accompagnement qui leur seront proposés. Compréhension et intervention sont ainsi reliées.

Prévalence

La prévalence de la déficience intellectuelle n'est pas déterminée puisqu'il est impossible de dénombrer avec exactitude le nombre de personnes présentant une

déficience intellectuelle au sein d'un pays donné (Tassé & Morin, 2003). Selon l'American Psychiatric Association, le degré de sévérité de la déficience intellectuelle influence les données de la prévalence puisque 85 % des personnes présentant une déficience intellectuelle auraient une déficience légère. Ceci signifie qu'elles peuvent bien fonctionner dans la communauté sans avoir recours à un soutien additionnel spécialisé. Il est donc possible qu'elles ne soient pas comptabilisées dans les statistiques de l'État (Juhel, 1997; Tassé & Morin, 2003). Le taux de prévalence théorique de la déficience intellectuelle est estimé à 3 % de la population, et ce, en raison de la courbe normale de l'intelligence où près de 3 % de la population aurait un QI en dessous de 70 (Ordre des psychologues, 2007, Luckey, & Neman, 1976 cité dans Tassé, & Morin, 2003). Néanmoins, il faut être vigilant puisqu'il y a seulement une faible proportion de cette population (représentation du 3 %) qui a aussi des limitations significatives en ce qui a trait aux comportements adaptatifs (Tassé, & Morin, 2003). Donc, le taux de prévalence réel diffère et s'établirait approximativement à 1 % de la population (Baroff, 1982 ; Tassé, & Morin, 2003). Finalement, l'American Psychiatric Association (2000) mentionne que 85 % de cette population a un retard mental léger, que 10 % a un retard mental moyen, que 3 % à 4 % a un retard mental grave et que 1 % à 2 % a un retard mental profond. Il est important de souligner que le degré de sévérité ne nous autorise pas à ne pas reconnaître les capacités des personnes et à négliger leur potentiel.

Peu importe le degré de sévérité, une croyance en leurs capacités de développement est requise. L'intervention auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle

doit miser sur un important principe : « ces personnes sont capables d'apprendre, d'acquérir des habiletés et des comportements appropriés avec un encadrement ferme et surtout chaleureux » (Caron, 1991, p.123). On peut donc se servir de la classification du degré de sévérité pour bien adapter l'entretien clinique selon les déficits intellectuels et adaptatifs.

Étiologie

L'AAMR (2002) définit l'étiologie comme un concept multifactoriel qui fait référence à des facteurs de risque qui interagissent dans le temps, soit durant la vie d'une personne, ou encore par transmission des parents à l'enfant (Luckasson et al. 2003 p. 17). Lorsque l'on mène une entrevue clinique avec une personne présentant une déficience intellectuelle, on se doit de connaître et comprendre le fonctionnement intellectuel de la personne et de porter attention aux facteurs de causalité, et cela au moment de leur apparition. L'étiologie et les trajectoires développementales sont les indicateurs de tableaux psychologiques différents et de modalités d'adaptation diverses (Chiva, 1973 ; Ionescu, 1985 cité dans Ionescu, 1987). Cela implique qu'à un niveau comparable de déficit, le fonctionnement psychologique peut différer en fonction de l'étiologie (Ionescu, 1987). L'étiologie de la déficience intellectuelle est donc un élément important dans l'évaluation globale de la personne, mais aussi dans la planification de l'intervention et des besoins de soutien (Ionescu, 1987 ; Luckasson et al. 2002). Cependant, la cause ne peut pas toujours être déterminée avec certitude (Tassé & Morin, 2003). En effet, malgré les progrès accomplis par la science biomédicale et

l'identification de plusieurs centaines de syndromes génétiques associés à la déficience intellectuelle, la cause de celle-ci demeure inconnue dans près de 30 % à 40 % des cas (Dionne et al., 1999). Selon Tassé et Morin (2003), la déficience intellectuelle n'a pas une étiologie unique ; elle peut résulter d'une multitude de causes que l'on peut regrouper en quatre grandes catégories.

Parmi ces catégories, on retrouve les *désordres génétiques* qui sont transmis du parent à l'enfant par l'entremise de gènes lors de la conception. Selon le DSM-IV-TR (2000), 5 % des cas de déficience intellectuelle peuvent être expliqués par l'hérédité. Les *désordres chromosomiques*, contrairement aux désordres génétiques, ne sont pas transmis héréditairement du parent à l'enfant. Ils surviennent pendant le processus d'agencement des chromosomes. Le syndrome de Down, aussi appelé « trisomie 21 », est un exemple de désordre chromosomique. Cette cause de la déficience intellectuelle est la plus répandue, la plus connue et la plus étudiée (Tassé & Morin, 2003). En fait, les altérations précoces du développement embryonnaire expliquent 30 % des cas de déficience intellectuelle (American Psychiatric Association, 2000). Pour ce qui est des *causes biologiques et organiques*, il s'agit du moment où les lésions pathologiques surviennent : in utero (trouble prénatal), pendant l'accouchement (trouble périnatal) et pendant la période de croissance et de développement de l'enfant (trouble postnatal) (Juhel, 1997). Il est donc important de reconnaître que l'impact sur le fonctionnement global de la personne n'est pas le même selon la période où ces lésions apparaissent (American Association on Mental Retardation, 2003). Finalement, les *causes*

environnementales ont été reconnues à partir des années 1960 (Juhel, 1997). L'enfant peut naître en bonne santé physique, mais au fil des ans, son état peut se dégrader. Ainsi, la pauvreté de l'environnement nuit à l'enfant, et sur certains plans, de façon irréversible (Juhel, 1997). Parmi ces facteurs, on retrouve la nutrition de l'enfant, sa stimulation physique et sensorielle et sa sécurité physique et psychologique (Tassé & Morin, 2003). Selon l'American Psychiatric Association (2000), 15 % à 20 % des cas peuvent être expliqués par des facteurs environnementaux ou d'autres troubles mentaux.

Les critères diagnostiques et la connaissance de l'étiologie permettent de donner des pistes sur les différentes incapacités intellectuelles susceptibles d'être rencontrées. Cependant, il n'en demeure pas moins que la déficience intellectuelle est un phénomène polymorphe et complexe (Dionne, Langevin, Paour, & Rocque, 1999). Le nombre de caractéristiques cognitives et non-cognitives associées à la déficience intellectuelle est élevé. Au cours du dernier siècle, plusieurs recherches ont documenté les caractéristiques de ces personnes. Jean-Louis Paour, en 1991, a d'ailleurs fait un inventaire des résultats de recherches associées au phénomène qui traitent de ces caractéristiques (cognitives et non cognitives). La prochaine section reprendra les caractéristiques cognitives et les caractéristiques non cognitives susceptibles d'être répertoriées chez les personnes DI (Paour, Langevin, Dionne, 1996). Cependant, le fait de produire une section sur les caractéristiques des personnes DI ne veut pas dire que, pour nous, ces personnes sont assimilées d'office à leurs caractéristiques, oubliant ainsi qu'elles sont des personnes à part entière. On ne veut pas mettre l'accent sur leurs

déficits; il s'agit d'aider les psychologues à déployer une intervention davantage particulière à ces personnes. Comme le mentionne Dionne, Boutet et Julien-Gauthier (2002) : « la connaissance de ces caractéristiques devrait nous inciter à apprécier la compétence de ces personnes qui, [...] réussissent à contourner les difficultés, à les compenser et à s'accommoder à diverses situations limitant leur participation sociale. » (p.56).

Caractéristiques cognitives et non cognitives de la personne ayant une déficience intellectuelle

Les caractéristiques cognitives

Les caractéristiques cognitives se rapportent au fonctionnement intellectuel et au développement. Elles sont dégagées d'une comparaison entre le développement intellectuel d'une personne sans déficience intellectuelle et celui d'une personne ayant une DI, en fonction de l'âge chronologique et de l'âge mental. Les caractéristiques cognitives énumérées ci-dessous ont été recensées par Paour en 1991. Le Tableau 1 dresse la liste des caractéristiques cognitives et de leurs principales manifestations.

Une lenteur ou un retard de développement

Il s'agit certainement de la caractéristique la plus évidente et celle qui est la plus documentée. Elle amène d'ailleurs les parents à aller consulter des spécialistes. Ce retard est mesuré par l'écart entre l'âge chronologique et l'âge mental (Dionne et al., 1999). L'enfant passera donc par les mêmes séquences de développement que les autres enfants

normaux (ordre normal des séquences développementales). L'organisation et l'ordre d'apparition des conduites seront les mêmes. Cependant, chaque stade de développement est anormalement prolongé et des fixations peuvent survenir à certaines étapes du développement (Dionne et al., 1999). Le retard de développement de l'enfant s'accroît en raison de la durée anormalement longue de chaque stade.

Le retard peut être également observable dans le développement du langage (Lambert, 1978 ; Rondal, 1985 cité dans Dionne, Boutet, & Julien-Gauthier, 2002). Même si le retard sur le plan du développement du langage n'est pas considéré comme une caractéristique distincte, il peut être utile de développer brièvement ce sujet. Il n'est pas rare d'entendre, par les différents professionnels qui travaillent auprès de cette clientèle, que les problèmes de communication des personnes ayant une DI nuisent parfois au bon déroulement de leur intervention. Tout d'abord, il est intéressant de mentionner que l'ordre d'apparition des structures langagières, phonologiques, syntaxiques et morphologiques correspond à celui observé chez les enfants n'ayant pas d'incapacité intellectuelle (Dionne, Boutet, & Julien-Gauthier, 2002; Nader-Grosbois, 2006). Les moyens communicatifs vocaux (vocalisations, babillages, « patterns » vocaux, mots) des enfants DI sont les mêmes que ceux des autres enfants (Nader Grosbois, 2006). Les différences relevées sont par rapport à la progression du contact oculaire, au remplacement des gestes par le verbal, à la transition entre les gestes conventionnels et le début du langage. Certaines études ont d'ailleurs énoncé que les enfants trisomiques pouvaient utiliser des gestes communicatifs pour compenser la

faiblesse de leurs capacités langagières émergentes (Nader Grosbois, 2006). Aussi, ils vont avoir moins tendance à initier et à maintenir des conversations. Dans l'ensemble, les personnes DI présentent des déficits plus ou moins importants sur le plan de la communication ou des habiletés sociales (Greenspan, 1979, 1981 cité dans Dionne, Boutet, & Julien-Gauthier, 2002). Il est important d'y apporter une attention particulière puisque les difficultés en matière de langage réceptif et expressif sont un des obstacles souvent mentionnés par les psychologues en ce qui a trait au bon déroulement des psychothérapies.

Un ralentissement et un arrêt prématuré du développement

Chez un enfant ayant un développement typique, le développement cognitif est continu entre 7 et 14 ans ; la pensée pré opératoire et le stade opératoire concret et formel se succèdent (selon les stades de Piaget). Le développement de l'enfant présentant une DI ralentit progressivement pendant cette période (Paour, Langevin, Dionne, 1996). Le niveau de pensée des personnes ayant des déficits intellectuels plus importants se situe au pré opératoire. En effet, ces personnes ont de la difficulté à saisir les relations logiques entre les choses ou les événements.

Une moindre efficacité du fonctionnement intellectuel

Tout d'abord, on constate pour le même âge chronologique et ce, à un degré moindre et pour le même âge mental, que les personnes présentant des incapacités intellectuelles se distinguent par la *lenteur et la moindre capacité des processus de base*

du traitement de l'information (encodage, empan mnésique, mémorisation en mémoire à long terme, temps de réaction) (Dionne et al., 1999; Dionne, Boutet, & Julien-Gauthier, 2002). Ensuite, on note un *déficit de l'attention sélective*. Les personnes présentant une DI sont capables d'attention, mais elles ne portent pas attention à l'information pertinente. Elles éprouvent de la difficulté à la percevoir parmi un ensemble d'informations. Un déficit est aussi mentionné sur le plan de la *mémoire de travail* (mémoire à court terme). Les personnes DI sont particulièrement vulnérables à la rapidité ainsi qu'à la quantité d'informations qui leur est soumise (Paour, Langevin, & Dionne, 1996). Puis, chez les personnes avec des incapacités intellectuelles, on relève une difficulté généralisée à résoudre des problèmes (Spitz, 1988, cité dans Dionne et al. 1999). Lors de résolution de problèmes, les personnes ayant des incapacités intellectuelles ont un *manque de stratégies efficaces* et une difficulté à les appliquer au moment opportun. Elles ont donc de la difficulté à acquérir des stratégies et à les utiliser spontanément. Elles traitent l'information beaucoup moins efficacement. C'est d'ailleurs en situation de résolution de problèmes qu'on constate les différences les plus importantes entre les personnes DI et la population en général (Dionne, Boutet, Julien-Gauthier, 2002). La moindre efficacité est relevée dans toutes les étapes de la résolution de problèmes (anticipation, planification, représentation et automatisation des procédures). On constate aussi que leur *base de connaissances est pauvre* (Paour, Langevin, & Dionne, 1996). Les personnes DI ont un répertoire limité de connaissances (Lessard, 1993) et une mauvaise organisation de ces connaissances (reflet d'une pensée pré opératoire). Par exemple, leur vocabulaire est limité et elles peuvent connaître leurs

chiffres sans vraiment connaître le montant qu'elles doivent payer. On voit donc ici, qu'en plus d'avoir des connaissances limitées, les personnes DI ont du mal à utiliser, dans un autre contexte (même s'il est semblable), une habileté apprise dans un contexte précis. On retrouve des *difficultés de transfert et de généralisation*. Il est difficile pour les personnes DI de transférer des stratégies et des connaissances dans une situation différente de celle où elles les ont apprises. Par exemple, il est difficile pour elles d'appliquer des notions apprises de l'école à une situation de la vie quotidienne (difficulté de transfert) (Paour, Langevin, & Dionne, 1996). Puis, elles peuvent avoir du mal à utiliser, dans différents types de commerces, une stratégie apprise et maîtrisée dans un commerce en particulier (difficulté de généralisation) (Paour, Langevin, & Dionne, 1996).

Tableau 1
Caractéristiques cognitives

Caractéristiques	Principales manifestations
Lenteur ou retard de développement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Même stade de développement que l'enfant « normal » ▪ Fixations à certains stades ▪ Le retard de développement s'accroît en raison de ces fixations
Ralentissement et arrêt prématuré du développement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le développement de l'enfant avec DI ralentit pendant la période 7-14 ans ▪ Inachèvement des constructions cognitives
Moindre efficacité des processus de traitement de base de l'information	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficiences importantes pour l'encodage, la mémorisation à court terme, la récupération de l'information en mémoire à long terme ▪ Déficit d'attention sélective : difficulté à porter attention aux informations pertinentes ▪ Déficit de la mémoire de travail : Vulnérabilité à la rapidité et à la quantité d'informations soumises. ▪ Manque de stratégies cognitives et métacognitives et difficulté à les mettre spontanément en œuvre
Base de connaissances pauvre et mal organisée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu de connaissances qui sont aussi mal organisées. ▪ Difficulté à faire des liens entre les connaissances antérieures et les nouvelles connaissances
Difficultés de transfert et de généralisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manifestation de difficultés à utiliser dans des contextes différents ce qu'il maîtrise pourtant dans un contexte donné

Les caractéristiques non cognitives

Ces caractéristiques méritent une attention particulière en contexte de psychothérapies puisqu'il s'agit de caractéristiques qui sont propres aux réactions et aux résistances des personnes DI. Il est important de savoir que les personnes ayant des incapacités intellectuelles ont un vocabulaire limité afin d'adapter les questions de manière à ce qu'elles soient comprises. Cependant, il apparaît d'autant plus important de savoir que les personnes DI sont susceptibles de répondre ce que nous voulons entendre! D'où l'importance d'être vigilants aux traits de personnalité, aux attitudes et aux styles d'apprentissage qui sont spécifiques aux personnes DI. Le Tableau 2 dresse la liste des caractéristiques non cognitives et de leurs principales manifestations.

Motivation

Les auteurs s'entendent pour dire qu'en général, les personnes présentant des incapacités intellectuelles semblent manquer d'intérêt et de motivation (Dionne et al. 1999). Il arrive également que certaines personnes aient un grand intérêt pour un objet spécifique (dates d'anniversaire, automobiles, vedettes de télévision). Cette caractéristique pose parfois problème lorsqu'il est temps d'enseigner quelque chose à la personne; sans motivation, l'apprentissage s'avère difficile. Même si nous sommes conscients que ce qui caractérisent les personnes DI sont leurs déficits intellectuels, il n'en demeure pas moins qu'il peut être intéressant de pousser un peu plus loin la compréhension des facteurs de motivation de ces personnes. Reliés au contexte

d'entrevue clinique (en situation de psychothérapie ou autre), il est utile de comprendre les comportements de ces personnes afin d'être en mesure d'optimiser leur potentiel.

Suite à de nombreuses études, Zigler (1999) et ses collaborateurs en sont venus à dire que les faibles performances obtenues par les personnes DI à des tâches cognitives ne doivent pas être considérées seulement comme étant des déficits cognitifs. Il faut également les interpréter en tenant compte des tendances motivationnelles qui sont atypiques. Zigler et ses collaborateurs (1999) ont d'ailleurs distingué des facteurs de motivation et de personnalité permettant d'expliquer leur constat : 1) la tendance à la réaction positive; 2) la tendance à la réaction négative; 3) les attentes de succès; 4) la tendance à être dirigé de l'extérieur et 5) la motivation à l'effectance (plaisir tiré de la résolution de problèmes difficiles et besoin de compétence). Ils ont donc démontré que les personnes DI ont de fortes tendances à être dépendantes face au renforcement social d'un adulte compatissant et à être méfiantes à l'égard d'adultes inconnus. Elles sont plus enclines à être dirigées de l'extérieur suite à de nombreux échecs pour résoudre des problèmes par elles-mêmes. Ceci n'est d'ailleurs pas étranger à ce que nous avons mentionné précédemment et qui indiquait que les personnes DI ont l'habitude que ce soit les personnes de leur entourage qui prennent les décisions pour elles. Aussi, elles ont moins d'attentes de succès que les personnes n'ayant pas de déficience intellectuelle (Lecavalier, 2003). Cela n'est pas surprenant si l'on songe au fait que plus un individu échoue à des tâches, plus ses attentes de succès diminuent. Les personnes DI ont une motivation à l'effectance moins élevée que les personnes du même âge mental n'ayant

pas de déficience intellectuelle (Lecavalier, 2003). Comment peuvent-elles être motivées par le désir de réussir quand, habituellement, leurs tentatives se soldent par un échec? D'autres recherches se sont également intéressées à la motivation chez les personnes DI, proposant un concept fort intéressant : le système d'orientation motivationnelle. En fait, pour les chercheurs du groupe Peabody-Vanderbilt, le système d'orientation motivationnelle est considéré comme étant un trait de personnalité appris. Pour les personnes DI, ce système serait extrinsèque puisqu'elles se préoccuperaient des aspects de l'environnement qui n'entraînent pas d'échecs au lieu de rechercher la satisfaction et le succès (Lecavalier, 2003). Ceci peut être expliqué par ce qui a été abordé précédemment, c'est-à-dire que les enfants DI ont des comportements d'exploration et des tentatives de contrôle de l'environnement qui aboutissent souvent à des échecs. Ceci entraîne donc une diminution de ces comportements (exploration et tentatives de contrôle de l'environnement) et par le fait même, une diminution de l'acquisition de connaissances. Un ralentissement du développement cognitif et une augmentation de la valeur extrinsèque du système d'orientation motivationnelle en découleraient (Lecavalier, 2003). Bien que les travaux de Zigler et ses collaborateurs et du groupe Peabody-Vanderbilt aient des limites, comme le fait que leurs échantillons soient composés principalement d'enfants ayant une DI légère, il n'en demeure pas moins que leurs constats corroborent ce que plusieurs auteurs pensent; c'est-à-dire que les personnes DI ont un lieu de contrôle externe et sont déterminées par l'extérieur. Cependant, une hypothèse peut être émise selon laquelle ce besoin de contrôle externe ne semble pas inné chez les personnes DI, mais bien appris. Avec le cumul des

expériences négatives, les personnes DI auraient appris à dépendre des gens qui les entourent.

Estime de soi

Personne ne désire sentir qu'il ou elle vaut moins que les autres et se sentir constamment en situation d'échec. Pourtant, comme nous l'avons mentionné, les personnes DI ne sont pas étrangères à ce genre de situation. Malgré ce qu'elles font, elles sont pratiquement toujours en situation d'échec et ne réussissent pas à répondre adéquatement aux attentes de leur entourage (Paour, Langevin, & Dionne, 1996). Ces situations d'échec répétées ne contribuent pas à la formation d'une bonne estime de soi ni à développer un sentiment de compétence. En plus de cette expérience de l'échec fréquente et durable, les stigmates peuvent pousser les personnes DI à se sentir différentes des autres. Ceci poussera donc la personne DI à demander l'approbation des autres.

Certitude anticipée de l'échec

Évidemment, à force d'accumuler les échecs, la personne DI pense que ça ne lui sert à rien d'essayer (Paour, Langevin, & Dionne, 1996). Elle ne recherche donc pas la réussite, elle tente d'éviter l'échec (Lecavalier, 2003).

Faiblesse du degré d'exigence

Les personnes qui ont des incapacités intellectuelles éprouvent des difficultés à analyser les tâches qu'elles ont à faire (Paour, Langevin, & Dionne, 1996). Elles ont des difficultés de planification et d'anticipation, mais elles ont aussi une tendance à sous-évaluer les actions à poser pour s'acquitter d'une tâche. Paour, Langevin et Dionne (1996) s'entendent pour dire qu'elles sont ainsi peu exigeantes envers elles-mêmes. Cependant, avec l'anticipation de l'échec due à des situations d'échec répétitives et une détermination provenant de l'extérieur, on peut penser que cette tendance à sous-évaluer le travail à faire peut être expliquée par une démotivation et une déresponsabilisation (majoritairement apprise) plutôt que par une faiblesse du degré d'exigence.

Pauvreté des investissements

Cette caractéristique est rapportée par Dionne et al., (1999) quant au peu d'énergie et de temps investis par les personnes DI en lien avec leur faible degré d'exigence. On peut supposer que cette pauvreté des investissements peut également être expliquée par leur démotivation plutôt que par leur faible degré d'exigence.

Système inadapté d'attribution des échecs

Devant une tâche non réussie, les personnes ayant des incapacités intellectuelles ont un système d'attribution des échecs et des erreurs qui serait inadapté (Dionne et al., 1999; Dionne, Boutet, & Julien-Gauthier, 2002). Cette caractéristique n'est donc pas étrangère au fait qu'on qualifie souvent les personnes DI comme étant peu exigeantes,

peu curieuses, dépendantes d'autrui et peu critiques. Ainsi, elles ne croient pas que leur échec peut être dû au peu d'efforts fournis; elles tendent plutôt à croire que c'est parce qu'elles ne sont pas capables. Cette perception des choses les amène à anticiper encore plus l'échec et à être encore plus démotivées.

Absence ou inadéquation du scénario de vie

Cette dernière caractéristique non cognitive énoncée par Dionne et al. (1999) précise que les personnes présentant une DI arrivent difficilement à anticiper leur avenir et à se développer un scénario de vie « réaliste ». Le terme réaliste indique que les personnes doivent tenir compte des exigences que leur réalisation implique. Cependant, peut-on réellement énoncer cette caractéristique pour décrire les personnes DI? Les personnes DI peuvent-elles envisager des scénarios de vie sérieux et réalistes alors qu'elles ont l'habitude que les autres décident pour elles? Peut-on supposer qu'une personne marquée de stigmates et se sentant différente des autres préfère parfois vouloir rester dans l'imaginaire? Sommes-nous réellement en mesure de porter un « jugement » sur leur besoin d'avoir recours à une forme de « pensée magique »? Cette caractéristique, qui peut trouver son origine dans le fait qu'illusion et désespoir se chevauchent au rythme des différentes expériences, peut s'appliquer à n'importe quel individu incapable d'accepter une réalité synonyme de souffrance. Cette dernière caractéristique, bien qu'elle soit contestable, vient donc renforcer l'idée que les personnes DI ont besoin qu'on déploie des efforts pour entrer en relation avec elles et qu'on s'intéresse à leur vie affective. Comme le souligne Dionne, Boutet, & Julien-

Gauthier (2002) : « la connaissance des caractéristiques spécifiques d'une personne est un atout important pour l'intervenant » (p. 61).

Tableau 2

Caractéristiques non cognitives

Caractéristiques	Principales manifestations
Faible motivation ou orientation spécifique de la motivation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque d'intérêt et de motivation ▪ Intérêt très marqué, voire même des fixations pour un objet ou un sujet en particulier
Faiblesse de l'estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des expériences répétées d'échec deviennent un facteur de démotivation qui ne contribue pas à la formation de l'estime de soi. ▪ Tendance à demander l'approbation des autres
Une certitude anticipée de l'échec	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Croit difficilement en ses capacités. ▪ Persuadé qu'il est inutile d'essayer à nouveau puisqu'il y aura forcément un échec
Faiblesse du degré d'exigence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté à bien cerner ce qui est à faire pour s'acquitter convenablement de la tâche. ▪ Tendance à sous-évaluer les actions à poser pour s'acquitter et, par conséquent, à être peu exigeant envers lui-même
Une pauvreté des investissements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque d'investir beaucoup moins d'énergie et de temps dans la réalisation d'une tâche
Un système d'attribution des échecs inadapté	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conviction de ne pas être capable de faire une tâche. ▪ Ne remet pas en question le faible degré d'exigence ou le peu d'investissements consacrés à la tâche
Une absence ou une inadéquation du scénario de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scénario de vie peu réaliste qui ne tient pas compte des capacités et des limites de la personne

Repères pour mener des entrevues thérapeutiques

L'établissement d'un contact constitue une dimension importante d'un processus psychothérapeutique, peu importe la clientèle. Il s'agit d'un temps d'apprivoisement et de connaissance mutuelle. En contexte de déficience intellectuelle, cette étape revêt une importance particulière. Elle permet notamment d'obtenir des informations sur l'histoire de la personne et de son milieu de vie. Plus spécifiquement, elle permet également de connaître le niveau de compréhension de la personne ainsi que le vocabulaire qu'elle privilégie. De cette façon, le psychologue est en mesure d'ajuster ses questions et faciliter ainsi la compréhension (Cambridge, & Forrester-Jones, 2003 ; Guillemette, & Boisvert, 2003). De plus, il s'avère important pour le psychologue de porter attention dans l'ajustement du ton de la voix, de son langage et du débit langagier. L'utilisation de discussions informelles de quelques minutes permet également au psychologue et à la personne de faire connaissance, de se familiariser (Cambridge-Forrester, 2003), d'établir un lien de confiance (Dattilo, et al., 1996) et de minimiser la distance psychologique et sociale (Mactavish, et al., 2000). En toile de fond de ces ajustements, une attitude d'acceptation et de tolérance vis-à-vis la personne ayant une déficience intellectuelle devrait être privilégiée.

En raison de l'hétérogénéité des habilités cognitives et langagières des personnes présentant une DI (Perkins, 2007), quatre repères ont été choisis et sont présentés aux psychologues afin de les aider à mener des entrevues cliniques auprès de ces personnes. Il ne s'agit pas d'une recette ni d'approche campée, mais bien d'indicateurs à prendre en considération pour faciliter les entretiens thérapeutiques auprès des personnes ayant une

déficience intellectuelle. Comme le souligne Butz, Bowling, et Bliss (2000), les psychologues ont généralement besoin d'être mieux informés à propos de la possibilité de conduire des entrevues thérapeutiques avec des personnes qui ont une DI. Les quatre repères sont : l'expression émotionnelle, la tendance à l'acquiescement, la formulation des questions et la prédominance verbale. Ces repères seront définis et expliqués. De plus, leur but sera d'identifier des conditions pour aider les personnes déficientes intellectuelles à exprimer leur point de vue et leurs émotions. Ils doivent être considérés comme des stratégies initiales à mettre en place lors d'entrevues cliniques avec des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Expression émotionnelle

La vie émotionnelle et les difficultés émotionnelles des personnes avec DI ont été largement négligées (Arthur, 2003; Razza & Thomasulo, 2005). La vie émotionnelle des personnes qui ont une DI commence à attirer l'attention (O'Connor, 2001; Razza & Tomasulo, 2005). Encore aujourd'hui, nous sommes réticents et incertains quant à la manière d'appliquer nos connaissances, nos théories et nos approches aux émotions de ces personnes (Arthur, 1999). Les professionnels en DI préfèrent se concentrer sur la planification et le développement des services et sur la modification des comportements (Arthur, 2003).

Les personnes DI ont le potentiel de rapporter fidèlement elles-mêmes leurs émotions (Lindsay et al., 1994). Cependant, en raison des déficits fréquemment présents

en matière de langage expressif et réceptif, il est parfois problématique d'évaluer directement les troubles émotionnels de la personne DI en lui demandant de les expliquer.

Sur le plan de l'expression émotionnelle, les questions à propos des émotions sont difficiles à aborder s'il n'y a pas de situations concrètes qui y sont associées (Malik et al., 1991; McVilly, 1995 ; Sigelman, Winer, & Schoenrock, 1982). Par exemple, si l'on veut demander à la personne si elle se sent « nerveuse » ou « triste », il est suggéré de donner des exemples de la vie réelle (Razza & Tomasulo, 2005). Quand un individu n'est pas capable de dire comment il se sent, il peut être utile de lui dire notre perception de ses émotions. Razza et Tomasulo (2005) proposent l'exemple : « Je note que tu regardes par terre maintenant et que tu es silencieux. Est-ce que ça veut dire que tu es triste? » (p. 138). Selon l'AAMR (2002), la caractéristique cognitive la plus importante chez les personnes DI serait leur capacité limitée d'abstraction et leur tendance à raisonner presque exclusivement en fonction de leurs réalités concrètes. D'ailleurs, la personne DI aura tendance à nommer les réalités à partir de ce qu'elle expérimente dans le présent (Carrier & Fortin, 1994). Par exemple, si un psychologue, lors d'une rencontre, lui demande comment se passe sa relation avec son éducateur, la personne ayant une DI pourra répondre à cette question en se référant à la relation qu'elle entretient présentement avec son psychologue. Elle ne fera pas forcément de distinction entre les deux relations et peut se référer à la situation présente.

Toujours en lien avec l'expression des émotions, les personnes DI ont parfois conscience de ne pas réussir à être comme les autres. Des recherches ont démontré que les personnes DI dépensent une énergie considérable à essayer d'être comme les « autres » (Edgerton, 1967 cité dans Szivos & Griffiths, 1990). Cette reconnaissance de l'écart qui existe entre elles et les autres est susceptible d'hypothéquer leur confiance en elles et peut contribuer à leur démotivation. Certains auteurs ont d'ailleurs démontré que les personnes ayant une déficience intellectuelle sont conscientes de leur état et de la stigmatisation que cela entraîne (Gibbons, 1985 : Jahoda, Markova, & Cattermole, 1988). Selon Caron (1991), elles seraient conscientes de leur incapacité à vivre comme les autres. Toutefois, bien qu'elles soient capables d'exprimer leurs besoins et leurs émotions, il est difficile pour elles d'exprimer verbalement leur détresse personnelle. C'est pourquoi on dénote un besoin de renforcement social très élevé chez les personnes présentant des incapacités intellectuelles (Paour, Langevin, & Dionne, 1996), notamment en ce qui a trait à l'expression de leurs émotions. Il n'est donc pas surprenant de noter chez ces personnes une tendance à l'imitation qui se manifeste par le recours à des réponses stéréotypées ou à la répétition d'un discours entendu (Juhel, 1997). D'une certaine façon, on pourrait dire que les personnes ayant une DI pourraient adopter deux attitudes distinctes en fonction de leur interlocuteur. Tout d'abord, l'une lorsqu'elles sont avec leurs pairs et l'autre lorsqu'elles sont avec des personnes non déficientes intellectuelles. Avec leurs pairs, elles interagiraient et communiqueraient comme nous le faisons avec des amis. Tandis qu'avec des personnes « normales », elles pourraient essayer de cacher leur déficience intellectuelle (leur identité stigmatisée) en offrant des

réponses minimales, en ne prenant pas leur tour de parole, et en répétant ce que leur interlocuteur vient de dire (Yearley & Bewer, 1989). Pour éviter le stigma, elles pourraient également changer leur style conversationnel selon l'interlocuteur. Malencontreusement, cela pourrait diminuer leurs compétences conversationnelles apparentes. Il est donc important que le psychologue fasse des commentaires sur les compétences limitées de la personne avec DI (Yearley & Bewer, 1989). Il doit le mentionner à la personne lorsqu'il trouve qu'elle parle peu ou qu'elle semble répéter ce qu'il lui dit. Le psychologue doit donc lui démontrer qu'il sait qu'elle a des compétences conversationnelles puisqu'elle les applique avec ses amis. Si le psychologue laisse la personne parler peu et adopter un rôle passif, il contribue à entretenir l'idée qu'elle ne peut pas faire mieux ou que ce qu'elle fait est représentatif de la manière dont elle doit agir. Les personnes ayant une DI ont également peur d'être jugées, évaluées, punies et réprimandées (Razza & Tomasulo, 2005). Razza et Thomasulo (2005) proposent aux psychologues d'exprimer à la personne ayant une DI qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Cependant, il serait peut être préférable de dire à la personne que toutes les réponses sont bonnes pour ne pas insinuer qu'il pourrait en effet y avoir des mauvaises réponses.

Les informations subjectives, telles que des informations en lien avec les émotions, sont plus difficiles à obtenir que les informations factuelles (Carrier & Fortin, 1995). Lessard (1993) souligne qu'il est difficile de mener une entrevue thérapeutique auprès de personnes ayant une DI à cause de leurs problèmes de communication, entre autres

leurs capacités limitées de compréhension verbale, de leur capacité d'introspection restreinte (les insights sont peu profonds) et de leurs connaissances limitées. D'autres auteurs rajoutent qu'une faible compréhension du processus de changement, une rigidité et une difficulté de contrôle de l'expression de leurs impulsions et frustrations viennent aussi compliquer l'intervention thérapeutique auprès de ces personnes (Abel, 1953; La Vietes, 1978 cité dans Ionescu, & Jourdan-Ionescu, 1987). Néanmoins, comme le souligne Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987), certaines de ces caractéristiques sont également présentes chez les enfants et des psychothérapies n'en sont pas pour autant contre-indiquées!

Des recherches portant sur l'intervention psychologique avec des personnes ayant une DI vivant une expérience de deuil ont permis de démontrer l'importance de mener un travail thérapeutique auprès de ces personnes (Summers & Witts, 2003; Stoddard, Burk et Temple, 2002). Bien qu'il soit difficile pour les personnes ayant une DI d'exprimer des émotions négatives telles que la colère et la tristesse (Summers & Witts, 2003), leur chagrin ne diffère pas parce qu'elles ont une déficience intellectuelle. La recherche de Summers et Witts (2003) conclut que la compréhension théorique du processus de deuil peut s'appliquer aux personnes ayant une DI. Il s'avère donc important de chercher à pallier ce qui entrave l'entrevue thérapeutique avec les personnes DI en portant attention à différents moyens permettant l'efficacité de psychothérapies auprès de ces personnes. Razza et Thomasulo (2005) soulignent que l'adaptation des thérapies standards et des modèles psychothérapeutiques en fonction

des caractéristiques de la personne DI pourrait contribuer à accroître l'efficacité thérapeutique. Trois repères peuvent permettre aux psychologues de trouver un premier point d'ancrage pour soutenir l'adaptation de leur approche thérapeutique : l'acquiescement, la formulation des questions et la prédominance verbale.

Acquiescement

L'acquiescement réfère à la tendance de la personne à répondre affirmativement aux questions sans prendre en considération leur contenu (Gudjonsson, 1986 ; Sigelman, Budd, Spanhel, & Schoenrock, 1981). Plusieurs études ont démontré que les personnes DI avaient tendance à acquiescer aux différentes questions (Budd, 1981; Clare & Gudjonsson, 1993; Heal & Chadsey-Rush 1985; Heal & Sigelman, 1995; Perlman, Ericson, Esses & Isaacs, 1994; Sigelman & Budd, 1986; Sigelman, Budd, Spanhel, Schoenrock, & Martin, 1982). Différents facteurs sont d'ailleurs reconnus pour occasionner de l'acquiescement; on les regroupe en trois catégories : 1) les caractéristiques des sujets, 2) les propriétés des questions et 3) les aspects situationnels (Matikka & Vesala, 1997). Tout d'abord, en ce qui concerne les *caractéristiques des personnes* ayant une DI, Sigelman, au cours de ses études en 1980, a affirmé que les personnes ayant un quotient intellectuel plus élevé sont moins à risque d'acquiescer. Ceci est corroboré par d'autres études qui ont démontré que l'acquiescement est relié inversement aux capacités intellectuelles, c'est-à-dire que plus la déficience est importante, plus l'acquiescement est présent chez la personne (Budd, 1981; Gudjonsson, 1990; Shaw & Budd, 1982; Sigelman et al., 1981a). La *propriété des questions*, soit la

formulation des questions, est un facteur important dans la présence de l'acquiescement (Heal & Sigelman, 1995). En effet, si la personne ne comprend pas une question (Finlay & Lyons, 2002), comprend une question différemment en raison de son ambiguïté (Sigelman et al., 1982), n'est pas certaine des détails (Gudjonsson & Gunn, 1982) ou bien ne connaît pas la réponse (Finlay & Lyons, 2002), elle aura davantage tendance à répondre affirmativement à la question. En ce qui concerne les *aspects situationnels*, la personne ayant une DI peut exprimer une réponse négative aux comportements désapprouvés socialement et une réponse positive aux comportements qui sont approuvés-appréciés socialement (Shaw & Budd, 1982). Cependant, même s'il est possible qu'il y ait un biais lorsque des personnes ayant une DI répondent, cela ne veut pas dire que c'est inévitable (Cattermole, Jahoda, & Markova, 1988). D'ailleurs, d'autres études n'appuient pas l'idée que l'acquiescement chez les personnes ayant une DI est un réel problème (Matikka & Vesala, 1997; Rapley & Antaki, 1996). Cette idée divergente peut s'expliquer par la taille de l'échantillon, ses caractéristiques et les techniques utilisées pour détecter l'acquiescement.

La désirabilité sociale, la soumission, la suggestibilité et le désir de se conformer peuvent aussi être associés à l'acquiescement (Perlman et al., 1994). La personne avec DI peut donc dire oui, car elle pense que c'est le psychologue qui a raison et qu'elle n'a pas confiance en son propre jugement, ou parce qu'elle ne veut tout simplement pas être en désaccord. Puis, la personne avec DI peut avoir tendance à être d'accord avec l'autorité (Perlman et al., 1994). Le biais de la désirabilité sociale a davantage tendance

à apparaître dans le cadre d'entrevues cliniques plutôt que par des méthodes indirectes comme des questionnaires auto-administrés. De plus, il varie en fonction du degré avec lequel les questions touchent la représentation de soi (Sigelman et al., 1983). Les personnes DI sont plus vulnérables à la pression et elles sont plus susceptibles de répondre ce qu'elles pensent que le psychologue veut entendre (Everington & Fulero, 1999). D'ailleurs, elles ont aussi tendance à changer leurs réponses si le psychologue manifeste un léger signe de désapprobation. Elles se conforment afin d'éviter d'être en désaccord avec l'autre (Finlay & Lyons, 2001) et ce, dans le but d'obtenir certains bénéfices comme l'approbation sociale de leur psychologue. Aussi, lorsque l'on parle de suggestibilité, on fait référence au fait que la personne DI accepte les informations qui lui sont dites comme étant la vérité (Gudjonsson & Clark, 1986).

En ce qui a trait aux stratégies pour réduire l'acquiescement, la première qui devrait être nommée est que le psychologue doit être sensible et « allumé » à la possibilité que son client avec DI réponde affirmativement plus souvent que le reste de la population. Il est donc intéressant pour le psychologue d'avoir davantage recours à des questions ouvertes et d'opter pour un style conversationnel (Flynn, 1986). Razza et Tomasulo (2005) suggèrent au psychologue de vérifier sa propre compréhension de ce que la personne ayant une DI dit en lui répétant et en lui demandant si c'est correct. Il faut cependant être prudent à ce sujet, car la personne avec DI pourrait tout simplement acquiescer. Si le psychologue ne comprend pas la réponse de la personne, il doit éviter de la reformuler et de lui demander si c'est ce qu'elle a voulu dire, car la personne

pourrait acquiescer (Finlay & Lyons, 2001). On doit plutôt demander à la personne d'élaborer ou de donner des exemples. La vérification de la compréhension devrait se faire selon un processus qui est lent et validé à plusieurs reprises de manières différentes.

Évidemment, pour pallier à l'acquiescement, il faut éviter les questions trop longues, complexes, abstraites ou portant sur des contenus rares et peu connus de la personne DI (Finlay & Lyons, 2001). La manière de poser les questions a donc une influence importante sur l'acquiescement.

Formulation des questions

Lorsque l'on conduit un entretien thérapeutique, la dimension relationnelle est souvent établie sous forme de question-réponse. Cependant, il existe des types de questions qui doivent être évités afin de faciliter l'expression des personnes qui ont une déficience intellectuelle. L'étude de Dattilo, Hodge, et Malley, (1996), démontre que les personnes ayant une DI ont plus de facilité à répondre aux questions fermées¹, elles sont toutefois plus à risque d'acquiescement. Les questions ouvertes² amènent moins de biais, cependant elles comportent l'inconvénient majeur d'être difficiles à répondre pour bon nombre de personnes (Sigelman, Winer & Schoenrock, 1982). De plus, les réponses des personnes ayant une DI aux questions ouvertes sont très peu élaborées (Budd et al., 1981; Sigelman et al., 1981b). Celles-ci sont aussi susceptibles de produire des réponses

¹ Les questions fermées font références aux questions qui se répondent par oui/non.

² Les questions ouvertes sont débutées habituellement par des adverbes interrogatifs tels que Comment? Pourquoi? Où? Quand?

incorrectes (qui peuvent être occasionnées par une mauvaise compréhension de la question) ou de fabriquer de l'information fautive afin de répondre à certains types de questions (Perlman, et al., 1994). Les questions posées sous forme d'affirmation peuvent aussi être plus difficiles à répondre. Plusieurs auteurs suggèrent d'éviter les questions qui débutent par « Pourquoi? » puisqu'elles peuvent être difficiles à répondre (Flynn, 1986; Malik, et al., 1991). Le terme « pourquoi? » n'est pas aussi concret que « quand? » ou « où? ». Il est important d'utiliser des mots connus par la personne ayant une DI (Finlay & Lyons, 2001).

La complexité grammaticale, la présence de plusieurs idées dans une phrase (Zetlin, Heriot & Turner, 1985) ou même la présence d'idées abstraites (Gudjonsson & Gunn, 1982; Sigelman et al., 1981c) influencent aussi la présence de biais dans les réponses des personnes interrogées avec DI. Des structures de phrases complexes telles que formulées à la négative et au temps passé sont aussi problématiques (Kabzem, 1985). Des auteurs ont aussi remarqué, dans la formulation des questions, que les mots qui impliquent des concepts concernant la fréquence (rarement, parfois, souvent, etc.), la quantité (un peu, moyennement, beaucoup, etc.), le temps, l'argent et les nombres sont difficilement traités par les personnes ayant une DI (Carrier & Fortin, 1994; Datillo, Hoge, & Malley, 1996; Guillemette & Boisvert, 2003; Flynn, 1986; Finlay & Lyon, 2001; Malik, et al., 1991; Wyngaarden, 1981). Les termes « généralement » et « habituellement » sont également difficiles à comprendre pour les personnes avec DI (Finlay & Lyons, 2001). En ce qui a trait au temps, les personnes avec une DI éprouvent

de la difficulté avec la perception du temps, surtout avec le futur et avec la mémorisation dans l'ensemble (Juhel, 1997). Habituellement, il y a plus de réussites quand les questions sont situées dans des contextes précis ou avec des événements de la vie de la personne (Finlay & Lyons, 2001). Il est également difficile pour elles de répondre à des questions de comparaison (Heal & Sigelman, 1995).

Une fois que le psychologue s'est employé à établir un bon contact avec la personne, il doit s'interroger sur le niveau du type de communication utilisée; il peut avoir recours à des procédés verbaux et non-verbaux. En ce qui concerne les procédés verbaux, il est important pour le psychologue d'être conscient que les différentes formes de questions telles que les questions ou/soit (Sigelman et al., 1983), oui/non (Budd et al., 1981; Carrier & Fortin, 1994; Sigelman et al., 1981a) et les questions ouvertes (Sigelman et al., 1981b) amènent chacune leur forme de biais. C'est pourquoi Flynn (1986) suggère d'échanger en partant d'un sujet de conversation plutôt que de questions. Puis, si l'utilisation de questions est nécessaire, une attention spéciale devrait être portée à susciter un ajout de discours tout en laissant des moments de silence et en prenant soin de souvent faire écho (Guillemette & Boisvert, 2003). Par exemple, suite à une réponse de la personne DI, le psychologue peut répéter la fin de la réponse donnée, utiliser un mot ou une préposition (p. ex. oui?, puis?, souvent?), garder un moment de silence ou porter un regard intéressé à la personne; tout ceci doit être fait dans le but d'obtenir davantage d'informations (Burgunder & Julien-Gauthier, 2008). Il s'agira ainsi de rejoindre la force des questions ouvertes, qui est de déjouer la tendance à se soumettre

positivement à la question (Lalonde & Lamarche, 1993). L'intérêt des questions ouvertes et de l'incitatif verbal ou non-verbal est la possibilité qu'elles offrent de recueillir spontanément le point de vue des personnes DI (Lemétayer & Gueffier, 2007). De plus, il ne faut pas omettre de préciser que ce n'est pas parce que la personne donne une réponse qu'elle a forcément compris la question. La différence entre les habiletés d'expression et de réception devrait être reconnue par les psychologues puisqu'ils peuvent souvent surestimer la compréhension des personnes DI qui semblent avoir de bonnes habiletés d'expression (Finlay et Lyons, 2001). L'incitatif verbal et non-verbal permet donc aussi de valider la compréhension de la personne ayant une DI. Certains auteurs suggèrent l'utilisation de questions fermées complétées par des questions ouvertes (Dattilo, Hodge, & Malley, 1996). D'autres auteurs recommandent que les psychologues commencent par des questions ouvertes afin d'obtenir le plus grand nombre de réponses spontanées que possible pour passer ensuite à des questions plus précises (Perlman, Ericsson, Esses, & Isaac, 1994). L'une ou l'autre de ces façons de faire peut permettre au psychologue de recueillir le maximum d'informations de la personne présentant une DI.

Puisqu'une personne peut présenter certains déficits en ce qui a trait à la mémoire de travail et à l'attention, nous pensons qu'il importe d'être vigilant en s'assurant de ne pas « submerger » la personne d'informations. Pour le psychologue, il devient alors important de s'assurer que la personne DI porte attention à la bonne information. Un moyen d'y parvenir est de faire dire à la personne ce qu'elle retient de nos propos et

même de l'entretien thérapeutique (Razza, & Tomasulo, 2005). Une simplification du langage utilisé doit aussi être privilégiée par les psychologues (Ionescu, 2006; Julien-Gauthier, Jourdan-Ionescu, & Héroux, 2009). Par exemple, au lieu d'utiliser le terme « rapidement », il est beaucoup mieux de dire « vite, vite ».

La prédominance verbale est présente lorsque les individus interagissent ensemble. Ceci ne semble pas faire exception lorsqu'il s'agit de s'adresser à des personnes ayant une DI. Les psychologues auront tendance à utiliser, comme il a été mentionné précédemment, une formule « question-réponse ». Cependant, en plus de procédés verbaux, il est important de s'intéresser à des procédés non-verbaux, et plus particulièrement avec la clientèle en DI.

Prédominance verbale

Habituellement, les psychologues sont formés pour pratiquer la psychothérapie à travers le langage verbal; il n'est donc pas rare pour eux de penser que les personnes présentant une DI ne sont pas de bons candidats à une prise en charge psychothérapeutique (Ionescu, 2006). Fréquemment, les psychologues se réfèrent à une « limitation du répertoire langagier, difficulté dans l'articulation des sentiments et des pensées ou dans l'établissement d'associations entre l'affect et langage » (Ionescu, 2006 p.307). Traditionnellement, la psychothérapie a été décrite comme une « cure par la parole ». Cependant, d'autres approches thérapeutiques pourraient être utilisées, tel que l'art-thérapie et le « psychodrame », approches reconnues pour leur efficacité (Skene,

1991). Les personnes avec DI ont des difficultés de compréhension et d'expression verbale. Il est donc important de remettre en question ce qui se fait « normalement » en thérapie et de se rapprocher de leur « monde ».

Des procédés non-verbaux peuvent être utilisés par le psychologue, soit pour remplacer les procédés verbaux, soit de manière concomitante avec eux. Premièrement, il peut être possible de faciliter la compréhension de la personne DI en utilisant des moyens compensatoires tels que des images, des photos, des objets ou des gestes (Carrier & Fortin, 1994; Finlay & Lyons, 2001; Lessard, 1993). Par exemple, un plan imagé de ce qui sera abordé lors de l'entretien thérapeutique peut aider la personne à se situer dans la rencontre, maintenir son attention et faciliter sa participation (Grandisson, 2009). Les personnes DI ont une meilleure mémoire visuelle que verbale (Lanfranchi, Cornoldi, & Vianello, 2004), et elles sont facilement distraites (Michel et al., 2000); le fait d'utiliser un support visuel ne peut qu'être renforçateur pour elles. Les photos sont également considérées comme une méthode de rechange à la communication qui s'avère efficace (Cambridge & Forrester-Jones, 2003; Razza, & Tomasulo, 2005). En ce qui concerne les procédés thérapeutiques non-verbaux, on peut penser aussi à tous ceux utilisés avec les enfants sans retard de développement (jeux de rôle, dessins, danse, musique).

De plus, le fait d'avoir recours à des procédés thérapeutiques non-verbaux permet au psychologue de faire preuve de créativité (Ionescu, 2006; Kirkland, 2005). Il a été

mentionné précédemment que le manque de motivation et de détermination interne chez les personnes DI peut s'avérer problématique, même en contexte d'entrevue thérapeutique. En raison de leur manque d'intérêt et de leurs difficultés à décider par elles-mêmes, il peut être très ardu de les amener à s'exprimer sur ce qu'elles veulent et désirent (en lien avec des situations affectives de leur vie). Puisqu'il n'est pas rare de voir la personne DI peu motivée à s'engager dans une thérapie individuelle, il est du ressort du psychologue d'user d'originalité pour susciter la motivation de la personne DI puisqu'il n'est pas rare de relever une absence de motivation de la personne DI (Nuffield, 1983 cité dans Ionescu, 1987). Par son approche originale, le psychologue peut stimuler la motivation de la personne DI à venir en psychothérapie et ainsi favoriser et soutenir son autonomie de prise de décisions, tout en l'encourageant dans ses choix. Tout ceci est pensé dans le but de s'assurer que la personne DI exprime ses préférences et ce qu'elle ressent. En contexte de déficience intellectuelle, le psychologue ne peut se contenter de pratiquer à partir d'approches conventionnelles. Savoir que les caractéristiques énumérées précédemment sont présentes chez la majorité des personnes DI devrait inciter les psychologues à faire preuve de créativité et d'initiative. Comme le mentionne Ionescu (2006), il n'existe pas de « livre de recettes » en matière de thérapie, même pour les personnes sans DI. Comment pourrait-il en être autrement avec les personnes qui ont une DI? « Un investissement de temps est très important pour atteindre des objectifs relativement modestes » (Ionescu, 1987, p. 358), voilà ce qui peut attendre le psychologue. De plus en plus, de nouvelles approches thérapeutiques sont élaborées et des méthodes et des techniques existantes sont adaptées, inspirant ainsi

l'intervention thérapeutique auprès de ces personnes (Ionescu, 2006). Comme il a été mentionné précédemment, des résultats tels que ceux obtenus par Schulenberg (2003) dans l'adaptation de la logothérapie démontrent l'importance d'ajuster la pratique psychologique auprès des personnes qui ont une DI (cité dans Ionescu, 2006). Une recherche utilisant l'approche cognitivo-comportementale a permis de démontrer que l'utilisation d'un schéma (diagramme) pour représenter la problématique de la personne avec DI peut s'avérer très aidante (Kirkland, 2005). Au fil des rencontres, le schéma était repris pour l'intervention. Il permettait à la personne de voir concrètement des liens entre les antécédents; les croyances et les conséquences. Des symboles et des images étaient aussi ajoutés au schéma. La personne arrivait à donner sa propre formulation de la problématique. De fait, un travail collaboratif était mis de l'avant. Cependant, dans la mesure où on utilise des symboles, ceux-ci doivent être connus et avoir un sens pour la personne. On ne peut mettre une feuille remplie de symboles devant les gens et penser qu'ils les comprendront (Poncelas & Murphy, 2006). Si l'on veut les utiliser, il faut d'abord les enseigner.

Finalement, avec les personnes qui ont de sévères difficultés de langage, il a été démontré qu'il est important d'être sensible et à l'écoute des mouvements du corps (langage du corps), de l'expression faciale, du regard et de la gestuelle, puisque c'est de cette manière que ces personnes communiquent (Guess, Benson, & Siegel-Causey, 1985; Thurman, 2005). Ceci devrait être appliqué aux personnes ayant une DI, même si leurs difficultés de langage ne sont pas sévères. Une attention accrue devrait être portée

à la communication non-verbale (aussi appelée informelle) dans le domaine de la déficience intellectuelle.

Discussion

Cet essai poursuivait deux buts. Tout d'abord, faire une revue critique de la documentation en déficience intellectuelle sur les caractéristiques cognitives et comportementales présentes chez les personnes ayant une DI. Par la suite, proposer certains repères visant à soutenir le psychologue dans sa pratique. Plus précisément suggérer des repères qui permettront aux psychologues d'accéder au vécu émotionnel des personnes qui ont une DI pour ainsi leur apporter un soutien psychologique adéquate.

À la lumière de la documentation scientifique, deux grands constats semblent se dégager. Le premier veut qu'il se fasse peu de thérapies en déficience intellectuelle malgré les besoins manifestés. Le second constat témoigne de la possibilité et de la nécessité d'adapter la pratique psychologique aux caractéristiques des personnes ayant une DI.

Peu de thérapies en déficience intellectuelle

Le premier constat semble d'abord s'expliquer par les caractéristiques cognitives et comportementales des personnes ayant une DI qui affectent le travail des psychologues. Les plus importantes caractéristiques susceptibles de nuire à la psychothérapie sont la moindre efficacité des processus de traitement de base de l'information et la faiblesse de l'estime de soi. En ce qui concerne une première caractéristique, les personnes qui ont

une DI ont de la difficulté à encoder la question et à y répondre. Le traitement de l'information se fait plus lentement et est parfois déficitaire. Lors de la thérapie verbale, la personne ayant une DI peut se retrouver « ensevelie sous une tonne » de questions et ne risque pas de réussir à bien traiter l'information. Les psychologues n'ayant pas de réponse à leur question auront donc tendance à la reposer différemment ou bien à y ajouter des indices; ce qui peut embrouiller davantage la personne. Conséquemment, la personne ayant une DI n'a donc pas le temps de traiter l'information et de produire une réponse adéquate. Les psychologues peuvent, alors, juger que la compréhension de la personne présentant une DI n'est pas adéquate. Ils ne pensent pas que la personne n'a tout simplement pas eu assez de temps pour comprendre et traiter la question. La deuxième caractéristique susceptible d'influencer la pratique psychothérapeutique, soit la faible estime de soi, influence le comportement de la personne. Une personne ayant une DI qui a une lacune sur le plan de l'estime de soi peut être portée à vouloir plaire au psychologue, à vouloir lui faire plaisir et à être d'accord avec lui. Une recherche de l'approbation sociale pourrait donc être à l'origine de la tendance à acquiescer.

Une deuxième explication, quant au peu de psychothérapies pratiquées en déficience intellectuelle, est que les outils et les approches théoriques sur lesquels les psychologues s'appuient n'ont pas été conçus pour le domaine de la déficience intellectuelle. Les connaissances acquises dans le domaine de la psychologie (au niveau du cursus scolaire standard) et les approches psychothérapeutiques conventionnelles habituellement enseignées sont difficilement applicables à la population ayant une DI. Il est complexe pour le psychologue d'appliquer et de transférer ce qu'il a appris

(techniques et connaissances). Nous pouvons donc dire que les psychologues, en règle générale, n'ont pas reçu la formation requise pour travailler auprès de cette population. Ils ne le sont pas suffisamment formés pour aider des personnes ayant une DI et qui présentent des caractéristiques particulières. Leurs repères théoriques et pratiques tiennent difficilement et ils doivent adapter les modèles d'intervention qu'ils ont appris. Parfois, ils doivent même créer de nouvelles approches et outils thérapeutiques. Ceci exige des psychologues un investissement de temps et d'énergie considérable, sans pour autant apporter des garanties de succès.

Une troisième explication de ce constat est la prédominance de la communication verbale dans les thérapies conventionnelles. La majorité des approches conventionnelles enseignées en psychologie utilisent le langage verbale comme médium. Les autres approches non-verbales telles que l'art-thérapie, la zoothérapie, la musicothérapie, etc. ne sont pas des approches standards, et on y fait très peu référence. Depuis de nombreuses années, les psychothérapies semblent être des « cures par la parole ». En plus de favoriser l'expression verbale, la pratique psychologique actuelle ne semble pas s'intéresser beaucoup à la communication non-verbale. En fait, la psychologie semble s'y intéresser, mais surtout sur les plans expérimental et développemental. La communication non-verbale (le langage du corps) n'est donc pas suffisamment abordée dans la formation clinique, bien que l'expression non-verbale des émotions soit quelque chose qui semble innée et facile d'accès. Les psychologues ne sont donc pas tous habilités à travailler avec la communication non-verbale sur le plan clinique. Dans l'optique où les psychologues favorisent des approches avec une dominante verbale, on

peut penser qu'ils contribuent d'une certaine façon à la problématique du manque de services thérapeutiques auprès des personnes qui ont une DI.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les psychologues sont peu sollicités pour faire des psychothérapies auprès de cette clientèle. Ils sont davantage impliqués dans le domaine de la DI lors des évaluations intellectuelles qui permettent de poser le diagnostic de déficience intellectuelle ou d'établir le potentiel intellectuel. Leur rôle auprès de cette clientèle semble donc davantage instrumentalisé et réduit à la notion de diagnostic. L'approche verbale demeure également présente dans le processus diagnostique de la DI. Pour la plupart d'entre eux, les outils d'évaluation ont été créés afin d'être administrés sous forme verbale. Cependant, avec une adaptation de certaines consignes verbales imagées et non-verbales, il devient possible d'outrepasser l'incompréhension verbale et d'arriver à actualiser le potentiel de la personne ayant une DI.

Bien que plusieurs recherches dans les années 80 aient démontré que les personnes ayant une DI ont des troubles psychiatriques au même titre que le reste de la population et qu'elles ont besoin de psychothérapies, la situation évolue lentement. La place du psychologue dans le domaine de la DI continue à être réservée à l'évaluation intellectuelle. Bien que les établissements de réadaptation en déficience intellectuelle doivent offrir des services psychologiques spécialisés, les psychologues y font peu de thérapies. Ainsi, leur expertise sur le plan de l'intervention se développe très lentement. Comme nous l'avons abordé précédemment, les conséquences potentielles de cette

situation sont le développement de troubles psychiatriques au sein de cette population. Les problèmes en santé mentale ont pour conséquence d'engendrer des troubles de comportement et de favoriser l'isolement. L'intégration au sein de la communauté s'en trouve donc affectée. Il peut être intéressant de se demander si la faible reconnaissance de l'univers émotionnel des personnes qui présentent une DI pourrait être liée au rôle étroit que jouent les psychologues auprès de cette clientèle. La poursuite de la réflexion théorique à ce sujet s'avère indiquée afin d'identifier la relation qui peut exister entre ces deux conditions.

Possibilité et nécessité d'adapter la pratique psychologique aux caractéristiques des personnes ayant une DI

Le second constat qui se dégage de cet essai est la possibilité et la nécessité d'adapter la pratique psychologique aux caractéristiques des personnes ayant une DI. Actuellement, la pratique psychologique ne semble pas s'adapter aux caractéristiques de la personne ayant une DI. Les besoins sur le plan psychologique (anxiété, dépression, deuil) chez les personnes qui ont une DI demeurent les mêmes que pour la population en général, mais pourtant, encore aujourd'hui, il demeure difficile pour un psychologue d'intervenir sur lors de ces situations. Cela soulève un questionnement : est-ce que les personnes ayant une DI doivent correspondre à nos approches thérapeutiques standards ou devrions-nous adapter nos interventions à leur contexte de vie? C'est une question qui est légitime et conforme à l'état actuel des choses puisqu'il n'est pas rare d'entendre qu'on ne peut offrir de psychothérapies à certaines personnes puisqu'elles sont « trop déficientes ». Cet essai vise donc à démontrer qu'il est possible d'adapter notre pratique

psychologique aux caractéristiques de la personne ayant une DI. Nous croyons qu'un ajustement de la pratique du psychologue à travers les quatre repères proposés précédemment (s'attarder à l'expression émotionnelle, avoir conscience de la tendance à acquiescer, faire attention à la formulation des questions et favoriser l'utilisation de procédés non verbaux) s'avère souhaitable, possible et réaliste.

Perspectives et questionnements inhérents à cet essai

Suite à l'élaboration de ces deux constats, il semble être nécessaire de remettre en perspective une des problématiques de fond qui se dégage de cette réflexion. D'une part, les psychologues semblent contribuer à une faible dispensation de services en santé mentale auprès de personnes qui présentent une DI et d'autre part, en négligeant de s'ajuster aux caractères qui leurs sont propres et à leurs besoins. Cette absence d'ajustement peut aussi bien relever d'une méconnaissance des caractéristiques que d'un manque en ce qui a trait aux approches thérapeutiques adaptées. Peu importe la raison, il n'en demeure pas moins que les psychologues ont la responsabilité de s'ajuster ou tout au moins d'être conscient de cet état de fait.

D'un autre côté, les milieux de pratique semblent ignorer de la prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes qui présentent un DI et demeurent centrés sur des approches éducatives et comportementales. Cependant, comme le mentionne cet essai, les recherches sur les problèmes de santé mentale et leur prévalence dans la population ayant une DI sont nombreuses et datent de plusieurs années. Se peut-il que les milieux de pratique ne soient pas conscients de la prévalence des problèmes de

santé mentale? Cette inconscience n'est-elle pas plutôt « voulue »? Même si les milieux de pratique étaient conscients de cette prévalence élevée, pourraient-ils répondre aux besoins? Est-ce que les milieux de pratique ont des psychologues suffisamment formés et motivés pour travailler avec cette clientèle particulière? Il n'est sûrement pas erroné de penser que les personnes ayant une DI ne constituent pas la première clientèle avec qui les psychologues ont le goût de travailler. Une question peut être soulevée : est-ce que les milieux de pratique se soucieraient davantage de la santé mentale des personnes présentant une DI sachant qu'ils ont des psychologues formés pour intervenir? Néanmoins, les psychologues ont besoin que les milieux de pratique les soutiennent dans le développement de leur pratique professionnelle auprès de cette clientèle. Les psychologues et les milieux de pratique semblent tous les deux avoir besoin de l'autre pour apporter des modifications! Serait-il possible de voir les psychologues et les milieux de pratique s'allier afin de changer la situation? Il serait intéressant, dans une prochaine décennie, qu'une recherche soit faite sur les améliorations apportées par les milieux de pratique et les psychologues dans les services destinés à la population présentant une DI.

Impact de cet essai sur les milieux de pratique

Tout d'abord, il s'avère important de sensibiliser davantage les milieux de pratique à la prévalence des problèmes psychologiques et de santé mentale chez les personnes ayant une DI. Comme nous l'avons vu précédemment, les troubles psychiatriques entraînent des conséquences significatives chez les personnes qui présentent une DI et il est important d'en informer les milieux de pratique. Puis, il est tout aussi primordial de

sensibiliser les intervenants des milieux de pratique sur les caractéristiques cognitives et non-cognitives des personnes présentant une DI. Il est essentiel que les psychologues, intervenants et gestionnaires travaillant dans le domaine de la DI reconnaissent l'existence tout autant que la possibilité d'accéder au vécu émotionnel chez ces personnes. Les quatre repères que cet essai propose permettent d'adapter les interventions psychologiques. Ces quatre « balises » témoignent de l'idée qu'il est important de bien connaître la personne ayant une DI afin de faciliter la tenue d'entretiens thérapeutiques avec elle. Dans n'importe quelle relation thérapeutique, ce qui constitue la première étape c'est l'établissement du contact. Dans cette perspective, la prise de contact prend une importance particulière en contexte de déficience intellectuelle. En raison de l'hétérogénéité des habiletés linguistiques et cognitives des personnes ayant une DI, le psychologue, pour se préparer à cette relation thérapeutique, devrait prendre le temps de connaître l'histoire de la personne (Lessard, 1993). Pour se faire, il peut prendre contact avec les proches et les intervenants qui la connaissent, ainsi qu'avec la personne elle-même dans un temps d'appropriation et de connaissance mutuelle (Guillemette, & Boisvert, 2003). Le fait de recueillir un minimum d'informations sur la personne et son environnement permet au psychologue d'ajuster ses propos et ses questions, de prendre en compte sa réalité et d'avoir recours à son vocabulaire quotidien. Cette démarche permet de rester dans le concret au lieu de l'abstrait, de faire référence à des individus, activités ou moments précis, de se rapprocher du contexte familial de l'individu et d'être ainsi mieux compris par lui (Cambridge, & Forrester-Jones, 2003; Carrier, & Fortin, 1994; Guillemette, & Boisvert, 2003; Lessard, 1993; Mactavish, Mahon, & Lutfiyya, 2000). La tendance à

l'acquiescement peut également être prise en compte puisque le psychologue est davantage sensible aux habiletés d'expression de la personne. Le fait de prendre contact avec celle-ci afin de mieux la connaître, de se familiariser et de prendre un temps d'apprivoisement avec elle permettra aussi de minimiser la distance psychologique et sociale entre eux et de réduire le stress provoqué par la nouveauté et l'inconnu (Guillemette, & Boisvert, 2003; Mactavish, Mahon, & Lutfiyya, 2000; Cambridge, & Forester-Jones, 2003; Datillo, Hoge, & Malley, 1996). Cet essai pourra donc servir à des fins de formation auprès de différents professionnels qui ont à interagir avec des personnes ayant une DI.

Cet essai peut également contribuer à informer les milieux de pratique, ainsi que les psychologues, que la psychothérapie avec des personnes ayant une DI est possible et bien fondée. Les repères choisis et proposés dans cet essai soutiennent d'ailleurs cette idée. Cela constitue vraisemblablement un point de départ à l'innovation vers de nouvelles approches thérapeutiques.

Limites de l'essai

Cet essai ne se veut pas une recension critique des écrits sur les psychothérapies qui ont été menées dans le domaine de la DI, mais propose plutôt au psychologue certains repères visant à intervenir plus efficacement auprès des personnes qui présentent une DI. Idéalement, nous croyons qu'il aurait été intéressant de suggérer une approche thérapeutique adaptée à la pratique des psychologues auprès des personnes qui présentent une DI. À notre connaissance, il n'existe pas de pensée unique à ce jour. Des

recherches sur les méthodes et stratégies thérapeutiques adaptées à la population présentant une DI demeurent nécessaires. Il importe de tenir compte qu'il ne s'agit pas d'une population homogène et que le phénomène de la comorbidité, largement présent auprès de cette population, doit être considéré dans le choix des approches à préconiser. Cet essai aurait également pu être plus spécifique dans le choix de la population à l'étude. En effet, nous aurions pu cibler un groupe d'âge en particulier, plutôt que d'aborder une population adulte générale. Le choix des mots clés utilisés aurait également pu être élargi, permettant de considérer les écrits relatifs aux récits de vie des personnes ayant une déficience intellectuelle quant à leur expérience des services reçus par des professionnels du champ psycho-social. De plus, la documentation scientifique utilisée pour cet essai ne porte pas attention aux variables culturelles et préconceptions de la déficience intellectuelle, directement liée à la nature des services psychologiques offerts ou non.

Pour les psychologues, il est important de formaliser des modèles et interventions thérapeutiques adaptées afin de s'ajuster aux caractéristiques de ces personnes en contexte thérapeutique. Pour les milieux de pratique, il est également pertinent de pousser plus loin les recherches en ce qui concerne l'efficacité des psychothérapies dans le domaine de la DI. En raison de la prévalence élevée en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale, il devient urgent de mieux comprendre l'expression émotionnelle des personnes présentant une DI afin de mieux intervenir auprès d'elles. Plus précisément, une dimension qui paraît intéressante pour les recherches futures est la question de

l'introspection chez ces personnes. Les personnes ayant une DI sont-elles capables d'introspection?

Conclusion

En conclusion, les buts de cet essai étaient de réaliser une revue critique de la documentation en DI et d'innover en proposant certains repères visant à soutenir le psychologue dans son intervention. La poursuite de ces deux buts a permis de constater qu'il y a peu de thérapies offertes en DI malgré la possibilité et la nécessité d'adapter la pratique psychologique aux besoins de ces personnes.

Les personnes ayant une DI semblent être négligées par les psychologues quant à leurs troubles psychiatriques, et les psychothérapies sont rares. Bien entendu, les caractéristiques cognitives et comportementales, telles que : la lenteur ou le retard de développement intellectuel, l'arrêt prématuré du développement, la moindre efficacité du fonctionnement intellectuel, le développement du langage, la motivation, l'estime de soi, l'investissement et l'affectivité, constituent un défi pour le travail des psychologues. Les difficultés de compréhension et d'expression nuisent au déroulement de psychothérapies. La simple présence de ces caractéristiques n'influence pas à elle seule le travail des psychologues. Leur méconnaissance au sujet de ces caractéristiques est également à considérer. Ils ne sont pas suffisamment préparés et outillés pour travailler avec cette clientèle particulière. Les outils et les approches théoriques ne sont pas conçus pour le domaine de la DI. D'ailleurs, la prédominance de la communication verbale dans les approches conventionnelles est un bel exemple. De plus, les milieux de pratique semblent favoriser, chez les psychologues, un rôle qui se réduit davantage à la notion de

diagnostic que d'interventionniste. Pour le moment, les milieux de pratique ne sembleraient pas conscients de la prévalence élevée des troubles psychiatriques au sein de cette population.

Néanmoins, de nombreuses recherches démontrent qu'il est essentiel de mener des entrevues cliniques avec les personnes qui ont une DI. Les quatre repères énoncés, soit l'expression émotionnelle, la tendance à l'acquiescement, la formulation des questions et la prédominance verbale, peuvent permettre de faciliter le travail des psychologues qui doivent adapter leurs stratégies thérapeutiques habituelles. L'expertise des psychologues sur le plan de l'intervention en DI doit se développer et être appuyée par les milieux de pratique.

Des recherches ont permis d'exposer les résultats concluants de psychothérapies menées auprès de personnes déficientes intellectuelles. Cependant, rares sont celles qui se sont arrêtées à proposer des moyens simples et concrets afin de favoriser l'accès au vécu émotionnel. La particularité et l'originalité de cet essai réside dans l'élaboration de quatre repères permettant d'aider les psychologues dans leur pratique dans le domaine de la déficience intellectuelle.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd.). Wasington, DC: Auteur.
- Arthur, A. R. (1999). Emotions and people with learning disability: are clinical psychologists doing enough? *Clinical Psychology Forum*, 132, 39-44.
- Arthur, A. R. (2003). The emotional lives of people with learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 31, 25-30.
- Association Américaine du Retard Mental. (2003). Retard mental : définition classification et systèmes de soutien. Éditions Behaviora inc. (Traduit de l'américain sous la direction de Diane Morin).
- Baroff, G. S. (1982). Predicting the prevalence of mental retardation in individual catchmen areas. *Mental Retardation*, 20(3), 133-135.
- Boisvert, D., & Guillemette, F. (Eds.). (2002). Représentation et satisfaction des personnes présentant une déficience intellectuelle envers l'utilisation des plans de services individualisés. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Boland, M., Daly, L., & Staines, A. (2008). Methodological issues in inclusive intellectual disability research : A health promotion needs assessment of people attending Irish disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 199-209.
- Boudreault, P. (1990). La désinstitutionnalisation des personnes déficientes intellectuelles et leur appréciation de la qualité de vie. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuels*, 1(2), 147-158.
- Budd, E. C., Sigelman, C. K. K. & Sigelman, L. (1981). Exploring the outer Limits of response bias. *Sociological Focus*, 14(4), 297-307.
- Burgunder, A., & Julien-Gauthier, F. (2008). *Étude sur les conditions facilitant l'expression des personnes qui présentent une déficience intellectuelle au sujet de leur satisfaction à l'égard des services reçus du centre de réadaptation*. Unpublished manuscript, Trois-Rivières: Centre de services en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- Butz, M., Bowling, J. B., & Bliss, C. A. (2000). Psychotherapy with the mentally retarded: A review of the literature and the implications. . *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 42-47.
- Cambridge, P. F.-J., R. (2003). Using individualised communication for interviewing people with intellectual disability: a case study of user-centred research. . *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 28(1), 5-23.
- Carnaby, S. (1997). «What do you think?»: a qualitative approach to evaluating individual planning services journal of intellectual disability research. *Journal of Intellectual*, 41(3), 225-231.
- Caron, C. (1991). Les troubles psychopathologiques chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 2(2), 119-126.
- Carrier, S., & Fortin, D. (1994). La valeur des informations recueillies par entrevues structurées et questionnaires auprès des personnes ayant une DI: une recension des écrits scientifiques. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle* 5(1), 29-41.
- Cattermole, M., Jahoda, A., & Markova, I. (1988). Leaving home: The experience of people with mental handicap. *Journal of Mental Deficiency Research*, 32, 47-57.
- Clare, I. C. H., & Gudjonsson, G. H. (1993). Interrogative suggestibility, confabulation, and acquiescence in people with mild learning disabilities (mental handicap): implications for reliability during police interrogations. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 295-301.
- Dattilo, J., Hoge, G. & Malley, S. (1996). Interviewing people with mental retardation: Validity and reliability strategies. *Therapeutic Recreation Journal*, 30, 163-178.
- Des Noyers Hurley, A. (1989). Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: A review and call for research. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 261-275.
- Desrosiers, H., Tassé, M., & Mourez, J. P. (1998). *Guide professionnel pour l'évaluation et le diagnostic du retard mental* (Édition spéciale ed.). Montréal: Bulletin de l'AQPS.
- Dionne, C., Boutet, M., & Julien-Gauthier, F. (2002). La nécessité d'une pratique spécialisée en soutien à la personne et à ses milieux de vie. In J.-P. Gagnier & R. Lachapelle (Eds.), *Pratiques émergentes en déficience intellectuelle*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Dionne, C., Langevin, J., Paour, J.-L., & Rocque, S. (1999). Le retard du développement intellectuel. In E. Habimana, L. S. Ethier, D. Petot & M. Tousignant (Eds.), *Psychoathologie de l'enfant et l'adolescent. Une approche intégrative*. Québec: Gaëtan Morin.
- Everington, C., & Fulero, S. M. (1999). Competence to confess: measuring understanding and suggestibility of defendants with mental retardation. *Mental Retardation*, 37(3), 212-220.
- Finlay, W. M. L., & Lyon, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological Assessment*, 13(3), 319-335.
- Finlay, W. M. L., & Lyon, E. (2002). Acquiescence in interviews with people who have mental retardation. *Mental Retardation*, 40(1), 14-29.
- Flynn, M. C. (1986). Adults who are mentally handicapped as consumers: issues and guidelines for interviewing. *Journal of Mental Deficiency Research*, 30, 369-377.
- Fortin, P., Proulx, R., & Gagnier, J.-P. (2002). Le souci éthique au coeur de la pratique en déficience intellectuelle. In J.-P. Gagnier & R. Lachapelle (Eds.), *Pratiques émergentes en déficience intellectuelle*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Garcin, N. (2003). Les définitions et les systèmes de classification. In D. M. M. J. Tassé (Ed.), *La déficience intellectuelle*. Québec: Gaëtan Morin.
- Gibbons, F. (1985). "Stigma perception: Social comparisons among mentally retarded persons". *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 98-106.
- Gudjonsson, G. H. (1990). The relationship of intellectual skills to suggestibility, compliance and acquiescence. *Personality and Individual Differences*, 11, 227-231.
- Gudjonsson, G. H., & Clark, N. K. (1982). The competence and reliability of a witness in a criminal court: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 141, 624-627.
- Gudjonsson, G. H., & Clark, N. K. (1986). Suggestibility in police interrogations: A social psychological model. *Social Behavior*, 1, 83-104.
- Gudjonsson, G. H., & Gunn, J. (1982). The competence and reliability of a witness in a criminal court: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 141, 624-627.
- Guess, D., Benson, H., & Siegel-Causey, E. (1985). Concepts and issues related to choice-making and autonomy among persons with severe disabilities. *Journal Association Persons Severe Handicaps*, 10, 79-86.

- Guillemette, F., & Boisvert, D. (2003). L'entrevue de recherche qualitative avec des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Recherche Qualitative*, 23, 15-26.
- Grandisson, M. (2009). *Étude des facteurs liés à l'intégration des adolescents ayant une déficience intellectuelle aux sports: promotion de la santé et de la participation sociale*. Unpublished Mémoire de maîtrise en santé communautaire, Laval, Québec
- Hartley, S. L., & MacJean, W. E. J. (2006). A review of the reliability and validity of likert-type scales for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(11), 813-827.
- Heal, L. W., & Chadsey-Rusch, J. (1985). The lifestyle satisfaction scale (LSS) Assessing individual's satisfaction with residence, community setting and associated services. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 475-490.
- Heal, L. W., & Sigelman, C. K. (1995). Response bias in interviews of individuals with limited mental ability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(4), 331-340.
- Ionescu, S. (2006). Défis des psychothérapies dans le champ de la déficience intellectuelle. In H. Gascon, J.-R. Poulin, J.-J. Détraux, D. Boisvert & M.-C. Hacleywyck (Eds.), *Déficience intellectuelle savoir et perspective d'action. Tome 2. Formation, intervention, adaptation et soutien social*. Québec: Ressources inter universitaires.
- Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (1987). Psychothérapies. In S. Ionescu (Ed.), *L'intervention en déficience mentale* (Vol. 1). Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Jahoda, A., Markova, I., & Cattermole, M. (1988). "Stigma and self-concept of people with a mild mental handicap". *Journal of Mental Deficiency Research* 32, 103-115.
- Juhel, J.-C. (1997). *La déficience intellectuelle. Comprendre, connaître, intervenir*. Québec: Presses de l'université Laval.
- Julien-Gauthier, F., Ionescu, C., & Heroux, J. (2009). Favoriser la participation des personnes ayant une déficience intellectuelle lors d'une recherche. *Revue Francophone de la Deficience Intellectuels*, 20, 178-188.
- Kabzems, V. (1985). The use of self-report measures with mentally retarded individuals. *The Mental Retardation and Learning Disability Bulletin*, 13, 106-114.
- Kirkland, J. (2005). Cognitive-behaviour formulation for three men with learning disabilities who experience psychosis: how do we make it make sense? . *British Journal of Learning Disabilities*, 33, 160-165.

- Lalonde, F. L., C. (1993). De l'hôpital Louis-H. Lafontaine à la rue Lafontaine. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 4(2), 103-120.
- Lanfranchi, S., Cornoldi, C. & Vianello, R. (2004). Verbal and visuospatial working memory deficits in children with down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109(6), 456-466.
- Lecavalier, L. (2003). La motivation et la déficience intellectuelle. In M. J. Tassé & D. Morin (Eds.), *La déficience intellectuelle*. Québec: Gaëtan Morin.
- Lemétayer, F. G., M. (2007). Évaluation de la qualité de vie des enfants et des adolescents avec une déficience intellectuelle pris en charge dans un institut spécialisé. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 17, 65-77.
- Lessard, A. (1993). La Gestalt-thérapie et son application auprès des personnes déficientes intellectuelles. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 4(1), 69-85.
- Lindsay, W. R., Michie, A. M., Baty, F. J., Smith, A. H. W., & Miller, S. (1994). The consistency of reports about feelings and emotions from people with intellectual disability. *Journal Intellectual disability resource*, 38, 61-66.
- Lindsay, W. R., Michie, A. M., Bay, F. J., Smith, A. H. W., & Miller, S. (1994). The consistency of reports about feelings and emotions from people with intellectual disability. . *Journal of Intellectual Disability Research*, 38, 61-66.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et al. (2003). *Retard mental: définition classification et systèmes de soutien* (T. d. D. M. d. l. o. o. p. e. 2002, Trans.). Eastman, Québec: Éditions Behaviora.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Schalock, R. L., et al. (2002). *Mental retardation: definition, classification, and systems of support* (Vol. 10e éd.). Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et al. (2003). *Retard mental: définition classification et systèmes de soutien* (D. Morin, Trans.). Eastman, Québec: Éditions Behaviora.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Schalock, R. L., et al. (2002). *Mental retardation: definition, classification, and systems of support* (Vol. 10e éd.). Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

- Lunsky, Y., & Benson, B. A. (1997). Reliability of ratings of consumers with mental retardation and their staff on multiple measures of special support. *American Journal of Mental Retardation*, 102(3), 280-284.
- Malik, P. B., Ashton-Shaeffer, C. & Kleiber, D. A. (1991). Interviewing young adults with mental retardation: A seldom used research method. *Therapeutic Recreation Journal*, 25, 60-73.
- Matikka, L. M., & Vesala, H. T. (1997). Acquiescence in quality-of-life interviews with adults who have mental retardation. *Mental Retardation*, 35, 75-82.
- Matson, J. L. (1984). Psychotherapy with persons who are mentally retarded. *Mental Retardation*, 22(4), 170-175.
- McVilly, K. R. (1995). Interviewing people with learning disability about their residential service. . *British Journal of Learning Disabilities*, 23, 138-142.
- Michel, M. K., Gordon, B. N., Ornstein, P. A. & Simpson, M. A. (2000). The abilities of children with mental retardation to remember personal experiences: Implications for testimony. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 453-463.
- Nader-Grosbois, N. (2006). *Le développement cognitif et communicatif du jeune enfant*. Bruxelles: De Boeck Université.
- O'Connor, H. (2001). Will we grow ou of it ? A psychotherapy group for people with learning disabilities. *Psychodynamic Counselling*, 7(3), 297-314.
- Ordre des psychologues du Québec (2007). Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental. Québec : Auteur
- Paour, J.-L., Langevin, J., & Dionne, C. (1996). Les caractéristiques cognitives associées aux incapacités intellectuelles. *Revue CNRIS, décembre*, 22-25.
- Perkins, E. A. (2007). Self-and proxy reports across three populations: older adults, person with alzheimer's disease, and persons with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4(1), 1-10.
- Perlman, N. B., Ericson, K. I., Esses, V. M. & Isaacs, B. J. (1994). the developmentally handicapped witness: competency as a function of question format. *Law and Human Behavior*, 18(2), 171-187.
- Poncelas, A. M., G. (2006). Accessible information for people with intellectual disabilities: do symbols really help? . *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 466-474.

- Proulx, R., Carrière, J., Moxness, K., & Mercier, C. (2006). Intervenir en santé mentale auprès des déficients intellectuels: reponsabilités et défis professionnels. *L'actualité médicale*, 26-28.
- Rapley, M., & Antaki, C. (1996). A conversation analysis of the "acquiescence" of people with learning disabilities. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 6, 207-227.
- Razza, N. J., & Tomasulo, D. J. (2005). *Healing Trauma. The power of group treatment for people with intellectual disabilities*. Washington, DC: American psychological association.
- Rosen, M., Simon, E. W., & McKinley, L. (1995). Subjective measure of quality of life. *Mental Retardation*, 33(1), 31-34.
- Schulenberg, S. E. (2003). Use of logotherapy's Mountain Rang Exercice with male adolescent with mental retardation/developmental disabilities and sexual behaviour problems. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(3), 219-234.
- Shaw, J. A., & Budd, E. C. (1982). Determinants of acquiescence and naysaying of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 87(1), 108-110.
- Sigelman, C. K., Budd, E. C., Spanhel, C. L. & Schoenrock, C. J. (1981). Asking questions of retarded persons: A comparison of Yes-No and Either-Or formats. *Applied Research in Mental Retardation*, 347-357.
- Sigelman, C. K., Budd, E. C., Spanhel, C. L. & Schoenrock, C. J. (1981). Asking questions of retarded persons: A comparison of Yes-No and Either-Or formats. *Applied Research in Mental Retardation*, 347-357.
- Sigelman, C. K., Budd, E. C., Winer, J. L., Schoenrock, C. J. & Martin, P. W. (1982). Evaluating alternative techniques of questioning mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(5), 511-518.
- Sigelman, C. K., Winer, J. L. & Schoenrock, C. J. (1982). The responsiveness of mentally retarded persons to questions. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 17, 120-124.
- Sigelman, C. K., Winer, J. L. & Schoenrock, C. J. (1982). The responsiveness of mentally retarded persons to questions. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 17, 120-124.
- Sigelman, C. K., & Budd, E. C. (1986). Pictures as an aid in questioning mentally retarded persons *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 29, 173-181.

- Sigelman, C. K., Schoenrock, C. J., Budd, E. C., Winer, J. L., Spanhel, C. L., Martin, P. W., et al. (1983). *Communicating With Mentally Retarded Persons: Asking Questions and Getting Answers*. Texas: Research and Training Center in Mental Retardation.
- Skene, R. A. (1991). Towards a measure of psychotherapy in mental handicap. *The British Journal of Mental Subnormality*, 37, 101-110.
- Stalker, K. (1998). Some ethical and methodological issues in research with people with learning difficulties. *Disability & Society*, 13(1), 5-19.
- Stavarakaki, C., & Klein, J. (1986). Psychotherapies with the mentally retarded. *Psychiatric Clinics of North America*, 9(4), 733-743.
- Sternberg, R. J., Wagner, R. K., Williams, W. M., & Horvath, J. A. (1995). Testing common sense. *American Psychologist*, 50(11), 912-927.
- Stoddard, K. P., Burke, L., & Temple, V. (2002). Outcome evaluation of bereavement groups for adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 28-35.
- Summers, S. J., & Witts, P. (2003). Psychological intervention for people with learning disabilities who have experienced bereavement: a case study illustration *British Journal of Learning Disabilities*, 31, 37-41.
- Swain, J., Heyman, B. & Gillman, M. (1998). Public research, private concerns : Ethical issues in the use of open-ended interviews with people who have learning difficulties. *Disability & Society*, 13(1), 21-36
- Tassé, M. J., & Morin, D. (2003b). L'étiologie. In M. J. Tassé & D. Morin (Eds.), *La déficience intellectuelle*. Québec: Gaëtan Morin.
- Thurman, S. (2005). Without words - meaningful information for people with high individual communication needs. *British Journal of Learning Disabilities*, 33, 83-89.
- Wyngaarden, M. (1981). Interviewing mentally retarded persons: Issues and strategies. In R. H. Bruininks, C. E. Meyers, B. B. Sigford & K. C. Lakin (Eds.), *Deinstitutionalization and Community Adjustment of Mentally* (pp. 107-113). Washington: American Association on Mental Deficiency.
- Yearley, S., & Bewer, J. D. (1989). Stigma and conversational competence: A conversation analytic study of the mentally handicapped. *Human Studies*, 12, 97-115.

Zetlin, A. G., Heriot, M. J. & Turner, J. L. (1985). Self-concept measurement in mentally retarded adults: A micro-analysis of response styles. *Applied Research in Mental Retardation*, 6, 113-125.

Zigler, E., & Bennett-Gates, D. (1999). *Personality development in individuals with mental retardation*. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.