

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'ÉVALUATION DU LIEN ENTRE L'ATTACHEMENT ET LES
COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES CHEZ L'ENFANT PRÉSENTANT UN
TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

MARILYN LAPOINTE

JANVIER 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Avant tout, j'aimerais exprimer ma reconnaissance envers plusieurs personnes sans qui cet essai n'aurait pu être réalisé. Tout d'abord, j'aimerais faire part de ma gratitude envers ma directrice de thèse, Dre Nathalie Poirier. Je n'aurais pas souhaité accomplir ce long périple accompagnée d'aucune autre mentore. Merci à ma codirectrice Dre Nadia Abouzeid pour ses nombreux conseils académiques et professionnels. Merci aux étudiantes de mon laboratoire de recherche pour vos commentaires et suggestions (Dre Andréa Belzil, Dre Erika-Lyne Smith, Dre Catherine Taieb-Lachance, Dre Myriam Busson, Dre Naïma Fahmi, Nadia Moussa, Marie-Andrée Eymard, Mylène Bessette et Amélie Lampron). Un grand merci aux professeures qui ont été impliquées de près ou de loin dans l'une des nombreuses étapes de l'écriture et/ou de la correction de cet essai doctoral (Dre Nathalie Poirier, Dre Nadia Abouzeid, Dre Marie-Claude Guay, Dre Chantal Cyr ainsi que Dre Maryvonne Merry). Merci également à mes parents, à Anne-Josée, à Benjamin, à Félix, à Jean-Micaël, à Jeannie, à Alex, à Sam et à Charlie d'avoir été mes piliers à différents moments de ma vie et à travers les nombreuses vagues rencontrées. Enfin, mes derniers remerciements reviennent aux nombreux parents qui se sont portés volontaires pour participer à cette étude et qui, par le fait même, ont permis l'avancement des connaissances scientifiques sur le trouble du spectre de l'autisme et sur la théorie de l'attachement.

DÉDICACE

À Alexeï, ma toute première source
d'inspiration.

AVANT-PROPOS

Cet essai est soumis sous la forme d'un article¹. Ce dernier reprend les principaux éléments de la recension des écrits portant sur les construits à l'étude. Il décrit également les objectifs, la méthode et les principaux résultats de ce projet de recherche. Enfin, une brève discussion des résultats y est également présentée. Cet article est publié dans le troisième numéro 2020 de la revue scientifique *Devenir* et porte le titre : *Le degré de sécurité d'attachement² et les comportements problématiques des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme*.

Dans son ensemble, cet essai est constitué de quatre chapitres; le premier présente la recension des écrits justifiant les objectifs de cet essai doctoral. Le deuxième chapitre discute partiellement de la méthode de recherche puisque les procédures de la collecte des données ainsi que les résultats sont détaillées dans l'article présenté au troisième chapitre. Enfin, le quatrième chapitre discute des résultats obtenus en lien avec la recension des écrits, mais également avec les enjeux contemporains de notre société.

¹ Note. L'article présenté au troisième chapitre de cet essai respecte les normes de mise en page de la revue dans laquelle il a été publié.

² Note. Le terme degré de sécurité d'attachement est employé dans cet essai, car l'outil utilisé pour mesurer l'attachement des enfants (Secure Base Safe Haven Observation list) utilise celui-ci en termes de comparaison entre les sujets.

Les apports cliniques de cet essai et certaines recommandations pour de futures recherches sont également indiqués à la fin du dernier chapitre.

L'objectif principal de cette étude est de documenter le lien entre la diminution du degré de sécurité d'attachement des enfants ayant un TSA et l'augmentation de la présence de comportements problématiques chez ces derniers. Plus spécifiquement, les objectifs sont de décrire les comportements d'attachement des enfants présentant un TSA, d'établir un lien entre le degré de sécurité d'attachement des enfants présentant un TSA et la présence de certains comportements problématiques. Enfin, le dernier objectif est d'établir un lien entre le niveau de stress parental, le niveau de sévérité de l'autisme, le degré de sécurité d'attachement ainsi que la présence de différents comportements problématiques.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	iv
LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES GRAPHIQUES	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xii
RÉSUMÉ	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I CONTEXTE THÉORIQUE ET OBJECTIFS	4
1.1 Trouble du spectre de l'autisme.....	5
1.1.1 Comportements et intérêts restreints et répétitifs.....	5
1.1.2 Communication sociale.....	6
1.1.3 Sévérité du trouble	9
1.2 Attachement.....	10
1.2.1 Comportements d'attachement.....	11
1.2.2 Style d'attachement sécurisant.....	12
1.2.3 Styles d'attachements insécurisants	12
1.3 Attachement et TSA	14
1.3.1 Style d'attachement des enfants présentant un TSA	15
1.3.2 Qualité du lien d'attachement des enfants présentant un TSA	16
1.3.3 Sévérité du TSA et attachement.....	18
1.3.4 Stress parental, TSA et attachement.....	19
1.4 Diagnostic différentiel	20
1.5 Comportements problématiques	21

1.6	Objectifs de la recherche	23
1.7	Mode de présentation.....	24
CHAPITRE II Méthode		25
2.1	Considérations éthiques.....	26
2.2	Analyses statistiques.....	26
CHAPITRE III ARTICLE		29
CHAPITRE IV Discussion générale.....		70
4.1	Résultats de la recherche	71
4.2	Discussion des résultats obtenus.....	73
4.2.1	Comportements de retrait.....	74
4.2.2	Comportements d'inattention.....	75
4.2.3	Comportements d'anxiété	76
4.3	Réflexions sur les résultats	76
4.3.1	Enjeux contemporains des familles d'aujourd'hui.....	77
4.4	Apports cliniques.....	78
4.4.1	Interventions auprès des enfants présentant un TSA	79
4.4.1	Interventions sur l'attachement.....	80
4.4.2	Programme Intervention Relationnelle©	80
4.5	Recommandations pour de futures recherches	83
4.6	Apports et limites.....	84
ANNEXE A RÉSUMÉ DU CONTEXTE THÉORIQUE		86
ANNEXE B CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE.....		88
ANNEXE C CERTIFICAT DE FORMATION EN ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (EPTC 2 : fer).....		90
ANNEXE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....		92

ANNEXE E LETTRE DE SOLLICITATION	94
ANNEXE F LISTE DE RÉFÉRENCES ET DE RESSOURCES POUR LES PARENTS	96
ANNEXE G SBSHO PAR DE SCHIPPER ET SCHENGAL (2006).....	98
ANNEXE H FICHE SIGNALÉTIQUE.....	104
ANNEXE I PROGRAMMES ET THÉRAPIES EN ATTACHEMENT	110
ANNEXE J INTERVENTION RELATIONNELLE©	113
ANNEXE K LE CERCLE DE SÉCURITÉ.....	115
RÉFÉRENCES.....	117

LISTE DES FIGURES

Figures	Page
1 Résumé du contexte théorique.....	22
2 Analyse des données.....	26
3 But de l'Intervention Relationnelle©	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux ³	Page
1.1 Niveaux de sévérité du TSA	8
3.1 Portrait des enfants ayant un attachement de style insécurisant	33
3.2 Corrélations entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements problématiques des enfants présentant un TSA.....	46
4.1 Thérapies et/ou programmes basées sur l'attachement	101
4.2 Intervention Relationnelle©	104

³ Le premier chiffre correspondant au chapitre dans lequel se retrouve le tableau, et la décimal représente l'ordre de succession dans le chapitre (American Psychological Association, 2020)

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique	Page
1 L'effet modérateur de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre l'attachement et l'anxiété.....	48
2 L'effet modérateur de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre l'attachement et la somatisation	49
3 L'effet modérateur du stress parental sur la relation entre l'attachement et l'agressivité.....	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA Association Américaine de Psychiatrie / American Psychological Association

CMQ Collège des Médecins du Québec

DSM Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

MIO Modèle interne opérant

OPQ Ordre des psychologues du Québec

TDAH Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité

TDI Trouble du développement intellectuel

TSA Trouble du spectre de l'autisme

RÉSUMÉ

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) se caractérise par des déficits de la communication et des interactions sociales ainsi que par des comportements restreints et répétitifs (Association Américaine de Psychiatrie [APA], 2015). Par ailleurs, il est inscrit que, dans 70% des cas, le TSA s'accompagne d'autres problématiques telles que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles anxieux et dépressifs ou encore les troubles du langage (APA, 2015). L'attachement, quant à lui, se conceptualise comme le lien affectif qu'un enfant développe avec son principal donneur de soins au cours des premières années de vie. La création de ce lien affectif, découlant des premières expériences relationnelles, est tributaire, entre autres, de la qualité des réponses parentales aux besoins de l'enfant et du degré de sensibilité parentale (Ainsworth et al., 1978 ; Bowlby, 1969). Ainsi, les déficits cliniquement significatifs et persistant de la communication et des interactions sociales, symptômes caractérisant le TSA (APA, 2015), peuvent altérer les comportements d'attachement et, dès lors, compromettre la sensibilité de la réponse parentale ou renforcer des comportements d'insensibilité déjà présents chez le parent (Rogers et al., 1993; Capps et al., 1994; Rutgers et al., 2004). La présente étude vise à évaluer le lien entre le degré de sécurité d'attachement et la présence des comportements problématiques des enfants présentant un TSA. Les résultats des questionnaires répondus par 39 parents d'enfants présentant un TSA, présentés dans l'article du deuxième chapitre, démontrent, entre autres, que la diminution du degré de sécurité d'attachement des enfants présentant un TSA est significativement liée à la présence de certains comportements problématiques; tels que les comportements de retrait et les comportements d'inattention. De ce fait, les conclusions de l'étude soutiennent la pertinence de l'application d'interventions relationnelles auprès des familles d'enfants présentant un TSA.

Mots clés : Trouble du spectre de l'autisme, attachement, Intervention Relationnelle©, comportements problématiques, enfants présentant un TSA de 4 à 12 ans

INTRODUCTION

L'attachement se conceptualise comme le lien affectif qu'un enfant développe avec son principal donneur de soins au cours des premières années de vie (Ainsworth et al., 1978 ; Bowlby, 1969). La création de ce lien affectif, découlant des premières expériences relationnelles, est principalement reliée au degré de sensibilité parentale. Cette sensibilité se définit principalement par la capacité du parent à interpréter et à répondre adéquatement aux besoins de son enfant dans un délai raisonnable (Ainsworth et al., 1978). Le patron d'attachement que présente l'enfant à la suite de ses premières expériences reflète ses anticipations à l'égard de la réponse parentale (Moss et Saint-Laurent, 2001). Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) se caractérise principalement par des déficits de la communication sociale ainsi que par des comportements restreints et répétitifs (APA, 2015). Chez les enfants présentant un TSA, les difficultés de communication sociale sont représentées par des déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle illustrés par des anomalies de l'approche sociale, une incapacité à la conversation bidirectionnelle, des difficultés à partager des intérêts, des émotions et des affects ou une incapacité à initier ou à répondre à des interactions sociales (APA, 2015). Un contact visuel pauvre, des déficits dans la compréhension et l'utilisation de gestes et, à l'extrême, une absence totale d'expression faciale constitue d'autres symptômes du TSA (APA, 2015).

Ainsi, les troubles de la communication sociale et du langage tout comme les difficultés d'interactions sociales peuvent altérer les comportements d'attachement et ainsi, compromettre la sensibilité de la réponse parentale ou encore renforcer des comportements d'insensibilité déjà présents chez certains parent. Dans les deux cas, la

difficulté des enfants présentant un TSA à exprimer et à communiquer leurs attentes et leurs sentiments peut engendrer, chez leurs parents, une difficulté à répondre de façon chaleureuse, contingente et appropriée à leurs besoins (Rutgers et al., 2004). À cet égard, chez les enfants au développement typique, la capacité parentale à nommer les sentiments et les pensées de son enfant (*parental insightfulness*) est associée positivement à la sensibilité parentale et, par conséquent, au développement d'un attachement sécurisant (Koren-Karie et Oppenheim, 2018; Gomez et al., 2018; Siller et al., 2013). De plus, les défis de certains enfants à partager leurs affects, et même, à manifester des expressions faciales, peuvent entraver le développement d'une relation chaleureuse avec leur parent. Selon Bowlby (1969), la vision et l'échange de regard entre la mère et l'enfant s'avèrent centraux pour la formation du lien d'attachement. De ce fait, l'attachement de l'enfant à son parent, étant un phénomène relationnel hautement prédictif du développement optimal de l'enfant (Belsky et Fearon, 2002; Sroufe, 2005; Gagnon, 2006; Moss et al., 2011), il apparaît important d'établir le bilan des recherches scientifiques portant sur l'attachement de cette population vulnérable.

Par ailleurs, environ 70% des personnes ayant un TSA présentent une autre problématique d'ordre psychiatrique et 40% en présentent deux ou plus (APA, 2015; Simonoff et al., 2008). De ceux-ci, un déficit intellectuel, un trouble de la communication, un TDAH, un trouble moteur, des troubles anxieux et dépressifs, des troubles alimentaires et du sommeil ou encore des troubles spécifiques d'apprentissages sont fréquemment nommés dans la littérature (APA, 2015). L'objectif principal de cette étude est d'établir une relation entre le degré de sécurité d'attachement des enfants présentant un TSA avec leur principal donneur de soins et la présence de comportements problématiques chez l'enfant. Pour ce faire, le premier objectif spécifique de cette étude est de décrire les comportements d'attachement des enfants présentant un TSA. Le deuxième objectif spécifique est d'évaluer s'il existe des liens entre le degré de sécurité d'attachement de ces enfants et la présence de comportements problématiques. Enfin, le troisième objectif spécifique est d'établir les

liens entre 1) le niveau de stress des parents, 2) le degré de sécurité d'attachement de l'enfant, 3) les différents comportements problématiques, ainsi que 4) le niveau de sévérité du TSA; et ce, afin de déterminer quels comportements problématiques sont uniquement liés au degré de sécurité d'attachement. Cet essai est soumis sous la forme d'un article scientifique. Afin d'alléger la lecture de cet essai, la méthode de collecte de données est détaillée que dans l'article scientifique inclut dans le troisième chapitre. Le deuxième chapitre reprend également les principaux éléments de la recension des écrits et fait le compte rendu des résultats obtenus. Ces derniers sont présentés selon les trois objectifs spécifiques de recherche. Enfin, une brève discussion des résultats y est également présentée. Cette discussion sera par la suite davantage étayée dans le quatrième chapitre de cet essai afin de conclure sur d'intéressantes pistes de recherche futures.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE ET OBJECTIFS

Dans ce chapitre les définitions théoriques des construits à l'étude sont présentées. De plus, celui-ci s'accompagne d'une recension des écrits portant sur les différentes problématiques soutenant le choix des objectifs établis à la fin du présent chapitre.

1.1 Trouble du spectre de l'autisme

Le TSA est caractérisé par deux catégories de symptômes situées sur un continuum à trois degrés de sévérité et se différenciant par le niveau de soutien nécessaire. Ces deux catégories de symptômes sont la présence de comportements et intérêts restreints et répétitifs ainsi que la présence d'un trouble de la communication (combinant les problèmes sociaux et de communication). Pour poser un diagnostic, les symptômes doivent être présents dès la petite enfance, mais peuvent se manifester de façon plus évidente lorsque la limitation des capacités empêche l'enfant de répondre aux exigences sociales (APA, 2015). Les signes d'appel du TSA lors de la petite enfance sont le babillage et la gestuelle restreints, atypiques ou absents alors que l'enfant est âgé de 12 mois ou encore l'absence de réaction à l'appel de son prénom (Collège des Médecins du Québec [CMQ] et Ordre des Psychologues du Québec [OPQ], 2012). L'absence ou la régression de la capacité langagière et sociale alors que l'enfant est âgé de 16 mois est également un signe d'appel du TSA (CMQ et OPQ, 2012).

1.1.1 Comportements et intérêts restreints et répétitifs

Le TSA se caractérise, dans un premier temps, par le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités de l'enfant (APA, 2015). À cet égard, les enfants présentant un TSA peuvent a) utiliser de façon stéréotypée ou répétitive soit certaines parties de leur corps, soit des objets ou encore leur langage. Par exemple, un enfant présentant un TSA peut tourner sur lui-même, aligner de façon récurrente des jouets ou encore répéter le même mot ou la même phrase (APA, 2015). Plusieurs enfants présentant un TSA éprouvent également 2) une intolérance face aux changements se traduisant par une adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux. À titre d'exemple, un enfant ayant un TSA pourrait avoir de la difficulté à gérer les transitions (changement d'école, déménagement, etc.). Il est possible aussi de remarquer 3) la présence d'intérêts

restreints et fixes, anormaux dans leur intensité ou dans leur but (attachement à des objets particuliers ou une préoccupation constante pour ce type d'objets) (APA, 2015). Enfin, certains de ces enfants manifestent 4) une hypo ou une hyper réactivité aux stimulations sensorielles ou un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (p.ex., une indifférence apparente à la douleur ou à la température, des réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, une fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements, etc.) (APA, 2015). Afin d'obtenir le diagnostic de TSA, les enfants doivent présenter au moins deux comportements décrits ci-haut en plus de présenter des déficits de la communication sociale.

1.1.2 Communication sociale

Les enfants présentant un TSA ont des profils hétérogènes sur le plan des capacités langagières et des capacités de socialisation. Par exemple, pour certains, de simples déficits dans la compréhension et l'utilisation de gestes peuvent être remarqués, tandis que, pour d'autres, une absence totale d'expression faciale les caractérise (CMQ et OPQ, 2012). Les déficits de la communication sociale chez les enfants présentant un TSA dépendent de plusieurs facteurs; leur âge, leurs capacités intellectuelles ainsi que leurs habiletés langagières (APA, 2015). Chez les enfants présentant un TSA, les déficits de la communication et des interactions sociales sont représentés par trois éléments; soit par a) des déficits de la réciprocité sociale et émotionnelle, par b) des altérations sur le plan de l'utilisation et de la compréhension de comportements non verbaux en contexte social et par c) des difficultés à développer et à maintenir une relation sociale (APA, 2015).

De prime abord, les déficits de la réciprocité sociale et émotionnelle peuvent être représentés, par une absence complète de langage ou par une incapacité totale à initier des interactions sociales et à y répondre. Ces déficits peuvent également évoquer une incompréhension du discours de l'autre, une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, des difficultés à partager des intérêts, des émotions ou des

affects (APA, 2015). À cet égard, les enfants présentant un TSA éprouvent parfois des difficultés à tenir compte du tour de paroles, à suivre le fil d'une conversation ou encore à comprendre le point de vue de l'interlocuteur (Wing et al., 2011). Par ailleurs, dès la petite enfance, il est également possible de remarquer une incapacité à imiter les sons et les gestes de l'adulte. Lorsque l'enfant est plus âgé, un manque d'empathie avec, par exemple, une incapacité à réconforter une personne blessée, peut également être remarqué (Kennett, 2002). En effet, les enfants présentant un TSA éprouvent des limitations quant à leur habileté à considérer de façon simultanée leurs propres buts, leurs émotions, leurs plans et leurs désirs ainsi que ceux des personnes qui les entourent (Pruett et al., 2015); le développement du langage étant une variable importante à la survenue de cette dernière habileté (Baron-Cohen, et al., 1985). De plus, certains autres comportements tels qu'une difficulté à partager ses jouets ainsi qu'à partager sa joie et son excitation font également partie des déficits de la réciprocité sociale et émotionnelle chez les enfants présentant un TSA. Enfin, une tendance à ignorer les initiations sociales ou à y réagir de façon inappropriée, à utiliser l'autre comme un objet (prendre la main de l'adulte pour ouvrir une porte, par exemple), ainsi qu'à être trop familier avec des inconnus sont également des comportements reconnus comme des déficits de la réciprocité sociale et émotionnelle chez les enfants ayant un TSA (APA, 2015).

Les difficultés sur le plan de l'utilisation et de la compréhension de comportements non verbaux en contexte social sont représentées, quant à eux, par l'évitement du contact visuel, l'exagération ou l'absence d'expression faciale ou encore la présence d'expressions faciales inappropriées au contexte. Rire ou sourire pour une raison inappropriée dans une conversation est un exemple de l'usage inapproprié des expressions en contexte social (CMQ et OPQ, 2012). L'emploi inhabituel du langage corporel et l'adoption de gestes étranges peuvent également être remarqués. L'emploi de gestes non cohérents au langage ou l'absence de geste sont des symptômes liés aux

déficits de l'utilisation et de la compréhension des comportements non verbaux (APA, 2015).

Enfin, le troisième élément des troubles de la communication sociale chez les enfants présentant un TSA est la difficulté à développer, à maintenir et à comprendre des relations sociales. De ce fait, certains enfants présentant un TSA, ne démontrent aucun intérêt envers les jeux de « faire semblant » ainsi que tout autre jeu imaginatif. Les jeux sociaux, comme la cachette, sont tout autant sans intérêt pour certains enfants ayant un TSA. De plus, lorsqu'ils s'engagent dans un jeu, ils peuvent insister de façon très rigide sur certaines règles du jeu, et ainsi, refuser toute variation amusante d'un jeu ou tout ajustement à des contextes sociaux variés (CMQ et OPQ, 2012). À l'extrême, il est également possible qu'un enfant présentant un TSA ait une absence complète d'intérêt pour les pairs (APA, 2015).

1.1.3 Sévérité du trouble

La sévérité du trouble est évaluée selon le niveau d'aide requis pour chacune des deux grandes catégories de symptômes décrites soit, les lacunes en ce qui a trait à la communication sociale et les comportements restreints et répétitifs. Le DSM-5 propose trois niveaux de sévérité : léger (niveau 1), modéré (niveau 2) et sévère (niveau 3). Le tableau 1 cible les niveaux de sévérité et fournit des exemples pour le domaine de la communication sociale et pour les comportements restreints et répétitifs.

Tableau 1

Les niveaux de sévérité du TSA

Niveau de sévérité	Communication sociale	Comportements restreints et répétitifs
Niveau 1 «Nécessitant de l'aide»	Sans aide, les déficits de la communication sociale sont source d'un retentissement fonctionnel observable Difficulté à initier les relations sociales Exemples manifestes de réponses atypiques ou inefficaces en réponse aux initiatives sociales émanant d'autrui Peut sembler avoir peu d'intérêt pour les interactions sociales	Le manque de flexibilité du comportement a un retentissement significatif sur le fonctionnement dans un ou plusieurs contextes Difficulté à passer d'une activité à l'autre Problèmes d'organisation ou de planification gênent le développement de l'autonomie
Niveau 2 «Nécessitant une aide importante»	Déficits marqués des compétences de communication verbale et non verbale Retentissement sociale apparent en dépit des aides apportées Capacité limitée à initier des relations et réponse réduite ou anormale aux initiatives sociales émanant d'autrui	Manque de flexibilité du comportement Difficulté à tolérer le changement Autres comportements restreints/ répétitifs sont assez fréquents pour être évidents pour l'observateur non averti et retentir sur le fonctionnement dans une variété de contextes Détresse importante/ difficulté à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action
Niveau 3 «Nécessitant une aide très importante»	Déficits graves des compétences de communication verbale et non verbale Limitation très sévère de la capacité d'initier des relations Réponse minimale aux initiatives sociales émanant d'autrui	Comportement inflexible Difficulté extrême à faire face au changement Autres comportements restreints ou répétitifs interférant de façon marquée avec le fonctionnement dans l'ensemble des domaines Détresse importante/ difficulté à faire varier l'objet de l'attention ou de l'action

Note. American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). France : Elsevier Masson

1.2 Attachement

Les travaux éthologiques ont mis en évidence, dès la moitié du 20^e siècle, que l'enfant est prédisposé biologiquement à s'attacher à la personne qui s'occupe principalement de lui, celle-ci est considérée comme la figure principale d'attachement (Harlow, 1958). Cependant, la qualité de cet attachement diffère selon la capacité de cette figure à répondre aux besoins et aux signaux de l'enfant pendant les premières années de sa vie (Bowlby, 1969). En effet, l'attachement de base qui se développe pendant l'enfance repose, entre autres, sur 1) la confiance en la disponibilité ou en la fiabilité de la figure d'attachement, 2) la probabilité de recevoir d'elle de l'affection et 3) l'assurance qu'elle représente une base de sécurité pour explorer son environnement (Moss et Saint-Laurent, 2001). Cet attachement au parent est d'autant plus important qu'il lui permet de développer des stratégies pour réguler les besoins de dépendance (en situation de stress) et d'exploration (lorsque l'enfant est réconforté) (Moss et Saint-Laurent, 2001). À cet égard, certains enfants dont les parents sont sensibles à leurs besoins et à leurs signaux développent une capacité à maintenir un bon équilibre entre la recherche de proximité et l'exploration de l'environnement. D'autres, dont les parents adoptent des comportements distants, inconsistants ou effrayants, développent un attachement insécurisant. Ces enfants privilégient des comportements d'exploration ou de proximité au détriment de l'un ou de l'autre de ces comportements. Par exemple, un enfant dont le parent adopte des comportements inconsistants envers ce dernier (parfois sécurisants, parfois distants) va prioriser la proximité de son parent et aura moins tendance à explorer son environnement. Néanmoins, ce comportement dit « d'attachement » n'aura pas la fonction apaisante attendue, car l'enfant ne peut pas prédire la réponse du parent en cas de détresse (Moss et Saint-Laurent, 2001). L'équilibre entre la recherche de proximité et l'exploration de l'environnement s'avère davantage altéré chez la population des enfants présentant un TSA, car ceux-ci peuvent développer une relation avec leur figure d'attachement soit distante (préférence envers

l'exploration de l'environnement et des objets) ou fusionnelle (augmentation de la proximité avec les parents et de la peur des inconnus) (Nachshen et al., 2008); d'où l'importance de porter une attention particulière à l'attachement de cette population spécifique.

1.2.1 Comportements d'attachement

Les comportements d'attachement sont des manifestations innées (Guedeney et Guedeney, 2009) qui visent à augmenter la proximité ou à maintenir le contact avec la figure d'attachement (Bisaillon et Breton, 2011). Ceux-ci se manifestent principalement lorsque le sentiment de sécurité de l'enfant est menacé. Il s'agit, à titre d'exemple, de pleurs, de sourires, de comportements d'imitation, de câlins ou d'une tendance à « aller vers » que l'enfant manifeste envers sa figure d'attachement pour induire ou maintenir le contact avec elle (Bowlby, 1973). Kraemer (1992) distingue deux formes de comportements d'attachement. La première forme est d'origine innée (regards, sourires, pleurs du nourrisson). Ces comportements ont comme but d'initier et de maintenir les premiers contacts entre la mère et son enfant. Par la suite, le niveau de sensibilité et le type de réponse du principal donneur de soins en réponse aux comportements d'attachement et aux demandes de son enfant permettent l'émergence d'une seconde forme de comportements d'origine cognitive incorporant ce que Bowlby (1969) appelle les modèles internes opérants. Les modèles internes opérants sont un ensemble de schèmes d'attachement qui régissent les attentes et les sentiments de l'enfant face à l'ensemble de ses relations (Bacro et Florin, 2008). Ainsi, tout enfant développe un style d'attachement précis en fonction de ces modèles opérants acquis. Il existe deux styles d'attachement (sécurisant ou insécurisant). De plus, le style

d'attachement insécurisant se divise en trois types d'insécurité (évitant, ambivalent ou désorganisé)⁴.

1.2.2 Style d'attachement sécurisant

L'enfant ayant un attachement sécurisant est un enfant qui s'attend à une réponse adéquate de la part du parent et est ainsi capable d'intégrer et de traiter de manière flexible ses sentiments, ses comportements et ses pensées lorsque son système d'attachement est activé (soit, lors d'une situation de stress). De façon générale, l'enfant gère bien les situations anxiogènes et trouve une solution en ayant recours au parent. Plus tard dans son développement (âge préscolaire et scolaire), l'enfant présentant un attachement sécurisant montre de l'autonomie, un sentiment d'efficacité et une confiance en soi assez élevée pour réussir à résoudre des problèmes par lui-même et explorer son environnement (conditions idéales aux apprentissages). De plus, si un problème survient, l'enfant ayant un attachement sécurisant peut compter sur sa figure principale d'attachement pour lui venir en aide adéquatement (Moss et Saint-Laurent, 2001).

1.2.3 Styles d'attachements insécurisants

Par ailleurs, les enfants dont les parents manquent de sensibilité quant aux demandes de celui-ci vont développer un attachement insécurisant pouvant se classer en trois types d'insécurité. Tout d'abord, l'enfant présentant un attachement insécurisant de type évitant minimise les interactions avec l'adulte. Selon la théorie de l'attachement, cette distance s'explique par la peur d'être rejeté suite à une démonstration de vulnérabilité (Bowlby, 1969). Les enfants présentant un attachement insécurisant de

⁴ Il est à noter qu'afin d'uniformiser le texte de cet essai, le terme style d'attachement fait référence à la sécurité et l'insécurité d'attachement et le terme type d'attachement fait référence aux trois styles d'attachement insécurisants, soit évitant, ambivalent ou désorganisé.

type évitant ne cherchent pas d'aide en situation de détresse (Moss et Saint-Laurent, 2001). Les enfants ayant un attachement insécurisant de type évitant minimisent les contacts physiques et les situations de réciprocité relationnelle. Ils ont appris, à un très jeune âge, à gérer leur détresse eux-mêmes. L'enfant évitera donc toutes initiatives du parent à son égard. De plus, les interactions entre l'enfant et son parent ont généralement une allure instrumentale (Moss et Saint-Laurent, 2001).

L'enfant présentant un attachement insécurisant de type ambivalent, quant à lui, est un enfant dépendant qui exagère ses comportements immatures et négatifs afin de maximiser la proximité et le contact physique avec l'adulte, et ce, afin d'ultimement apaiser sa détresse. Cette stratégie d'adaptation résulte d'une incohérence des réponses du parent face à la détresse de l'enfant créant ainsi des manifestations de colère chez l'enfant. Dans ce contexte, l'enfant apprend à suractiver son système d'attachement afin d'obtenir du réconfort de la part de son parent. L'enfant ayant ce type d'attachement a des problèmes de régulation émotionnelle dans les tâches de collaboration, manque de persévérance dans les tâches difficiles et exprime une grande détresse lorsque sa figure d'attachement est loin d'elle (Moss et Saint-Laurent, 2001). De plus, ils ont des difficultés à rester concentrés parce qu'ils sont toujours préoccupés par la disponibilité de l'adulte à leur endroit. (Barbey-Mintz, 2015).

Enfin, la dernière catégorie est celle des enfants ayant un attachement insécurisant de type désorganisé dont les parents sont négligents ou effrayants ; devenant ainsi la source de détresse de leur enfant. Ces enfants montrent des comportements confus et désorientés à l'approche de leur parent et manifestent des comportements contradictoires, agressifs ou étranges. Les stratégies de base de l'enfant sont de fuir le parent, de l'attaquer ou de figer (*Fight, Flight ou Freeze*) (Hesse et Main, 2000). L'attachement insécurisant de type désorganisé se caractérise donc par l'absence de stratégie cohérente et organisée pour accéder au parent en situation de détresse. L'enfant tend à développer un sous-patron d'attachement soit sécurisant ou soit

insécurisant de type ambivalent ou de type évitant, mais n'arrive pas à utiliser les stratégies découlant de ce sous-patron de façon cohérente (Moss et Saint-Laurent, 2001). Par exemple, un enfant ayant un attachement désorganisé et un sous-patron sécurisant va rechercher la proximité de sa mère lors d'un moment de détresse, mais va également émettre des comportements de peur ou de dissociation près de celle-ci. Ces enfants développent une image de soi négative, des difficultés à accepter l'autorité ainsi que des difficultés scolaires liées aux déficits métacognitifs (Hesse et Main, 2000).

Enfin, tous les types d'attachement insécurisant mettent en jeu le développement à long terme, en limitant la capacité d'adaptation de l'enfant. En grandissant, les personnes avec un attachement insécurisant sont ainsi plus susceptibles de répéter leurs comportements d'attachement dans leur prochaine relation intime ; occasionnant ainsi des relations affectives plus facilement perturbées (Tereno et al., 2007 ; Zeanah et al., 1999).

1.3 Attachement et TSA

Jusqu'à maintenant, les études sur l'attachement des enfants présentant un TSA divergent. Bien que la plupart des études mettent en évidence que, malgré leurs difficultés, ces derniers émettent des comportements d'attachement envers leur principal donneur de soins, le désaccord entre les auteurs porte sur la prédominance d'un style d'attachement au sein de cette population. Pour certains, l'attachement insécurisant caractérise principalement la relation des enfants ayant un TSA avec leur parent (Capps et al., 1994; Oppenheim et al., 2012; Spencer, 1993). Pour d'autres, c'est plutôt certains aspects de la qualité du lien d'attachement sécurisant qui s'avèrerait fortement altérée (Rogers, et al., 1993; Main et Solomon, 1990). Néanmoins, la plupart des auteurs s'entendent sur la présence d'un déficit sur le plan du lien d'attachement que l'enfant présentant un TSA développe envers son parent (Rutgers et al., 2004).

1.3.1 Style d'attachement des enfants présentant un TSA

Dans la population normative, 61% des enfants sont classés comme ayant un style d'attachement sécurisant, 15% comme ayant un style d'attachement insécurisant de type évitant, 9% comme ayant un style d'attachement insécurisant de type ambivalent et 15% comme ayant un style d'attachement insécurisant de type désorganisé (Van IJzendoorn et al., 1992). En général, afin d'évaluer le style d'attachement des enfants, une situation expérimentale, nommée la situation étrangère, développée par Ainsworth en 1978, est utilisée. Cette situation permet d'observer les comportements d'attachement de l'enfant lorsque celui-ci est exposé à diverses situations de séparations et de réunions avec sa mère et lorsque celui-ci se retrouve seul ou avec une personne étrangère.

Néanmoins, aucun consensus sur la prévalence des styles d'attachement chez les enfants ayant un TSA n'a été obtenu à ce jour (Rutgers et al., 2004). Les données des différentes études divergent quant au style d'attachement chez cette population. À cet égard, une méta-analyse regroupant 10 études sur le style d'attachement des enfants présentant un TSA illustre bien cette absence de consensus avec quatre études confirmant l'hypothèse d'une plus grande proportion du style d'attachement insécurisant chez cette population et six études infirmant cette hypothèse (Rutgers et al., 2004). En effet, au sein de cette méta-analyse, quatre études font la démonstration d'un faible taux du style d'attachement sécurisant chez les enfants présentant un TSA comparativement aux enfants n'ayant pas le trouble (Rutgers et al., 2004). Parmi ces études, seulement 5% des enfants présentant un TSA ont un style d'attachement sécurisant comparativement à 35% des enfants souffrant d'autres troubles du développement et à 80% des enfants au développement typique de l'étude (Spencer, 1993). Selon ces mêmes quatre études, les enfants présentant un TSA sont moins portés à approcher leur mère lors de situations de détresse que les enfants au développement typique. À l'inverse, la recension des six autres études établit la présence d'un nombre

substantiel d'enfants présentant un TSA et ayant un style d'attachement sécurisant. Parmi celles-ci, Rogers et collègues (1993) attestent que 50% des enfants présentant un TSA témoignent d'un style d'attachement sécurisant. Main et Solomon (1990), quant à eux, démontrent que 63% des enfants présentant un TSA ont un style d'attachement sécurisant.

En revanche, une étude portant sur le type d'attachement de 15 enfants présentant un TSA en situation étrangère a montré que la totalité des enfants de l'étude possédait des comportements associés au style d'attachement insécurisant de type désorganisé (Capps, et al., 1994). Dans une étude plus récente utilisant la situation étrangère chez 45 enfants ayant un TSA, il a été observé que 42,2% des enfants de l'échantillon avaient un style d'attachement sécurisant, 20% présentaient un style d'attachement insécurisant de type évitant, 15,6% présentaient un style d'attachement insécurisant de type ambivalent et 22,2% avaient un style d'attachement insécurisant de type désorganisé. Dans cet échantillon, le style d'attachement sécurisant représente la catégorie la plus importante des enfants présentant un TSA. Néanmoins, si l'on additionne les trois types du style d'attachement insécurisant, nous obtenons un pourcentage de 57,8. Le style d'attachement insécurisant est donc prédominant dans cette récente étude (Oppenheim et al., 2012). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette fluctuation dans les prévalences obtenues. Les liens entre le style d'attachement et le TSA peuvent être décrits en fonction de la sévérité des symptômes, des capacités cognitives de l'enfant ou encore des caractéristiques individuelles du principal donneur de soins, avec, entre autres, le niveau de stress parental (Rutgers et al., 2004).

1.3.2 Qualité du lien d'attachement des enfants présentant un TSA

Pour certains auteurs, ce ne serait pas le style d'attachement qui serait différent dans cette population, mais bien la qualité du lien qui y serait atypique (Rutgers et al., 2004). La qualité de la relation parent-enfant se mesure principalement à l'aide de différentes composantes comportementales de celle-ci, soit la coordination, la communication, le

partage des rôles, l'expression émotionnelle, la sensibilité/réponses appropriées, la tension, l'humeur et le plaisir partagé (Humber et Moss, 2005). Afin d'évaluer la qualité des interactions parent-enfant, il importe de considérer le développement de l'enfant. Le développement du langage ainsi que des habiletés à considérer la perspective d'autrui sont des composantes développementales nécessaires à l'évaluation de la qualité d'attachement. Celles-ci permettent à l'enfant de communiquer ses propres intentions, de comprendre celles de son parent et de participer à des négociations visant à atteindre un but commun (Humber et Moss, 2005). Néanmoins, le développement du langage et des habiletés à considérer la perspective d'autrui (nommé la théorie de l'esprit) est parfois altéré chez les enfants présentant un TSA (Baron-Cohen et al., 1985). Dans la méta-analyse décrite précédemment, Rutgers et collègues (2004) ont également fait le portrait de la qualité d'attachement des enfants présentant un TSA au sein de 16 études (N=287). Ceux-ci ont ainsi soulevé que la qualité du lien d'attachement des enfants présentant un TSA envers leurs parents est significativement moins sécurisante que celles des enfants ne présentant pas le trouble. Néanmoins, toujours selon cette méta-analyse, les enfants présentant un TSA ont la capacité de développer un style d'attachement sécurisant. Toutefois, les difficultés sociales inhérentes au TSA provoquent une diminution de la sensibilité, de la coordination et de la flexibilité des interactions au sein de la dyade parent-enfant (Rutgers et al., 2004). Par ailleurs, afin d'évaluer quelles composantes spécifiques de la qualité d'attachement sont principalement défaillantes chez la population présentant un TSA, Beurkens et Hobson (2013) ont observé les aspects qualitatifs de la relation parent-enfant de 25 enfants présentant un TSA. Pour ce faire, les chercheurs ont utilisé l'échelle *Dyadic Coding Scale* (DCS) de Moss et Humber (2005). Cette échelle évalue, lors d'une période de jeu entre le parent et l'enfant, différentes composantes relationnelles. Les composantes observées sont la coordination, la communication, le partage des rôles, l'expression émotionnelle, le niveau de détente, l'humeur, le plaisir partagé et la réceptivité (sensibilité parentale). En comparant les résultats à la population normative de l'étude de Moss et Humber (2005), les dyades parent-enfant

présentant un TSA ont obtenu des scores significativement plus faibles pour les composantes de la coordination, de la communication, de l'expression émotionnelle, de la réceptivité parentale et de l'humeur. Les scores pour ces composantes comportementales sont d'ailleurs aussi faibles que ceux des enfants ayant un style d'attachement insécurisant de type désorganisé (Beurkens et Hobson, 2013).

1.3.3 Sévérité du TSA et attachement

Les prévalences divergentes quant au style d'attachement des enfants présentant un TSA pourraient s'expliquer, entre autres, par l'hétérogénéité de la symptomatologie du trouble. En effet, la qualité du lien d'attachement pourrait fluctuer en fonction de la sévérité des symptômes autistiques. À cet égard, dans le but d'évaluer l'hypothèse selon laquelle la sévérité des symptômes autistiques altérerait la qualité de la relation parent-enfant, les chercheurs Beurkens et Hobson (2013) ont comparé les résultats obtenus à l'échelle DCS avec les résultats obtenus à l'échelle de l'*Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS, deuxième version) conçu par Lord et ses collègues (2002). L'ADOS à l'aide d'activités standardisées évaluant, entre autres, la communication, l'interaction sociale réciproque et la présence de comportements stéréotypés chez l'enfant, est un des outils d'évaluation diagnostique du TSA nous permettant d'établir un score de sévérité de l'autisme chez le participant (Lord et al., 2002). Les résultats des 25 participants à l'échelle DCS sont associés de façon significative avec les scores obtenus par ces derniers à l'ADOS. Dès lors, selon cette étude, le niveau de sévérité de l'autisme influence de façon significative les résultats obtenus à l'échelle DCS (Beurkens et Hobson, 2013). À ce sujet, Rutgers et collègues (2004) soulèvent que plus le degré de sévérité d'autisme est élevé, moins l'enfant aura un style d'attachement sécurisant. Ces derniers chercheurs expliquent cette corrélation par le faible niveau de réciprocité sociale dans la relation parent-enfant. Au contraire, Koren-Karie (2009) ainsi que Van IZendoorn et collègues (2007) soutiennent que l'attachement des enfants présentant un TSA est relié à une variété d'indices

développementaux ainsi qu'au niveau de sensibilité du parent, et non à la sévérité des symptômes autistiques. Ainsi, parmi les indices développementaux de l'enfant, le fonctionnement intellectuel est la variable modératrice principale entre le TSA et la sécurité d'attachement (Koren-Karie, 2009 ; Van IZendoorn et al., 2007). Dans le même ordre d'idées, Rogers et collègues (1991) émettent l'hypothèse que les altérations des interactions sociales et de la communication n'entravent pas la formation de l'attachement. Appuyés par une étude produite auprès de 32 enfants présentant un TSA, ces derniers confirment que l'attachement se construit uniquement par des comportements tels que la proximité et le contact physique. L'absence de proximité du donneur de soins auprès de son enfant peut être liée, entre autres, au stress vécu par celui-ci (Rogers et al., 1991).

1.3.4 Stress parental, TSA et attachement

Le stress parental est une réaction physiologique intense ressentie suite à une accumulation d'événements déstabilisants en lien avec le vécu parental (Baxter et al., 2000). Selon certains auteurs, le stress parental est un important modérateur de la qualité du lien d'attachement (Béliveau et Moss, 2009 ; Bigras et Lafrenière, 1994; Jarvis et Creazey, 1991). À ce sujet, les recherches révèlent que les difficultés de communication et d'interactions sociales, ainsi que certaines caractéristiques en lien avec les autres problématiques associées au TSA (p.ex., trouble de comportement, difficultés cognitives, trouble du sommeil, etc.) des enfants ayant un TSA constituent une source importante de stress et d'épuisement chez leurs parents (des Rivières-Pigeon et Courcy, 2014). Ces difficultés particulières sont associées à une plus grande demande d'engagement du parent envers l'enfant au quotidien (des Rivières-Pigeon et Courcy, 2014). Les parents dont l'enfant a reçu un diagnostic de TSA montrent un niveau de stress parental plus élevé que les parents d'enfants vivant avec d'autres troubles tels que le TDAH ou le trouble du développement intellectuel (TDI) (Tomanik et al., 2004). De plus, des taux plus élevés d'isolement, de séparation ou de divorce

ainsi que des insatisfactions maritales sont observés chez les parents d'enfants ayant un TSA (des Rivières-Pigeon et Courcy, 2014). Rutgers et collègues (2007) ont étudié le lien entre le stress parental perçu et l'attachement d'enfants à besoins particuliers et sans besoin particulier. Leur échantillon comportait 89 dyades de mères et d'enfants. Les enfants présentaient soit un TSA, un TDAH, un trouble du langage, un TDI intellectuel ou aucun trouble. Selon leurs résultats, chez tous les participants, un niveau de stress parental élevé prédit une diminution du style d'attachement sécurisant. De plus, tous les enfants ayant un diagnostic de trouble mental avaient un style d'attachement significativement moins sécurisant que les enfants n'ayant aucun besoin particulier. De surcroît, selon les chercheurs, les enfants présentant un TSA ont un attachement significativement encore moins sécurisant que l'ensemble des enfants à besoins particuliers de l'étude. Rutgers et collègues (2007) ont également contrôlé l'effet modérateur du niveau de langage sur la relation entre l'attachement et le TSA et leurs résultats indiquent que le niveau de langage n'a pas d'influence sur la diminution de la sécurité d'attachement.

1.4 Diagnostic différentiel

Outre la présence de liens entre le TSA et le style d'attachement insécurisant, il est intéressant d'observer la présence de similarités au sein même des deux problématiques. Tout d'abord, tout comme certains enfants présentant un TSA, les enfants avec un style d'attachement insécurisant de type évitant ont tendance à instrumentaliser et à minimiser leurs interactions sociales (Ainsworth et al., 1978). Par ailleurs, toujours selon Ainsworth et collègues (1978), les enfants présentant un style d'attachement insécurisant de type ambivalent éprouvent une anxiété face à la nouveauté et à l'exploration. Cette anxiété est également vécue par les enfants présentant un TSA face aux changements de routines et aux nouvelles expériences (CMQ et OPQ, 2012). Des déficits métacognitifs ainsi que des limitations en ce qui a trait aux comportements adaptatifs chez les enfants ayant un style d'attachement insécurisant de type

désorganisé sont également des particularités que peuvent présenter certains enfants présentant un TSA. Enfin, des traits cliniques tels que les comportements stéréotypés sont communs au TSA et au style d'attachement insécurisant de type désorganisé (Wahl, et al., 2011). Afin d'identifier l'origine de ces comportements ou de ces déficits, il est possible d'observer si ce comportement est intensifié à l'approche ou en la présence du parent. Par exemple, si les comportements stéréotypés d'un enfant ne sont pas intensifiés à l'approche du parent, ceux-ci ne concernent généralement pas le style d'attachement (Bureau et al., 2009).

1.5 Comportements problématiques

Les comportements problématiques sont définis comme des comportements perturbant le fonctionnement quotidien de l'enfant. Les comportements problématiques font référence à toute action qui est jugée problématique parce qu'elle s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique (Garcin et al., 2010). Un certain nombre d'enfants présentant un TSA manifestent des comportements problématiques; plus précisément 70% des cas (APA, 2015). Certains d'entre eux sont inhérents au TSA tels que l'intolérance face aux changements ou la présence d'intérêts restreints et fixes, anormaux dans leur intensité et dans leur but. Par ailleurs, les enfants présentant un TSA sont plus à risque de présenter d'autres troubles ou comportements perturbateurs associées. Dans le cadre de cette étude, les comportements problématiques qui sont évalués sont ceux définis par le *Behavior Assessment System of Children* (BASC-3)

Ainsi, les comportements décrits dans la présente étude sont les comportements liés à l'hyperactivité, l'agressivité, l'anxiété, la dépression, la somatisation, l'inattention, l'anomalie et le retrait. Les comportements d'hyperactivité sont définis par une tendance de l'enfant à être excessivement actif, à se précipiter dans le travail ou dans les activités et à agir sans penser (Kamphaus et Reynolds, 2015). À titre d'exemple, les

enfants présentant des comportements d'hyperactivité peuvent manquer de contrôle de soi, jouer constamment avec des objets, se tortiller sur leur siège, remuer souvent les mains ou les pieds, interrompre les autres, ou encore avoir du mal à attendre leur tour. Chez les enfants ayant un TSA, la présence de comportements hyperactifs (associés souvent à des comportements d'inattention) varie entre 15% et 80% selon la méthode de recherche utilisée (Frazier et al., 2001 ; Goldsteins et Schwebach, 2004 ; Joshi et al., 2010 ; Kim et al., 2000). Les comportements d'agressivité, quant à eux, sont définis par la tendance à porter un préjudice physique ou émotionnel à autrui ou à la propriété d'autrui ainsi qu'à soi-même (p.ex., l'automutilation) (Kamphaus et Reynolds, 2015). Une récente étude montre que la prévalence de l'agressivité sur autrui chez les enfants présentant un TSA est de 60% et la prévalence de l'autoagressivité est de 46% (N=50) (Charfi et al., 2016). Les comportements liés à l'anxiété se traduisent par une tendance à être nerveux, craintif ou inquiet face à des problèmes réels ou imaginés. La mesure des comportements d'anxiété inclut des éléments associés aux phobies, à la dépréciation de soi et à la nervosité (Kamphaus et Reynolds, 2015). Selon les résultats de l'étude de Bradley et collègues (2004), 42% des personnes ayant un TSA atteignent un seuil significatif d'anxiété. Les comportements associés à la dépression, quant à eux, se mesurent par une variété de symptômes, notamment les changements d'humeur soudains, la négativité et la tristesse. Les sentiments de tristesse et de stress qui en résultent peuvent causer une incapacité à accomplir les activités quotidiennes ou engendrer des pensées suicidaires (Kamphaus et Reynolds, 2015). L'estimation de la prévalence de la dépression chez les enfants et adolescents ayant un TSA varie de 0,9 à 29 %, ce qui est plus élevé que pour la prévalence dans la population générale (Poulin et al., 2020). En ce qui a trait aux comportements de somatisation, ceux-ci se définissent par la tendance de l'enfant à se plaindre de problèmes ou de douleurs physiques relativement mineurs et à exagérer la fréquence de divers malaises physiques. Ces comportements comprennent la peur d'être malade et les plaintes concernant la santé (Kamphaus et Reynolds, 2015). Aucune étude, à ce jour, n'a rapporté le taux de prévalence des comportements de somatisation chez les enfants présentant un TSA.

Les comportements liés à l'inattention se mesurent par l'incapacité d'un enfant à maintenir l'attention et la tendance à facilement se laisser distraire des tâches qui demandent de la concentration (Kamphaus et Reynolds, 2015). Selon une récente étude menée auprès de 1500 enfants âgés de 2 à 17 ans, un enfant sur cinq présentant un TSA ont reçu le diagnostic du TDAH (Miodovnik et al., 2015). Les comportements d'anomalie se mesurent par la tendance d'un enfant à agir de façon étrange ou anormale (p.ex., ne pas avoir conscience de la présence des autres, dire des choses qui n'ont pas de sens, agir comme si les autres n'existaient pas) (Kamphaus et Reynolds, 2015). De plus, des comportements tels que mastiquer des objets non comestibles, se frapper la tête sur quelque chose, se parler à soi-même ou exprimer des émotions qui ne concordent pas avec le contexte sont des comportements d'anomalies particulièrement présentes chez les enfants ayant un TSA (Hass et al., 2012 ; Volker et al., 2010). Enfin, les comportements de retrait se mesurent par la tendance de l'enfant à éviter le contact social et à ne pas avoir envie d'établir de liens dans un contexte social. Les comportements liés à la timidité, à la difficulté à se faire des amis et au fait de préférer être seul en font partie (Kamphaus et Reynolds, 2015). Comme pour les comportements d'anomalie, les comportements de retrait sont associés aux enfants ayant reçu un diagnostic du TSA (Hass et al., 2012 ; Volker et al., 2010). La figure 1 illustre le contexte théorique de cet article (voir l'annexe A).

1.6 Objectifs de la recherche

Cette étude a comme objectif principal de documenter les liens entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements problématiques des enfants présentant un TSA. Pour ce faire, le premier objectif spécifique de cette étude est de décrire les comportements d'attachement des enfants présentant un TSA. Le deuxième objectif spécifique est d'évaluer s'il existe des liens entre le degré de sécurité d'attachement de ces enfants et la présence de comportements problématiques. Enfin, le troisième objectif spécifique est d'établir les liens entre 1) le niveau de stress parental des parents,

2) le degré de sécurité d'attachement de l'enfant, 3) les différents comportements problématiques, ainsi que 4) le niveau de sévérité du TSA; et ce, afin de déterminer quel comportement problématique est uniquement lié au degré de sécurité d'attachement.

1.7 Mode de présentation

Cet essai est soumis sous la forme d'un article. Celui-ci reprend les principaux éléments de la rescension des écrits et fait le compte rendu détaillé des résultats. Il tient compte également de la méthode de collecte des données incluant la description des participants ainsi que la procédure de la recherche. Par ailleurs, les analyses statistiques et les considérations éthiques sont davantage détaillées dans le prochain chapitre.

CHAPITRE II

MÉTHODE

Dans ce chapitre, seules les considérations éthiques ainsi que les analyses statistiques sont présentées puisqu'elles ne sont que brièvement survolées dans l'article. Tel que mentionné précédemment, les autres composantes de la méthode de collecte de données seront présentées dans l'article qui suit ce chapitre.

2.1 Considérations éthiques

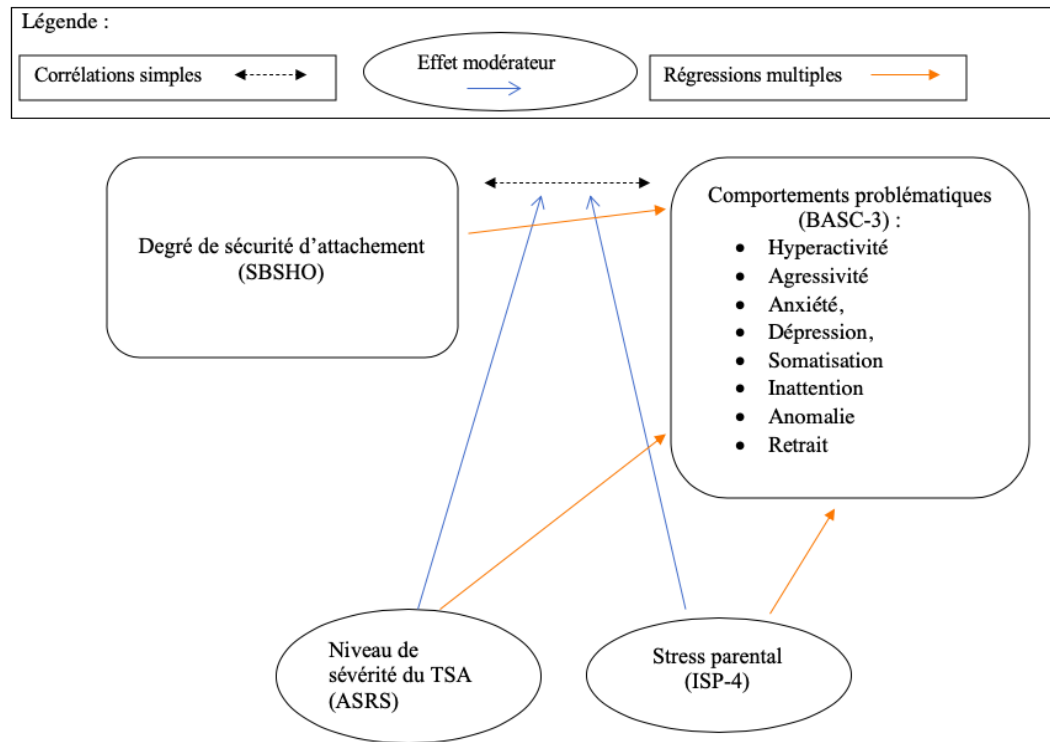
Le Comité d'Éthique de la Recherche pour les Projets Étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4 : sciences humaines) a examiné le projet de recherche et l'a jugé conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la politique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (politique no.54) en février 2018 (voir l'annexe B). De plus, l'étudiante responsable de cette recherche doctorale a suivi une formation en éthique de la recherche lors de la complétion du cours Énoncé de Politique des Trois Conseils (EPTC 2): Éthique de la recherche avec des êtres humains en février 2017 (voir l'annexe C). Enfin, la participation libre de chacun des sujets a été assurée. Tout participant impliqué dans l'étude a participé de façon volontaire en tenant compte du formulaire de consentement libre et éclairé (voir l'annexe D) et en l'acceptant formellement par signature électronique. Le processus de recrutement ainsi que la liste de références et de ressources pour les participants se retrouvent dans les annexes (voir l'annexe E et F).

2.2 Analyses statistiques

Afin de répondre aux objectifs de cette recherche à devis descriptif et corrélationnel, une première analyse de fréquences a été utilisée afin de décrire les comportements d'attachement des enfants présentant un TSA recensés à l'aide du questionnaire Secure Base Safe Haven Observation list (SBSHO) (voir l'annexe G) adapté par l'expérimentatrice. Ensuite, une étude corrélationnelle simple entre les principales variables à l'étude, soit entre 1) le degré de sécurité d'attachement et 2) les différentes sous-échelles du BASC-3 (les comportements d'hyperactivité, d'agressivité, d'anxiété, de dépression, de somatisation, d'inattention, d'anomalie et de retrait) a été effectuée à partir la version 25 du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

produite par la compagnie International Business Machines Corporation (IBM). Pour une corrélation attendue minimale de 0,5, un seuil de signification de 0,05 et une puissance de 80%, l'étude a exigé un échantillon de 29 sujets. Les coefficients de corrélation obtenus ont permis de donner une mesure synthétique de l'intensité et du sens de la relation existante entre le niveau d'attachement de l'enfant et les scores obtenus aux huit sous-échelles du BASC-3. Par ailleurs, des analyses de modération de l'indice de stress parental et du niveau de sévérité de l'autisme sur le lien entre le degré de sécurité d'attachement et chacun des comportements problématiques ont été effectuées. Enfin, une régression linéaire et hiérarchique permettra d'utiliser l'indice de stress parental, le niveau de sévérité du TSA ainsi que le degré de sécurité d'attachement afin d'expliquer ou de prédire l'apparition des comportements problématiques. Ainsi, il sera possible d'établir quelle composante (stress, niveau de sévérité ou attachement) explique le mieux l'apparition des différents comportements problématiques. La figure 2 illustre l'analyse des données de ce projet de recherche.

Figure 2
Analyse des données⁵



⁵ Note. Autism Spectrum Rating Scale (ASRS), Behavior Assessments System for Children, Third Edition (BASC-3), Indice de stress parental, 4ème édition (ISP); Secure Base Safe Haven Observation (SBSHO)

CHAPITRE III

ARTICLE

Dans ce chapitre, l'article de cet essai doctoral est présenté, et ce, suivant les normes de l'éditeur de la revue scientifique dans lequel il est publié.

LE DEGRÉ DE SÉCURITÉ D'ATTACHEMENT ET LES COMPORTEMENTS
PROBLÉMATIQUES DES ENFANTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DU
SPECTRE DE L'AUTISME

Marilyn Lapointe, B.Sc

Nathalie Poirier, Ph.D.

Nadia Abouzeid, Ph.D.

Cet article a été accepté et publié dans la revue scientifique

Devenir, Volume 3, 2020

3.1 Résumé

La présente étude vise à décrire les liens entre le degré de sécurité d'attachement⁶ et les comportements problématiques des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) tout en contrôlant l'effet modérateur du stress parental et du niveau de sévérité de l'autisme. Les résultats des questionnaires répondus par 39 parents d'enfants présentant un TSA démontrent que la diminution du degré de sécurité d'attachement des enfants présentant un TSA est significativement liée à la présence de certains comportements problématiques, tels que les comportements de retrait et les comportements d'inattention. De ce fait, les conclusions de l'étude proposent l'application d'une Intervention Relationnelle© auprès des familles d'enfants présentant un TSA en complémentarité aux autres interventions efficaces dans le domaine du TSA.

Mots clés : Trouble de spectre de l'autisme, attachement, Intervention Relationnelle©, comportements problématiques

Abstract

This study aims to evaluate the relationship between the degree of attachment security and problem behaviors of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) while controlling the moderating effect of the parental stress index and the severity level of

⁶ L'outil utilisé pour mesurer l'attachement des enfants de cette étude (*Secure Base Safe Haven Observation list*) utilise le terme degré de sécurité d'attachement en termes de comparaison entre les sujets en fonction du score obtenu suite aux réponses aux 20 items répondus par le parent sur une échelle de Likert à 7 points.

autism. The results of the questionnaires completed by 39 parents of children with ASD demonstrate that the decrease in the attachment security level of children with ASD is significantly related to the presence of certain problem behaviors; such as withdrawal behaviors and those associated with attention deficit disorder. As a result, the findings of this study support the relevance of using a relational intervention with families of children with ASD in complementarity with other effective interventions.

Keywords : Autism Spectrum Disorder, Attachement, Relational Intervention, problem behaviours

3.2 Introduction

L'attachement se conceptualise comme le lien affectif qu'un enfant développe avec son principal donneur de soins au cours des premières années de vie (Ainsworth, et al., 1978 ; Bowlby, 1969). La création de ce lien affectif, découlant des premières expériences relationnelles, est tributaire, entre autres, de la qualité des réponses parentales aux besoins de l'enfant et particulièrement au degré de sensibilité parentale. Cette sensibilité se définit par la capacité du parent à reconnaître les signaux émis par l'enfant, leur donner une signification juste et lui offrir une réponse appropriée, et ce, dans un délai raisonnable (Ainsworth et al., 1978). Le patron d'attachement que présente l'enfant à la suite de ses premières expériences reflète ses anticipations à l'égard de la réponse parentale (Moss et Saint-Laurent, 2001). Le trouble du spectre de l'autisme (TSA), quant à lui, se caractérise par la présence de déficits de la communication sociale ainsi que par des comportements restreints et répétitifs (American Psychiatric Association [APA], 2015). Les troubles de la communication sociale sont représentés par des déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle illustrés par des lacunes en ce qui a trait à la conversation bidirectionnelle, des difficultés à partager des intérêts, des émotions ou une incapacité à initier ou à répondre à des interactions sociales (APA, 2015). Un contact visuel pauvre, des déficits dans la

compréhension et l'utilisation de gestes et à l'extrême une absence totale d'expression faciale constituent d'autres symptômes du TSA (APA, 2015). En ce qui concerne le caractère plus restreint et répétitif des comportements, certains enfants présentant un TSA peuvent avoir des intérêts anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but. Ils peuvent également avoir une intolérance au changement, une adhésion inflexible à des routines ou peuvent éprouver des difficultés lors des transitions. Un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement ou une hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles peuvent également être notées chez certains d'entre eux. Par ailleurs, il est inscrit que, dans 70% des cas, le TSA s'accompagne d'autres problématiques telles que le déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles anxieux et dépressifs ou encore les troubles structurels du langage (APA, 2015).

Ainsi, les symptômes inhérents au TSA ainsi que certains de ses troubles associés peuvent compromettre la sensibilité de la réponse parentale ou encore renforcer des comportements d'insensibilité déjà présents chez le parent. Dans les deux cas, la difficulté des enfants présentant un TSA à communiquer leurs besoins et leurs attentes ou à partager leurs affects et à manifester différentes expressions faciales peut constituer un obstacle dans la capacité du parent à répondre aux besoins de l'enfant de façon contingente et appropriée. L'attachement de l'enfant à son parent, étant un phénomène relationnel hautement prédictif du développement optimal de l'enfant (Sroufe, 2005), il s'avère pertinent de considérer ce sujet chez les enfants présentant un TSA.

3.3 Contexte théorique

3.3.1 Trouble du spectre de l'autisme

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est caractérisé par deux catégories de symptômes situées sur un continuum à trois degrés de sévérité et se différenciant par

le niveau de soutien nécessaire au fonctionnement quotidien. Ces deux catégories sont les troubles de la communication sociale (combinant les problèmes sociaux et de communication) et les comportements restreints et répétitifs. Pour poser un diagnostic, les symptômes doivent être présents dès la petite enfance, mais peuvent se manifester de façon plus évidente lorsque la limitation des capacités empêche l'enfant de répondre aux exigences sociales (APA, 2015). En ce qui a trait aux trois degrés de sévérité des symptômes, la classification dépend de l'importance de l'aide que l'enfant nécessite en ce qui a trait aux comportements et aux intérêts ainsi qu'à la communication et aux interactions sociales dans différents contextes (niveau 1: «nécessitant de l'aide»; niveau 2 : «nécessitant une aide importante»; niveau 3 : «nécessitant une aide très importante») (APA, 2015).

3.3.2 Attachement

Dès la naissance, les bébés émettent des comportements d'attachement (Guedeney, et Guedeney, 2009). Ces manifestations innées visent à augmenter la proximité ou à maintenir le contact avec son principal donneur de soins (la figure d'attachement) (Bisaillon et Breton, 2011). Ceux-ci se manifestent principalement lorsque le sentiment de sécurité de l'enfant est menacé. Il s'agit, à titre d'exemple, de pleurs, de sourires, de comportements d'imitation, de câlins permettant d'induire ou de maintenir le contact avec son donneur de soins (Bowlby, 1978). Le modèle d'attachement de l'enfant diffère selon la sensibilité du donneur de soins à répondre aux besoins et aux signaux de l'enfant pendant les premières années de sa vie (Bowlby, 1969).

Les enfants dont la figure d'attachement est sensible à leurs besoins et à leurs signaux développent un modèle d'attachement sécurisant basé sur a) la confiance en la disponibilité ou en la fiabilité de la figure d'attachement, b) la probabilité de recevoir d'elle de l'affection et c) l'assurance qu'elle représente une base de sécurité pour explorer son environnement (Ainsworth, 1978). En grandissant, les enfants présentant un modèle d'attachement sécurisant sont généralement des enfants capables d'intégrer

et de traiter de manière flexible leurs sentiments, leurs comportements et leurs pensées lorsqu'un problème se présente. De façon générale, l'enfant trouve rapidement une solution en ayant d'abord recours au parent. Lorsqu'il est calmé ou réconforté, il montre de l'autonomie, un sentiment d'efficacité et une confiance en soi assez élevée pour réussir éventuellement à résoudre des problèmes par lui-même (Moss et Saint-Laurent, 2001).

Les enfants dont la figure d'attachement adopte des comportements distants, inconstants, effrayants ou négligents développent un modèle d'attachement insécurisant. Ces enfants privilégient soit 1) des comportements d'exploration accrue (p.ex., minimisation des contacts physiques, fuite de la figure d'attachement, comportements téméraires ou dangereux, diminution de la réciprocité émotionnelle, interactions sociales instrumentales) ou, à l'inverse, 2) des comportements de proximité amplifiée (p.ex., dépendance à la figure d'attachement, résistance à l'exploration de l'environnement, immaturité affective). Ainsi, un enfant dont la figure est distante ou indisponible priorise des comportements d'exploration accrue. Au contraire, un enfant dont la figure est inconsistante ou présente une incohérence dans ses réponses parentales priorisera des comportements de proximité amplifiée. Enfin, les enfants dont les parents sont négligents ou effrayants montrent des comportements confus et désorientés à l'approche de leur figure d'attachement et manifestent des comportements incomplets, contradictoires, agressifs ou étranges (Hesse et Main, 2000). Contrairement aux deux derniers cas de figure, ces enfants n'ont pas de stratégie cohérente et organisée (proximité amplifiée ou exploration accrue) pour réguler leurs émotions et répondre à leurs besoins (Moss et Saint-Laurent, 2001). Le tableau 1 présente le portrait des interactions sociales, des comportements et des cognitions des enfants présentant un des trois modèles d'attachement insécurisant.

Tableau 1
Portrait des enfants ayant un attachement de style insécurisant

Figure d'attachement insécurisante	Distante	Inconstante	Effrayante/négligente
Interactions sociales	• Minimisation de la proximité • Instrumentales	• Maximisation de la proximité • Dépendance	• Approche contradictoire, confuse et désorientée
Comportements (à l'approche du parent)	• Isolation • Comportements à risque (beaucoup d'exploration)	• Immatures • Négatifs • Colériques • Manque d'autonomie • Anxiété	• Incomplets • Agressifs • Étranges • Peur • Stéréotypés • Difficulté à accepter l'autorité
Cognitions	• Autorégulation des émotions • Apprentissage autonome	• Régulation émotionnelle faible • <u>Suractivation</u> des émotions • Difficultés d'apprentissage	• Déficits métacognitifs • Dissociation cognitive • Estime de soi très faible
Modèles d'attachement insécurisant chez l'enfant	• Évitant	• Ambivalent	• Désorganisé

Note. Tableau inspiré de : Moss, E. et St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37(6), 863.

Il est important de souligner que les modèles d'attachement de l'enfant ne résultent pas nécessairement toujours de la réponse, de la disponibilité et de la sensibilité de la figure d'attachement. En effet, certains enfants peuvent présenter des comportements plus difficiles que d'autres, tels que des difficultés de sommeil, des difficultés alimentaires ou des problèmes de comportements. De plus, certains enfants naissent avec un tempérament plus difficile (réactivité émotionnelle, comportements hostiles, pleurs fréquents, etc.) (Crockenberg, 1981; Egeland, et al., 1996). Ainsi, ces exigences plus élevées pour la figure d'attachement peuvent compromettre le développement d'un

modèle d'attachement sécurisant entre l'enfant et celui-ci. Le risque que l'enfant développe un modèle d'attachement insécurisant pourrait donc également provenir de certaines exigences élevées inhérentes à un trouble neurodéveloppemental chez l'enfant tel qu'un TSA (Adam, et al., 2004).

3.3.3 Attachement et trouble du spectre de l'autisme

Jusqu'à maintenant, les données des études portant sur l'attachement des enfants présentant un TSA divergent (Beurkens, et al., 2001; Capps, et al., 1994; Chandler et Dissanayake, 2014; Davidson, et al., 2015; Grzadzinski, et al., 2014; Koren-Karie, et al., 2009; Oppenheim et al., 2012 ; Naber, et al., 2007; Persini, et al., 2013; Rutgers et al., 2004). Bien que la plupart des études référées ci-haut mettent en évidence que les enfants présentant un TSA émettent des comportements d'attachement envers leur figure parentale, le désaccord entre les auteurs porte sur la prédominance d'un modèle d'attachement (sécurisant ou insécurisant de type évitant, ambivalent ou désorganisé) au sein de cette population. Pour certains, l'attachement insécurisant (tout type confondu) caractérise la relation entre les enfants présentant un TSA et leur figure d'attachement (Capps, et al., 1994 ; Oppenheim et al., 2012). Pour d'autres, ce serait plutôt certains aspects de la qualité du lien d'attachement sécurisant qui s'avèrent fortement altérés (coordination, communication, expression émotionnelle, sensibilité/réponses appropriées, tension, humeur et plaisir partagé) (Rutgers et al., 2004). Toutefois, l'ensemble des auteurs souligne que les difficultés sociales des enfants présentant un TSA ont une influence sur les comportements d'attachement de ceux-ci envers leur figure d'attachement (Beurkens, et al., 2001; Capps, et al., 1994; Chandler et Dissanayake, 2014; Davidson et al., 2015; Grzadzinski, et al., 2014; Koren-Karie, et al., 2009; Oppenheim et al., 2012 ; Naber, et al., 2007; Persini, et al., 2013; Rutgers et al., 2004).

3.3.4 Attachement, TSA et stress parental

Le stress parental est une réaction physiologique intense ressentie suite à une accumulation d'évènements déstabilisants en lien avec le vécu parental (Baxter et al., 2000). Selon certains auteurs, le stress parental est un important modérateur de la qualité de l'attachement (Béliveau et Moss, 2009 ; Bigras et Lafrenière, 1994; Jarvis et Creazey, 1991). À ce sujet, les recherches révèlent que les difficultés de communication et d'interactions sociales, ainsi que certaines caractéristiques en lien avec les autres problématiques associées au TSA (p.ex., trouble de comportement, difficultés cognitives, trouble du sommeil, etc.) des enfants ayant un TSA constituent une source importante de stress et d'épuisement chez leurs parents (des Rivières-Pigeon et Courcy, 2014). Ces difficultés particulières sont associées à une plus grande demande d'engagement du parent envers leur enfant au quotidien (des Rivières-Pigeon et Courcy, 2014). Les parents dont les enfants ont reçu un diagnostic de TSA montrent un niveau de stress parental plus élevé que les parents d'enfants vivant avec d'autres troubles tels que le TDI ou le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (Tomanik, et al., 2004). De plus, des taux plus élevés d'isolement, de séparation ou de divorce ainsi que des insatisfactions maritales sont observés chez les parents d'enfants ayant un TSA (des Rivières-Pigeon et Courcy, 2014). Rutgers et collègues (2007) ont étudié le lien entre le stress parental perçu et l'attachement d'enfants à besoins particuliers et sans besoin particulier. Leur échantillon comportait 89 dyades de mères et d'enfants. Les enfants présentaient soit un TSA, un TDAH, un trouble du langage, un TDI ou aucun trouble. Chez tous les participants, un niveau de stress parental élevé prédisait une diminution de la sécurité d'attachement. De plus, tous les enfants ayant un diagnostic de trouble mental avaient un attachement significativement moins sécurisant que les enfants n'ayant aucun besoin particulier. De surcroît, les enfants présentant un TSA avaient un attachement significativement encore moins sécurisant que l'ensemble des enfants à besoins particuliers évalués. Rutgers et collègues (2007) ont également contrôlé l'effet modérateur du niveau de

langage sur la relation entre l'attachement et le TSA et leurs résultats indiquent que le niveau de langage n'a pas d'influence sur la diminution de la sécurité d'attachement.

3.3.5 Attachement et sévérité du TSA

Plusieurs auteurs affirment la présence d'un lien entre l'attachement et la sévérité du TSA, en s'appuyant sur les altérations des interactions sociales ainsi que sur les troubles de communication influençant la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement. Ces auteurs soulignent que plus l'enfant est dans l'incapacité à exprimer ses attentes, plus il sera difficile pour la mère de comprendre et de répondre à ses besoins et plus l'enfant risque d'adopter un modèle d'attachement insécurisant (Akdemir et al., 2009; Naber et al., 2007; Rutgers et al., 2004). D'autres infirment ce lien. À titre d'exemple, Rogers et collègues (1991) émettent l'hypothèse que les altérations des interactions sociales n'entravent pas la formation de l'attachement. Selon ces chercheurs l'attachement se construit principalement par des comportements tels que la proximité et le contact physique. Ces auteurs confirment leur hypothèse grâce à une étude produite auprès de 32 enfants présentant un TSA.

3.3.6 Comportements problématiques

Un certain nombre d'enfants présentant un TSA manifestent des comportements problématiques. Certains d'entre eux sont inhérents au TSA tels que la résistance face aux changements ou la présence d'intérêts restreints et fixes, anormaux dans leur intensité et dans leur but (APA, 2015). Par ailleurs, les enfants présentant un TSA risquent d'avoir d'autres comportements problématiques en lien aux troubles associés, tels que le trouble anxieux, le trouble obsessionnel compulsif, le TDAH, ou encore différents troubles des apprentissages (Gjevik, et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Healy, et al., 2013; Mattila et al., 2010; Fateh et Mukaddes, 2010; Hergüner, et al., 2010; Simonoff et al., 2008). Selon Kamphaus et Reynolds (2015), les comportements problématiques sont définis comme des problèmes internalisés et des problèmes

externalisés perturbant le fonctionnement de l'enfant. Les comportements problématiques font ainsi référence à toutes actions qui sont jugées problématiques parce qu'elles s'écartent des normes sociales, culturelles ou développementales et qui sont préjudiciables à la personne ou à son environnement social ou physique (Garcin, et al., 2010). Les comportements d'hyperactivité, d'agressivité, d'anxiété, de dépression, de somatisation, d'inattention, d'anomalie et de retrait définis par Kamphaus et Reynolds (2015) sont présentés ici-bas.

Les comportements d'hyperactivité sont définis par une tendance de l'enfant à être excessivement actif, à se précipiter dans le travail ou dans les activités et à agir sans penser (Kamphaus et Reynolds, 2015). À titre d'exemple, les enfants présentant des comportements d'hyperactivité peuvent manquer de contrôle de soi, jouer constamment avec des objets, se tortiller sur leur siège, remuer souvent les mains ou les pieds, interrompent les autres, ou encore avoir du mal à attendre leur tour. Chez les enfants ayant un TSA, la présence de comportements hyperactifs (associés souvent à des comportements d'inattention) varie entre 15% et 80% selon la méthode de recherche utilisée (Frazier et al., 2001 ; Goldsteins et Schwebach, 2004 ; Joshi et al., 2010 ; Kim et al., 2000). Les comportements d'agressivité, quant à eux, sont définis par la tendance à porter un préjudice physique ou émotionnel à autrui ou à la propriété d'autrui (Kamphaus et Reynolds, 2015). Une récente étude montre que la prévalence de l'agressivité sur autrui chez les enfants présentant un TSA est de 60% (Charfi, et al., 2016). Ces comportements d'agressivité peuvent se présenter lors d'une frustration ou peuvent résulter en un comportement d'automutilation. Les comportements liés à l'anxiété se traduisent par une tendance à être nerveux, craintif ou inquiet face à des problèmes réels ou imaginés. La mesure des comportements d'anxiété inclut des éléments associés aux phobies, à la dépréciation de soi et à la nervosité (Kamphaus et Reynolds, 2015). Selon les résultats de l'étude de Bradley et collègues (2004), 42% des personnes ayant un TSA atteignent un seuil significatif d'anxiété. Les comportements associés à la dépression, quant à eux, se mesurent par une variété de symptômes,

notamment les changements d'humeur soudains, la négativité et la tristesse. Les sentiments de tristesse et de stress qui en résultent peuvent causer une incapacité à accomplir les activités quotidiennes ou engendrer des pensées suicidaires (Kamphaus et Reynolds, 2015). La proportion de dépression chez les enfants présentant un TSA est évaluée à 17% selon Kim et collègues (2000). En ce qui a trait aux comportements de somatisation, ceux-ci se définissent par la tendance de l'enfant à être excessivement sensible et à se plaindre de problèmes ou de douleurs physiques relativement mineurs et à exagérer la fréquence de divers malaises physiques. Ces comportements comprennent la peur d'être malade et les plaintes concernant la santé (Kamphaus et Reynolds, 2015). Aucune étude, à ce jour, n'a rapporté le taux de prévalence des comportements de somatisation chez les enfants présentant un TSA. Les comportements liés à l'inattention se mesurent par l'incapacité d'un enfant à maintenir l'attention et la tendance à facilement se laisser distraire des tâches qui demande de la concentration (Kamphaus et Reynolds, 2015). Selon Stoddart et collègues (2013), 15% des personnes présentant un TSA présentent un trouble du déficit de l'attention (Stoddart et al., 2013). Les comportements d'anomalie se mesurent par la tendance d'une personne à agir de façon étrange ou anormale telle que le manque de conscience de l'enfant face à son environnement (p.ex., ne pas avoir conscience de la présence des autres, dire des choses qui n'ont pas de sens, agir comme si les autres n'existaient pas) (Kamphaus et Reynolds, 2015). De plus, des comportements tels que mastiquer des objets non comestibles, se frapper la tête sur quelque chose, se parler à soi-même ou exprimer des émotions qui ne concordent pas avec le contexte sont des comportements d'anomalies particulièrement présentes chez les enfants ayant un TSA (Hass et al., 2012 ; Volker et al., 2010). Enfin, les comportements de retrait se mesurent par la tendance de l'enfant à éviter le contact social et à ne pas avoir envie d'établir de liens dans un contexte social. Les comportements liés à la timidité, à la difficulté à se faire des amis et au fait de préférer être seul en font partie (Kamphaus et Reynolds, 2015). Comme pour les comportements d'anomalie, les comportements de retrait sont associés aux enfants ayant reçu un diagnostic du TSA (Hass et al., 2012 ; Volker et al., 2010).

3.4 Objectifs

Cette étude évalue les liens qui existent entre le degré de sécurité d'attachement des enfants ayant un TSA et la présence de certains comportements problématiques tels que préalablement définis. L'hypothèse principale de cette étude réside en l'établissement d'un lien entre la diminution du degré de sécurité d'attachement des enfants ayant un TSA et l'augmentation de la présence de comportements problématiques chez ces derniers. Plus spécifiquement les objectifs sont les suivants:

- 3.4.1 Décrire les comportements d'attachement des enfants présentant un TSA.
- 3.4.2 Établir les liens entre le degré de sécurité d'attachement des enfants présentant un TSA et la présence de certains comportements problématiques, soit les comportements d'hyperactivité, d'agressivité, d'anxiété, de dépression, de somatisation, d'inattention, d'anomalie et de retrait.
- 3.4.3 Établir les liens entre le degré de sécurité d'attachement, la présence de différents comportements problématiques, le niveau de sévérité de l'autisme ainsi que le niveau de stress parental.

3.5 Méthode et procédure

3.5.1 Éthique

La chercheuse principale de cette étude a obtenu l'approbation du comité éthique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

3.5.2 Participants

Les participants de cette étude sont 39 parents d'enfants présentant un TSA (37 mères et 2 pères). Chaque participant représente la figure principale d'attachement de l'enfant ; ce qui veut dire que le parent participant est le principal donneur de soins de l'enfant depuis sa naissance ou, du moins, pendant la plus grande partie de son développement. L'ensemble des parents ont présentement la garde à temps complet de leur enfant (n=37) ou encore la garde partagée (n=2) (une semaine sur deux ou l'équivalent). Les

parents ont entre 25 et 54 ans ($M = 38$ ans; $ET = 6,6$) et il s'agit de participants d'origine canadienne ($n = 29$), européenne ($n = 3$), vietnamienne ($n = 1$), arabe ($n = 4$), africaine ($n = 1$) et latino-américaine ($n = 1$). Leur enfant est âgé entre 4 et 12 ans ($M = 7$ ans; $ET = 2,3$). Sur les 39 enfants, 31 sont des garçons et 8 sont des filles. Tous les enfants présentent un TSA. En plus de leur TSA, certains enfants ont un autre diagnostic émis par un professionnel tel qu'un TDAH ($n = 8$), un trouble de la communication ($n = 3$), ou un trouble anxieux ($n = 4$). Près de la moitié de ces enfants prennent une médication pour leur diagnostic associé ($n = 16$). Par ailleurs, la plupart des enfants sont verbaux ($n = 33$) et communiquent à l'aide de mots isolés ($n = 5$) ou par phrases complètes ($n = 28$). Les six autres enfants sont non verbaux.

3.5.3 Recrutement

Diverses associations et cliniques de psychologie offrant des services aux enfants ayant un TSA ont été contactées et ont reçu une lettre les sollicitant à transmettre aux parents d'enfants présentant un TSA une invitation à participer à l'étude. De plus, une sollicitation par l'entremise des réseaux sociaux a également été effectuée. Les parents intéressés ont contacté la chercheuse principale par courriel. Dans un premier temps, les parents ont reçu un lien les menant au formulaire de consentement

3.5.4 Mesures

Une fois le consentement libre et éclairé obtenu, le parent a été invité à remplir une fiche signalétique (voir annexe H) ainsi que différents questionnaires permettant l'obtention des données nécessaires aux réponses aux trois objectifs de cette étude. Tous les participants ont rempli les questionnaires en ligne à l'aide d'une plateforme internet (LimeSurvey Project Team, 2015).

3.5.3.1 Secure Base Safe Haven Observation list (SBSHO)

La traduction française de la liste d'observation Secure Base Safe Haven Observation list (SBSHO) a été utilisée dans le cadre de cette étude (Cyr et Morin, 2016). À l'origine, le SBSHO créé par De Schipper et Schuengel (2006) est une liste d'observation pour les intervenants travaillant au quotidien en maison de réadaptation avec des enfants et adolescents présentant un TDI. Le questionnaire évalue les comportements d'attachement à l'aide d'une liste de 20 items à observer par l'intervenant et à coter sur une échelle de Likert de sept points. Un score élevé indique que des comportements d'attachement de type sécurisant caractérisent l'enfant évalué (De Schipper et Schuengel, 2010). Il s'agit d'une adaptation de l'outil Attachment Q-sort (Waters, 1995) et comprend des items supplémentaires reflétant les comportements d'attachement d'enfants et d'adolescents présentant un TDI (p.ex., « Quand l'enfant est malade ou a de la douleur, il reste plus près de moi que les autres jours. ») L'outil de De Schipper et Schengal (2006) possède une excellente cohérence interne avec un coefficient Alpha de Cronbach de 0,97. Enfin, dans le cadre de cette étude, les items de la liste ont été ajustés afin qu'un parent puisse y répondre.

3.5.3.2 Behavior Assessment System for Children (BASC-3)

La version francophone du Behavior Assessment System for Children (BASC-3) a été utilisée afin d'établir le profil comportemental des enfants ayant un TSA. Le BASC-3 créé par Reynolds et Kamphaus (2015) permet d'identifier différents comportements problématiques de l'enfant observés par le parent. Les questionnaires pour les enfants de 0 à 6 ans, celui pour les enfants de 6 à 11 ans et celui pour les enfants de 12 ans et plus ont été utilisés. Les différentes composantes mesurées dans le cadre de cette étude sont les comportements liés à l'hyperactivité, l'agressivité, l'anxiété et la dépression, la somatisation, l'inattention, l'anomalie, ainsi que le retrait. Le BASC-3 emploie des questions dont les réponses se mesurent à l'aide de l'échelle Likert de quatre points et

peuvent être remplies en 10 à 20 minutes (Reynolds et Kamphaus, 2015). Le BASC-3 possède une excellente cohérence interne avec des coefficients Alpha de Cronbach entre 0,80 et 0,90 pour les différentes composantes mesurées. La fidélité test-retest de l'outil est également très élevée avec des coefficients de corrélations entre 0,80 et 0,90 (Reynolds et Kamphaus, 2015).

3.5.3.3 Autism Spectrum Rating Scales (ASRS)

La version francophone de l'Autism Spectrum Rating Scales (ASRS) créée par Goldstein et Naglieri (2010) évalue la présence de symptômes, de caractéristiques et de comportements liés au TSA. L'ASRS mesure diverses composantes du TSA soit, la socialisation, la communication, la réciprocité sociale et émotionnelle, la présence de comportements rigides et atypiques, les anomalies langagières, la sensibilité sensorielle et l'attention. Le questionnaire emploie une notation selon une échelle Likert de cinq points et est basé sur les données récentes du DSM-5 (Goldstein et Naglieri, 2013). Les deux versions du questionnaire destiné aux parents (2-5 ans et 6-18 ans) sont employées dans cette étude et choisies en fonction de l'âge de l'enfant. Le questionnaire possède une excellente fidélité. En effet, la cohérence interne du questionnaire pour les enfants de 2 à 5 ans et celui pour les enfants de 6 à 18 ans ont un coefficient alpha de Cronbach de 0,97 pour le score total et les questionnaires possèdent un coefficient de corrélation de 0,88 et 0,80 respectivement pour la fidélité test-retest. (Goldstein et Naglieri, 2010).

3.5.3.4 Indice de mesure du stress parental (ISP-4)

Le questionnaire Parental stress index-4 (PSI-4) créé par Abidin (1983) et traduit en français au Québec en l'Indice de mesure du stress parental (ISP-4) par Bigras et LaFrenière (1996) permet, selon la perception du parent, de mesurer le stress parental quant : a) aux caractéristiques de son enfant, b) aux caractéristiques du parent et c) aux interactions entre le parent et son enfant. L'ISP-4 est utilisé auprès des parents d'enfant

âgé entre 1 mois et 12 ans. L'ISP-4 possède une bonne cohérence interne avec des coefficients alpha de Cronbach de 0,78 à 0,88 pour les sous-échelles du domaine de l'enfant et de 0,75 à 0,87 pour les sous-échelles du domaine du parent. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,96 en ce qui concerne le score de stress total (Abidin, 1983). L'outil possède également une excellente fidélité test-retest avec un coefficient de corrélation de 0,96 quant au score de stress total (Abidin, 1983).

3.6 Résultats

3.6.1 Description des comportements d'attachement des enfants présentant un TSA

Une analyse de fréquences à partir des réponses obtenues avec le SBSHO a permis de dresser le portrait des difficultés relationnelles présentes chez les répondants en lien avec les comportements d'attachement de leur enfant. Ainsi, parmi les 39 parents d'enfant présentant un TSA, 18% d'entre eux mentionnent que le contact physique avec leur enfant n'est pas ou peu réconfortant pour ce dernier. De plus, 26% des parents indiquent que leur enfant ne les regarde pas lors d'un moment excitant ou dangereux et que leur enfant ne recherche pas leur contact ou leur approbation visuels avant d'explorer ou d'expérimenter une nouvelle situation. Dans une plus grande proportion, 51% des parents nomment que leur enfant n'aime pas être imité par leur parent ou imiter celui-ci. Par ailleurs, 33% des parents indiquent que leur enfant refuse d'entrer en contact avec de nouvelles personnes ou de simplement leur montrer des objets. Les réponses aux questionnaires indiquent que pour 21% des répondants, lorsque leur enfant a peur ou est triste, celui-ci ne semble pas rassuré par le contact de son parent. D'autre part, 23% des parents révèlent que leur enfant ne se réfère pas à eux pour explorer leur environnement. Enfin, 10% des parents mentionnent que leur enfant ne se rapproche pas d'eux lorsqu'il a peur ou qu'il est surpris et le même pourcentage des parents précisent qu'ils ont du mal à réconforter leur enfant en lui fournissant de l'attention ou en lui parlant.

3.6.2 Établissement des liens entre le degré de sécurité d'attachement et certains comportements problématiques

Afin d'établir des liens entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de comportements problématiques des enfants (hyperactivité, agressivité, anxiété, dépression, somatisation, inattention, anomalie et retrait), des corrélations de Pearson ont été établies à l'aide de la version 25 du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) produite par la compagnie International Business Machines Corporation (IBM). Le tableau 2 rapporte les corrélations entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements problématiques de l'enfant. Ainsi, une corrélation négative et significative de taille moyenne est établie entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de comportements de retrait social chez l'enfant ($r(39)=-0,33; p=0,037$). Ces résultats indiquent que plus le degré de sécurité d'attachement de l'enfant envers son parent est élevé, moins celui-ci risque de présenter des comportements de retrait social. De plus, les résultats témoignent d'une corrélation positive et significative de taille moyenne à grande entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements d'anxiété chez les enfants ($r(39)=0,38; p=0,017$). Ainsi, cette corrélation positive indique que plus l'enfant démontre un degré d'attachement élevé à son parent, plus celui-ci présente des comportements en lien avec l'anxiété. Finalement, une corrélation négative de taille moyenne est établie entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de symptômes liés à un trouble d'attention chez l'enfant tel que défini par le BASC-3. Cependant, cette corrélation n'est pas statistiquement significative ($r(39)=-0,28; p=0,082$) en lien possiblement à la petite taille d'échantillon. Les résultats indiquent donc que plus le degré d'attachement

des enfants est élevé, moins les comportements liés au trouble d'attention sont présents chez ces derniers.

Tableau 2- Corrélations entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements problématiques des enfants présentant un TSA

	BASC-Hyperactivité	BASC-Agressivité	BASC-Anxiété	BASC-Dépression	BASC-Somatisation	BASC-Inattention	BASC-Anomalie	BASC-Retrait
SBSHO-Attachement	0,048	0,164	0,380*	-0,134	0,006	-0,282	0,060	-0,336*

*La corrélation est significative au niveau $p=0,05$ (bilatéral)

3.6.2.1 Établissement des liens entre le degré de sécurité d'attachement, le niveau de stress parental, le niveau de sévérité de l'autisme et les comportements problématiques.

Les auteurs mentionnent, entres autres, que le stress parental et la sévérité des symptômes du TSA influencent de façon importante les liens qui existent entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de comportements problématiques. Ainsi, des analyses de modérations de l'indice de stress parental et du niveau de sévérité de l'autisme sur le lien entre le degré de sécurité de l'attachement et chacun des comportements problématiques seront, en premier lieu, effectuées. Par la suite, une régression linéaire et hiérarchique permettra ensuite d'utiliser l'indice de stress parental, le niveau de sévérité de l'autisme ainsi que le degré de sécurité d'attachement afin d'expliquer ou de prédire l'apparition des comportements problématiques. Ainsi, il sera possible d'établir quelle composante (stress, niveau de sévérité ou attachement) explique le mieux l'apparition des différents comportements problématiques.

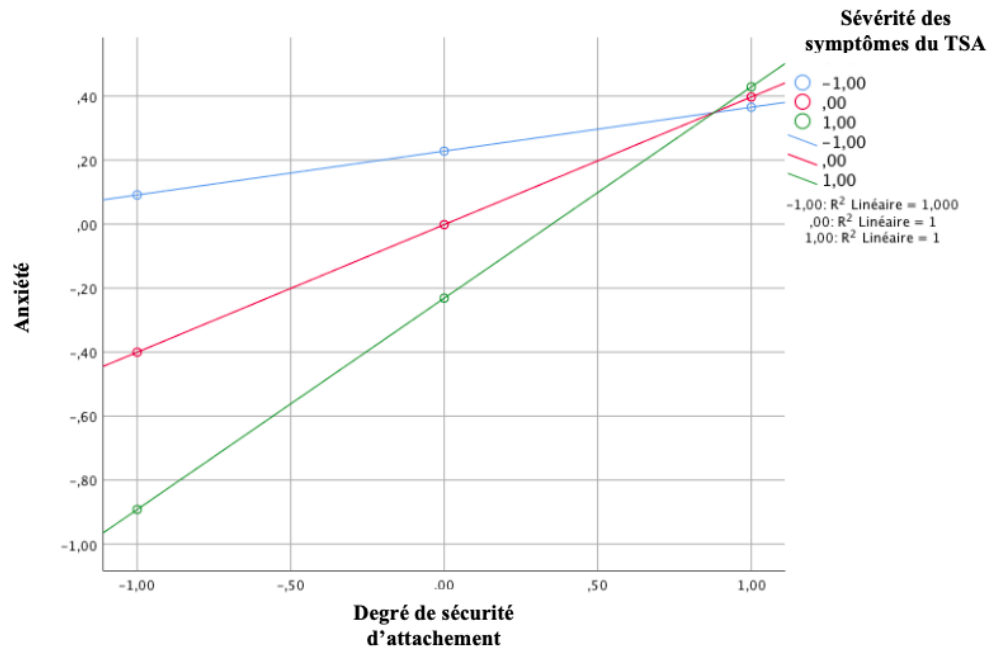
3.6.2.2 Effets modérateurs du niveau de stress parental et du niveau de sévérité de l'autisme

Dans un premier temps, pour répondre au troisième objectif, des analyses de modérations ont été produites afin de vérifier si le stress parental ainsi que le niveau de sévérité de l'autisme ont une influence sur les corrélations précédentes. Tout d'abord,

un effet modérateur de taille moyenne de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre l'attachement et l'anxiété est soulevé (voir graphique 1). En effet, le graphique 1 illustre que lorsque la sévérité des symptômes du TSA est grande ou moyenne, plus le degré de sécurité d'attachement et l'anxiété chez l'enfant sont positivement corrélés. En d'autres mots, l'augmentation du degré de sécurité d'attachement est liée à une augmentation de l'anxiété seulement lorsque la sévérité des symptômes du TSA est grande ou moyenne. De plus, un effet modérateur de taille moyenne de la sévérité des symptômes du TSA est établi sur le lien entre l'attachement et la somatisation. Ainsi, le graphique 2 illustre que l'augmentation du degré de sécurité d'attachement est liée à une diminution des comportements de somatisation seulement lorsque le niveau de sévérité de l'autisme est bas. Au contraire, lorsque le niveau de sévérité de l'autisme est élevé, l'augmentation du degré de sécurité d'attachement est liée à l'augmentation des comportements de somatisation. Enfin, un effet modérateur de taille moyenne du stress parental sur la relation entre l'attachement et l'agressivité est noté (voir graphique 3). Le graphique 3 illustre donc que plus l'indice de stress parental est élevé, moins l'association entre l'attachement et l'agressivité est significative. Ainsi, lorsque l'indice de stress parental du parent est élevé plus l'augmentation du degré de sécurité d'attachement est liée à une diminution des comportements d'agressivité chez l'enfant.

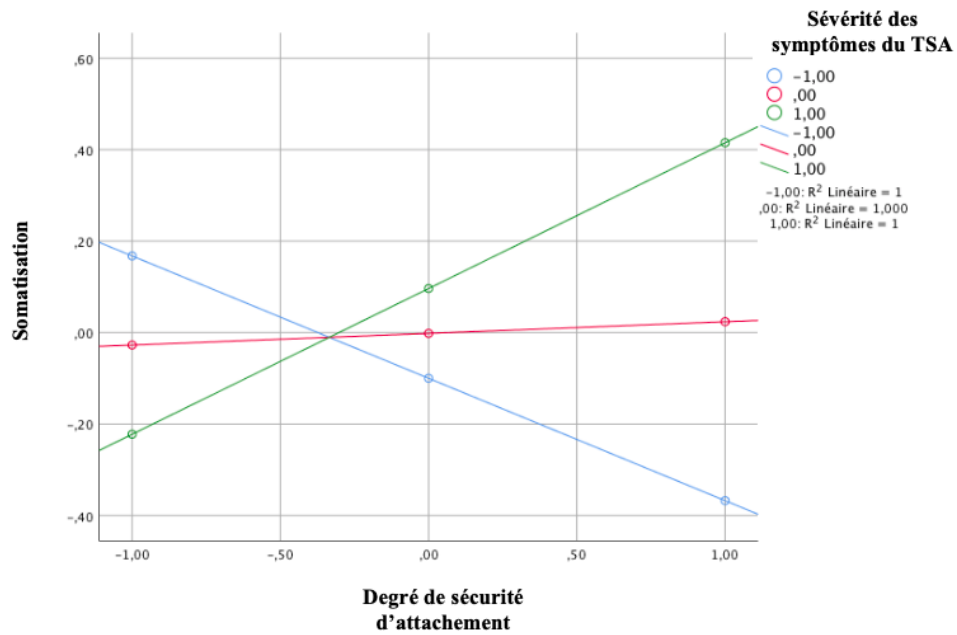
Graphique 1

L'effet modérateur de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre l'attachement et l'anxiété



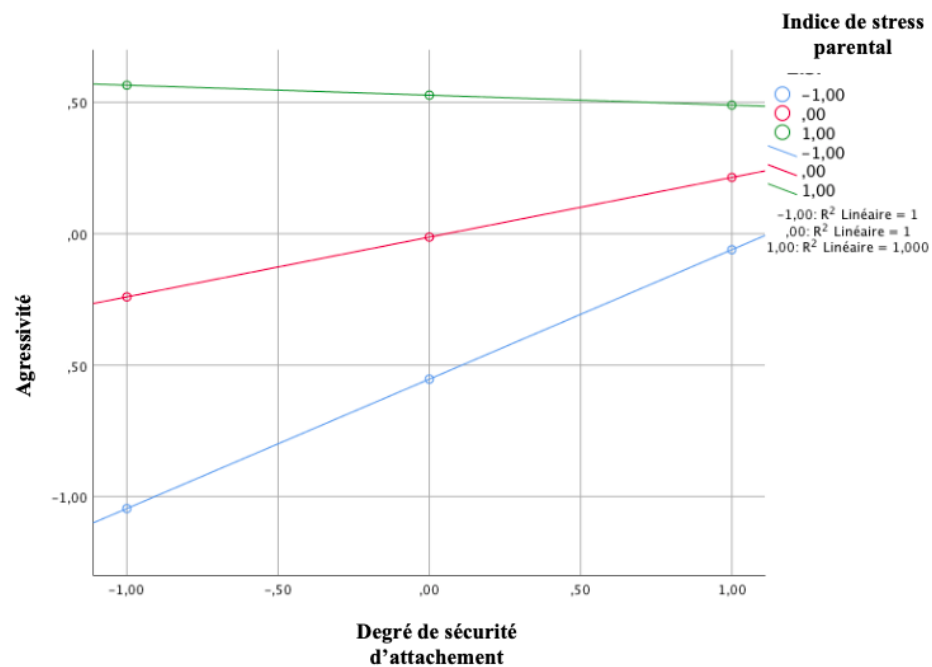
Graphique 2

L'effet modérateur de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre l'attachement et la somatisation



Graphique 3

L'effet modérateur du stress parental sur la relation entre l'attachement et l'agressivité



3.6.3 Les comportements problématiques expliqués par le niveau de stress parental, le niveau de sévérité de l'autisme ou le degré de sécurité d'attachement (analyse par régression multiple)

Dans un deuxième temps, une analyse par régressions multiples a permis d'établir le pourcentage de variance des huit comportements problématiques expliqués par l'un des trois facteurs; soit 1) l'indice de stress parental, 2) le niveau de sévérité de l'autisme ou 3) le degré de sécurité d'attachement. De ce fait, cette dernière étape d'analyse permet de cerner la véritable influence du degré de sécurité d'attachement sur chaque comportement problématique tout en contrôlant les effets de l'indice de stress parental et de la sévérité de l'autisme. En d'autres mots, les régressions multiples ont permis de connaître s'il s'agit de l'indice de stress parental, du niveau de sévérité de l'autisme ou du degré de sécurité d'attachement qui a une plus grande influence sur chacun des comportements problématiques.

Tout d'abord, en ce qui a trait aux comportements liés à 1) l'hyperactivité, les trois facteurs mentionnés ci-haut expliquent 30% de leur variance. Cependant, pour un même niveau de sévérité de l'autisme et un même niveau de degré de sécurité d'attachement, c'est seulement l'augmentation du stress parental qui est significativement associée à l'augmentation des comportements d'hyperactivité ($\beta=0,446$; $p=0,005$). Par ailleurs, en ce qui a trait aux comportements liés à 2) l'agressivité, les trois facteurs expliquent 29% de leur variance. Toutefois, seulement l'augmentation du stress parental est significativement liée à l'augmentation de l'agressivité ($\beta=0,537$; $p=0,001$). En ce qui a trait aux comportements en lien avec 3) l'anxiété, les trois facteurs expliquent 18% de la variance de ceux-ci. Néanmoins, seule l'augmentation du degré de sécurité d'attachement est associée à l'augmentation des comportements d'anxiété chez l'enfant présentant un TSA ($\beta=0,385$; $p=0,016$). Les trois facteurs expliquent également 32% de la variance des comportements liés à 4) la dépression. Cependant, seule l'augmentation du stress parental est significativement liée à l'augmentation de celle-ci ($\beta=0,573$; $p=0,000$). De plus, les trois facteurs

expliquent seulement 3,5% de la variance des comportements en lien avec 5) la somatisation chez les enfants ayant un TSA et aucune de celles-ci y est significativement associée. Les trois facteurs sont responsables de 35% de la variance de la présence de comportements liés à 6) l'inattention chez les enfants ayant un TSA, mais seules l'augmentation du stress parental ($\beta=0,428;p=0,005$) et la diminution du degré de sécurité d'attachement sont significativement associées à l'augmentation de ces comportements ($\beta=-0,268;p=0,062$). Les trois mêmes facteurs expliquent 19% de la variance des comportements liés à 7) l'anomalie chez les enfants ayant un TSA. Toutefois, c'est seulement l'augmentation du niveau de sévérité de l'autisme qui est significativement associée à l'augmentation de ces comportements chez l'enfant ($\beta=0,411;p=0,014$). Enfin, en ce qui a trait aux comportements liés au 8) retrait social chez les enfants présentant un TSA, les trois facteurs expliquent 19% de la variance de ceux-ci. Néanmoins, seule la diminution du degré de sécurité d'attachement est associée à l'augmentation de ces comportements ($\beta=-0,330;p=0,037$).

3.7 Résumé des résultats

Cette étude avait comme principal objectif d'évaluer les liens qui existent entre le degré de sécurité d'attachement des enfants ayant un TSA et la présence de certains comportements problématiques. L'hypothèse principale de cette étude résidait en l'établissement d'un lien entre la diminution du degré de sécurité d'attachement des enfants ayant un TSA et l'augmentation de la présence de comportements problématiques chez ces derniers.

Une première analyse par corrélation simple a permis d'établir des liens entre l'augmentation du degré de sécurité d'attachement et la diminution des comportements en lien avec le retrait et l'inattention chez les enfants présentant un TSA. Cette première analyse a également permis d'établir un lien entre l'augmentation du degré de sécurité

d'attachement et l'augmentation des comportements en lien avec l'anxiété chez ceux-ci.

Toutefois, les auteurs ayant préalablement étudié le sujet mentionnent, entres autres, que le stress parental et la sévérité des symptômes du TSA influencent de façon importante les liens qui existent entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de comportements problématiques. En effet, les résultats de cette étude démontrent la présence d'un effet modérateur de taille moyenne de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre l'attachement et l'anxiété. De plus, un effet modérateur de taille moyenne de la sévérité des symptômes du TSA est établi sur le lien entre l'attachement et la somatisation. Enfin, un effet modérateur de taille moyenne du stress parental sur la relation entre l'attachement et l'agressivité est noté.

Finalement, pour répondre à l'objectif principal de l'étude, une analyse par régression multiple a permis d'établir quel comportement problématique était réellement et seulement expliqué par le degré de sécurité d'attachement. Ainsi, seuls les comportements de retrait, d'inattention et de retrait sont expliqués par l'augmentation ou la diminution du degré de sécurité d'attachement. Le stress parental et la sévérité des symptômes du TSA n'expliquent pas la présence de ces comportements problématiques.

3.8 Discussion

Puisque les résultats obtenus soulignent la présence de liens significatifs entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de 1) comportements de retrait, de 2) comportements liés à l'inattention ainsi que de 3) comportements liés à l'anxiété chez les enfants présentant un TSA, cette discussion portera sur certaines hypothèses pouvant expliquer ces liens.

3.8.1 Comportements de retrait

Le déficit à développer, maintenir et comprendre les relations sociales et l'absence d'intérêt pour les relations sociales font partie des caractéristiques diagnostiques du TSA (APA, 2015). Cependant, dans cette étude, seule la diminution du degré de sécurité d'attachement est significativement associée à l'augmentation des comportements de retrait social. Comme il a été mentionné dans le contexte théorique, certains enfants qui présentent un attachement insécurisant peuvent minimiser la proximité et adopter des échanges sociaux d'allure instrumentale, s'isoler et prioriser les comportements d'exploration de l'environnement. À titre d'exemple, l'analyse de fréquences des réponses du questionnaire SBSHO a mis en évidence que 51% des parents nomment que leur enfant n'aime pas être imité par leur parent ou imiter celui-ci. À cet égard, dans le cadre des interactions sociales, plusieurs auteurs considèrent que les problèmes d'imitation chez les enfants pourraient jouer un rôle essentiel dans le développement des anomalies sociales et des difficultés de communication (De Martino, et al., 2008). Par ailleurs, selon Cyr et ses collaborateurs (2014), le modèle d'attachement insécurisant de type évitant (voir tableau 1, chapitre III) est le résultat d'une situation dans laquelle l'enfant a été appelé à gérer ses émotions et sa détresse de façon indépendante sans le réconfort du parent. Il est également courant que le parent accepte d'être rejeté par l'enfant qu'il considère comme étant autonome et en retrait dans ses jeux. (Cyr, et al., 2014). À l'âge préscolaire et scolaire, les enfants qui adoptent un modèle d'attachement insécurisant de type évitant sont des enfants qui préfèrent être seuls et qui ont du mal à créer des relations de confiance avec les autres (Moss et Saint-Laurent, 2001). Enfin, dans cette étude, que ce soit les symptômes inhérents au TSA ainsi que ses troubles associés qui aient pu compromettre la sensibilité de la réponse parentale ou encore renforcer des comportements d'insensibilité déjà présents chez le parent, il s'agit bel et bien seulement de la diminution du degré de sécurité d'attachement qui est significativement associée à

l'augmentation des comportements de retrait chez les enfants ayant un TSA. Ces résultats supportent donc l'hypothèse de la recherche.

3.8.2 Comportements d'inattention

Les résultats de cette étude démontrent également que la diminution du degré de sécurité d'attachement est significativement associée à l'augmentation des comportements d'inattention. Le trouble d'attention constitue le deuxième trouble le plus fréquemment associé au TSA (Simonoff et al., 2008). Par ailleurs, certaines études démontrent aussi que les enfants qui ont un attachement insécurisant présentent plusieurs comportements d'inattention (Moss et Saint-Laurent, 2001). À titre d'exemple, un enfant dont l'attachement dont le modèle d'attachement insécurisant est de type ambivalent (voir tableau 1, chapitre III), maximise la recherche de proximité au détriment de l'exploration afin de s'assurer du réconfort de son parent, lequel répond aux besoins de l'enfant de façon inconstante (parfois insensible, parfois rejetant et parfois intrusif) (Moss et Saint-Laurent, 2001). Ces enfants ont peur de s'éloigner de leur parent, ils présentent des comportements d'exploration inhibés et un jeu peu structuré et peu organisé. Ce sont également des enfants qui tentent d'obtenir l'attention de leur figure d'attachement par plusieurs moyens hyperactifs (cris, sauts, grimper sur leur parent, etc.) Ainsi, toujours selon Moss et Saint-Laurent (2001), à l'âge scolaire et préscolaire, ces enfants ont beaucoup plus de difficultés à se concentrer en classe due à une préoccupation constante et à la recherche continuelle de proximité avec la figure d'attachement réelle ou substitut (enseignante). Par ailleurs, les enfants qui présentent un modèle d'attachement insécurisant de type désorganisé (voir tableau 1, chapitre III), quant à eux, présentent des déficits métacognitifs et parfois une dissociation cognitive provoquée par l'absence ou la négligence du parent. Ces déficits et dissociations peuvent provoquer des difficultés d'attention importante (Cyr et al., 2014). Enfin, dans cette étude, que ce soit, encore une fois, les symptômes inhérents au TSA ainsi que ses troubles associés qui aient pu compromettre la sensibilité de la réponse parentale ou

encore renforcer des comportements d'insensibilité déjà présents chez le parent, il s'agit bel et bien seulement de la diminution du degré de sécurité d'attachement qui est significativement associée à l'augmentation des comportements d'inattention chez les enfants de cette étude. Ces résultats supportent donc l'hypothèse de la recherche.

3.8.3 Comportements d'anxiété

Enfin, suite aux analyses par régressions multiples, un résultat ne supporte par l'hypothèse de recherche. En effet, la présente étude démontre un lien positif entre le degré de sécurité d'attachement et la présence d'anxiété chez les enfants présentant un TSA, et ce, en contrôlant l'effet du stress parental et du niveau de sévérité de l'autisme. En d'autres mots, plus le degré de sécurité d'attachement de l'enfant est élevé, plus celui-ci démontre des comportements d'anxiété. Afin d'expliquer ce résultat, une hypothèse est retenue. Tout d'abord, l'anxiété présente chez les enfants de cette étude est mesurée à l'aide d'un questionnaire mesurant la perception du parent de l'enfant quant au comportement de l'enfant. Ainsi, il se peut que le parent étant plus sensible aux besoins de son enfant (démontrant un plus grand degré de sécurité d'attachement avec son enfant) soit également plus sensible à détecter les comportements d'anxiété de celui-ci. En effet, les parents ayant obtenu des résultats élevés quant à leur degré de sécurité d'attachement avec leur enfant, ont également répondu à la positive à des affirmations telles que : votre enfant s'inquiète, est craintif et peureux, s'inquiète de faire des erreurs, s'inquiète de choses qui ne peuvent être changées ou encore est souvent stressé. Enfin, il serait pertinent dans de futures recherches de vérifier si l'hypothèse retenue dans cet article est fondée.

3.9 Conclusion

À la lumière des résultats obtenus, il apparaît important d'accorder une plus grande importance au développement des interventions basées sur la diminution des

comportements problématiques de retrait et d'inattention chez les enfants présentant un TSA. Plusieurs interventions visant à réduire la présence de l'ensemble de ces comportements existent. Cependant, considérant les résultats de la présente étude, il s'avèrerait pertinent de proposer une Intervention Relationnelle© en complémentarité aux autres interventions déjà mises en place. Il s'avère également important de rappeler que les symptômes inhérents au TSA, tels que les troubles de la communication ainsi que les troubles associés peuvent compromettre la sensibilité de la réponse parentale. Toutefois, l'insécurité ou la sécurité d'attachement n'étant pas une caractéristique permanente, il existe plusieurs programmes qui visent à augmenter le degré de sécurité d'attachement chez une variété de clientèle. Notamment, au Québec, depuis 2011, le programme Intervention Relationnelle© par Tarabulsy et ses collaborateurs (2008) a démontré beaucoup de succès quant à l'amélioration des comportements parentaux en contexte d'évaluation des capacités parentales (Cyr, et al., 2012). L'intervention se réalise à l'aide d'une technique de rétroaction vidéo. Le recours à cette technique, qui met en scène une situation réelle d'interaction parent-enfant, aide l'intervenant à favoriser, chez le parent, une prise de conscience de l'effet de ses comportements et de son attitude sur les états émotionnels et le développement de son enfant. Le but étant de modifier le mode relationnel entre le parent et son enfant en développant la sensibilité parentale par différentes activités de jeux. L'intervention vise à maximiser, chez le donneur de soins, l'adoption de comportements sensibles favorables à l'instauration d'un sentiment de sécurité chez l'enfant afin de le rendre plus disponible à l'exploration; celle-ci étant une condition fondamentale au développement optimal de l'être humain (Cyr et al., 2014). En terminant, il serait pertinent, dans de futures recherches d'évaluer l'effet d'une telle intervention auprès d'enfants présentant un TSA et certains comportements problématiques associés.

Références

- Abidin, R. R. (1996). Parenting Stress Index (PSI-4). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abouzeid, N., Rivard, M., Mello, C., Mestari, Z., Boulé, M., & Guay, C. (2020). Parent coaching intervention program based on the Early Start Denver Model for children with autism spectrum disorder: Feasibility and acceptability study. *Developmental Disabilities, 105* (103747). DOI:10.1016/j.ridd.2020.103747
- Adam, E. K., Gunnar, M. R., & Tanaka, A. (2004). Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: Mediator and moderator models. *Child development, 75*(1), 110-122.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., & Waters, E. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Akdemir, D., Pehlivanurk, B., Unal, F., & Ozusta, S. (2009). Comparison of attachment-related social behaviors in autistic disorder and developmental disability. *Turk Psikiyatri Dergisi, 20*(2), 1-13.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). Mentalizing in clinical practice. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5th éd., M.-A. Crocq et J. D. Guelfi, trad.). Paris, France: Elsevier Masson. (Original work published 2013).
- Bacro, F. & Florin, A. (2008). Spécificité des Modèles internes opérants: les représentations d'attachement au père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans. *Enfance, 60*(2), 108-119. DOI : 10.3917/enf.602.0108
- Barbey-Mintz, A-S. (2015). L'attachement à l'école primaire. *Enfances & Psy, 66*(2), 33-43. DOI : 10.3917/ep.066.0033
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition, 21*, 37-46. DOI: 10.1016/0010-0277(85)90022-8
- Baxter, C., Cummins, R. A., & Yiolitis, L. (2000). Parental stress attributed to family members with and without disability: A longitudinal study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 25*(2), 105-118. DOI: 10.1080/13269780050033526

- Béliveau, M. J & Moss, E. (2009). Le rôle joué par les événements stressants sur la transmission intergénérationnelle de l'attachement. *Revue Européenne d Psychologie Appliquée*, 59(1), 47-58. DOI :10.1016/j.erap.2008.08.002
- Belsky, J., & Fearon, R. P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & human development*, 4(3). DOI: 10.1080/14616730210167267
- Beurkens, N. M., Hobson, J. A. & Hobson, R. P. (2013). Autism Severity and Qualities of Parent- Child Relations. *Journal of Autism and Development Disorders* 43, 168-178. DOI: 10.1007/s10803-012-1562-4
- Bisaillon, C. & Breton, D. (2011). Pour une intervention centrée sur la théorie de l'attachement. Dans D. C.-M. Lafortune, *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté* (pp. 83-104). Montréal: Presse de l'Université de Montréal.
- Bigras, M. & Lafrenière, P. J. (1994). L'influence du risque psychosocial, des conflits conjugaux et du stress parental sur la qualité de l'interaction mère-garçon et mère-fille. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 280. DOI :10.1037/0008-400X.26.2.280
- Bigras, M., LaFreniere, P. J., & Abidin, R. R. (1996). Indice de stress parental: manuel francophone en complément à l'édition américaine. *Multi-Health System*: Toronto
- Blank, H. R. (1975). Reflection on the special senses in relation to the development of affect with special emphasis on blindness. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 32-50. DOI: 10.1177/000306517502300102
- Bondy, A. S., & Frost, L. A. (1994). The picture exchange communication system. *Focus on autistic behavior*, 9(3), 1-19. DOI:10.1177/108835769400900301
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. Basic Books: New York.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. The Hogarth press and the institute of psycho-analysis: London.
- Bureau, J. F., Ann Easlerbrooks, M., & Lyons-Ruth, K. (2009). Attachment disorganization and controlling behavior in middle childhood: Maternal and

- child precursors and correlates. *Attachment & Human Development*, 11(3), 265-284. DOI: 10.1080/14616730902814788
- Capps, L., Sigman, M. & Mundy, P. (1994). Attachment security in children with autism. *Development and psychopathology*, 6(2), 249-261. DOI:10.1017/S0954579400004569
- Chandler, F. & Dissanayake, C. (2014). An investigation of the security of caregiver attachment during middle childhood in children with high-functioning autistic disorder. *Autism*, 18(5), 485-492. DOI :10.1177/1362361313486205
- Charfi, N., Halayem, S., Touati, M., Mrabet, A., & Bouden, A. (2016). Étude des facteurs de risque des comportements agressifs dans les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(3), 147-154. DOI :10.1016.2016.02.004
- Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec (2012). Les troubles du spectre de l'autisme. L'évaluation clinique : Lignes directrices. Consulté le 18 avril 2015, <<https://www.ordrepsey.qc.ca/documents/26707/63191/spectre-de-lautisme>>.
- Colonna, A. B. & Nagera, H. (1965). Aspects of the contribution of sight to ego and drive development: A comparison of the development of some blind and sighted children. *The psychoanalytic study of the child*, 20(1), 267-287. DOI:10.1080/00797308.1965.11823235
- Cotton, S. & Richdale, A. (2006). Brief report: parental descriptions of sleep problems in children with autism, Down syndrome, and Prader-Willi syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 27(2), 151-161. DOI: 10.1016.2004.12.003
- Davidson, C., O'Hare, A., Mactaggart, F., Green, J., Young, D., Gillberg, C. & Minnis, H. (2015). Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: improving diagnostic validity through structured assessment. *Research in developmental disabilities*, 40, 63-72. DOI :10.1016/j.ridd.2015.01.007
- Dawson, G. & Rogers, S. J. (2016). *L'intervention précoce en autisme: le modèle de Denver pour jeunes enfants: promouvoir le langage, l'apprentissage et l'engagement social*. Dunod : France
- De Martino, S., Girardot, A., De Martino, Poinso, F., & Rey, V. (2009). Étude des relations entre l'imitation, l'interaction sociale et l'attention conjointe chez les

- enfants autistes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(4), DOI :10.1016/j.neurenf.2008.09.009
- Debbané, M. (2016). *Mentaliser: de la théorie à la pratique clinique*. De Boeck Supérieur : France
- De Schipper, J. C., & Schuengel, C. (2010). Attachment behaviour towards support staff in young people with intellectual disabilities: associations with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(7), 584-596. DOI : 10.1111/j.1365-2788.2010.01288.x
- De Schipper, J. C., & Schuengel, C. (2006). *Secure Base Safe Haven Observation list for child attachment behaviour*. University Amsterdam: Amsterdam, The Netherlands.
- des Rivières-Pigeon, C., & Courcy, I. (2014). *Autisme et TSA: quelles réalités pour les parents au Québec? : Santé et bien-être des parents d'enfant ayant un trouble dans le spectre de l'autisme au Québec*. Presses de l'université du Québec : Québec
- Dupont, J. & Mahler, M. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-héron*, (2), 59-73. DOI : 10.3917/cohe.213.0059
- Egeland, B., Kalkoske, M., Susman-Stillman, A., & Waldman, I. (1996). Infant temperament and maternal sensitivity as predictors of attachment security. *Infant Behavior and Development*, 19(1), 33-47. DOI : 10.1016/S0163-6383(96)90042-9
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 657-671. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00699.x
- Fombonne, E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (3). DOI: 10.1203/PDR.0b013e31819e7203
- Fraidberg, S. & Freedman, D.A. (1964). Studies in the ego development of congenitally blind. *Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 113-169. DOI :10.1080/00797308.1964.11822863
- Gagnon, A. (2006). *Les styles d'attachement, le contexte familial et les troubles de comportements [sic] sérieux chez les adolescents et adolescentes pris en*

charge par le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Université du Québec à Chicoutimi : Chicoutimi, Saguenay.

- Garcin, N., Leclair, L., Sabourin, G., & Tassé, M. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 42, 62-69. DOI : 10.1037/a0016249
- Genet, C., & Wallon, E. (2019). *Psychothérapie de l'attachement*. Dunod: France.
- Goldstein, S. & Naglieri, J. A. (2014). *Autism Spectrum Rating Scale (ASRS). DSM-5 Update*. Multi-Health Systems Inc: Toronto, Canada.
- Gomez, J. A., Carter, A. S., Forbes, D., & Gray, S. A. (2018). Parental insightfulness and parenting behavior: a two-dimensional analysis of parent contributions to child cognitive outcomes. *Attachment & human development*, 20(3), 255-271. DOI: 10.1080/14616734.2018.1446734
- Grzadzinski, R. L., Lord, C., Luyster, R. & Spencer, A. G. (2014). Attachment in Young Children With Autism Spectrum Disorders: An Examination of Separation and Reunion Behaviors With Both Mothers and Fathers. *Autism*, 18(2), 85-96. DOI: 10.1177/1362361312467235
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2009). *L'attachement: approche théorique*. Elsevier Masson.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist*, 13(12), 673. DOI : 10.1037/h0047884
- Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G. & Bolt, D. (2010). The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 449. DOI : 10.1037/a0019847
- Hartley, S. L., & Schultz, H. M. (2015). Support needs of fathers and mothers of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(6), 1636-1648. DOI: 10.1007/s10803-014-2318-0
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127.

- Hobson, R. P. (1993). *Through feeling and site through self and symbol. The perceived self : Ecological and interpersonal sources of self-knowledge*. Cambridge University Press: New-York.
- Horowitz, A. (2004). *The mediating effects of perceptions and coping strategies between personal resources and emotional well-being: A study of mothers of children with autism*. [Doctoral dissertation]. University of New Jersey-New Brunswick.
- Humber, N. & Moss, E. (2005). The relationship of preschool and early school age attachment to mother-child interaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 128. DOI: 10.1037/0002-9432.75.1.128
- Jarvis, P. A. & Creasey, G. L. (1991). Parental stress, coping, and attachment in families with an 18-month-old infant. *Infant behavior and development*, 14(4), 383-395. DOI: 10.1016/0163-6383(91)90029-R
- Kamphaus, R. W. & Reynolds, C. R. (2015). *BASC-3: Behavior Assessment System for Children, Second Edition*. Minnesota: AGS Publishing.
- Kennett, J. (2002). Autism, empathy and moral agency. *The Philosophical Quarterly*, 52(208), 340-357. University of St Andrews: Scotland. DOI: 10.1111/1467-9213.00272
- Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L. & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, 4(2), 117-132. DOI: 10.1177/1362361300004002002
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S. & Yirmiya, N. (2009). Mothers of securely attached children with autism spectrum disorder are more sensitive than mothers of insecurely attached children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 643-650. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.02043.x.
- Koren-Karie, N., & Oppenheim, D. (2018). Parental insightfulness: Retrospect and prospect. *Attachment & Human Development*, 20(3), 223-236. DOI: 10.1080/14616734.2018.1446741
- Kraemer, G. W. (1992). A psychobiological theory of attachment. *Behavioral and Brain Sciences*, 15(03), 493-511. DOI: 10.1017/S0140525X00069752
- Lecavalier, L., Snow, A. V. & Norris, M. (2011). Autism spectrum disorders and intellectual disability. In *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp.37-51). Springer Link: United Kingdom.

- Leclerc, M. & Rivard, D. (2014). *Le programme en Intervention Relationnelle© au Centre jeunesse de Montréal*. Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire : Montréal.
- Levy, S. E., Giarelli, E., Lee, L. C., Schieve, L. A., Kirby, R. S., Cunniff, C. & Rice, C. E. (2010). Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(4), 267-275. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3181d5d03b.
- LimeSurvey Project Team. (2015). *LimeSurvey*. Service de sondages et conseil : Hambourg/Allemagne. <https://www.limesurvey.org/fr/>
- Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P. C., Risi, S., Rogé, B., Fombonne, E. & Arti, E. (2008). *ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule*: Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. In *Attachment across the life cycle* (pp.127-159). Routledge: London.
- Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. In *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 31–68). The Guilford Press: New-York.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 50 (1), 66-104. DOI: 10.2307/3333827
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp.121-160). The University Of Chicago Press: Chicago and London.
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in developmental disabilities*, 28(4), 341-352. DOI: 10.1016/j.ridd.2005.12.004
- Miodovnik, A., Harstad, E., Sideridis, G., Huntington, N. (2015). Timing of the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 136(4). Doi: 10.1542/peds.2015-1502

- Morris, N. (2015). *The Relationship of Digital Communication Methods and Parent Satisfaction with Parent-Child Relationship* [Doctoral Dissertation] Texas Tech University: Texas. <http://hdl.handle.net/2346/66141>
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and psychopathology*, 23(1), 195-210. DOI: 10.1017/S0954579410000738.
- Moss, E. & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37(6), 863. DOI: 10.1037/0012-1649.37.6.863
- Moss, E., Tarabulsy, G. M., St-Georges, R., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Bernier, A. & Lecompte, V. (2014). Video-feedback intervention with maltreating parents and their children: Program implementation and case study. *Attachment & human development*, 16(4), 329-342. DOI: 10.1080/14616734.2014.91248
- Naber, F. B., Swinkels, S. H., Buitelaar, J. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Dietz, C. & Engeland, H. (2007). Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(6), 1123-1138. DOI: 10.1007/s10803-006-0255-2
- Nachshen, J., Garcin, N., Moxness, K., Tremblay, Y., Hutchinson, P., Lachance, A., & Caron, C. (2008). *Guide des pratiques exemplaires canadiennes en matière de dépistage, d'évaluation et de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge*. Fondation Myriam : Montréal, Québec.
- Noh, S., Dumas, J. E., Wolf, L. C. & Fisman, S. N. (1989). Delineating sources of stress in parents of exceptional children. *Family Relations*, 38(4), 456-461. DOI : 10.2307/585753
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., Dolev, S. & Yirmiya, N. (2012). Maternal sensitivity mediates the link between maternal insightfulness/resolution and child-mother attachment: The case of children with Autism Spectrum Disorder. *Attachment & human development*, 14(6), 567-584. DOI : 10.1080/14616734.2012.727256
- Paquette, D., Bigras, M., & Parent, S. (2001). La validation du QSA et la prévalence des styles d'attachement adulte dans un échantillon francophone de Montréal. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 33(2), 88-96. DOI : 10.1037/h0087131

- Persini, C., Viellard, M., Chatel, C., Borwell, B. & Poinso, F. (2013). Troubles autistiques et troubles de l'attachement: quels liens?. *Devenir*, 25(3), 145-158. DOI : 10.3917/dev.133.0145
- Pierrehumbert, B., Muhlemann, I., Antonietti, J. P., Sieye, A. & Halfon, O. (1995). Étude de validation d'une version francophone du Q-Sort d'attachement de Waters et Deane. *Enfance*, 3(1), 293-315. DOI: 10.3406/enfan.1995.2138
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335. DOI : 10.1037/0003-066X.44.2.329
- Poulin, M. H., Rousseau, M., & Bourassa, J. (2020). *L'autisme: comprendre et agir dans une perspective psychoéducative: Connaissances et pratiques psychoéducatives*. Presse des universités du Québec.
- Preisler, G. M. (1995). The development of communication in blind and in deaf infants similarities and differences. *Child: care, health and development*, 21(2), 79-110. DOI: 10.1111/j.1365-2214.1995.tb00412.x
- Pruett Jr, J. R., Kandala, S., Petersen, S. E. & Povinelli, D. J. (2015). Brief Report: Theory of Mind, Relational Reasoning, and Social Responsiveness in Children With and Without Autism: Demonstration of Feasibility for a Larger-Scale Study. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(7), 2243-2251. DOI: 10.1007/s10803-015-2357-1
- Rogers, S. J., Ozonoff, S., & Maslin-Cole, C. (1991). A comparative study of attachment behavior in young children with autism or other psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(3), 483-488. DOI: 10.1097/00004583-199105000-00021
- Rogers, S. J., Ozonoff, S. & Maslin-Cole, C. (1993). Developmental aspects of attachment behavior in young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1274-1282. DOI: 10.1097/00004583-199311000-00023
- Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Ijzendoorn, M. H. & Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 45(6), 1123-1134. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00305.x
- Rutgers, A. H., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Swinkels, S. H. (2007). Autism and attachment The Attachment Q-Sort. *Autism*, 11(2), 187-200. DOI: 10.1177/1362361307075713

- Rutgers, A. H., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., Van Daalen, E., Dietz, C., & Van Engeland, H. (2007). Autism, attachment and parenting: A comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 859- 870. DOI: 10.1007/s10802-007-9139-y.
- Reynolds & R. W. Kamphaus, *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context (Vol. 2)*. NewYork : Guilford Press.
- Siller, M., Hutman, T., & Sigman, M. (2013). A parent-mediated intervention to increase responsive parental behaviors and child communication in children with ASD: A randomized clinical trial. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(3), 540-555. DOI: 10.1007/s10803-012-1584-y
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929. DOI: 10.1097/CHI.0b013e318179964f
- Tarabulsky, G. M., St - Laurent, D., Cyr, C., Pascuzzo, K., Moss, E., Bernier, A., & Dubois - Comtois, K. (2008). Attachment - based intervention for maltreating families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 322-332. DOI: 10.1037/a0014070
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. DOI : 10.3917/dev.072.0151
- Tarabulsky, G.M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C. (2008). Attachment-based interventions for maltrating families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 322-332. DOI: 10.1037/a0014070
- Van IJzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, 117(3), 387. DOI: doi: 10.1037/0033-2909.117.3.387.

- Van IJzendoorn, M. H., Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., Van Daalen, E., Dietz, C & Van Engeland, H. (2007). Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: Comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Development*, 78(2), 597-608. DOI : 10.1111/j.1467-8624.2007.01016.x.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(02), 225-250. DOI: 10.1017/S0954579499002035
- Vernon, M. (2010). Deaf-Blindness and Autistic Spectrum Disorder. *Journal of the American Deafness & Rehabilitation Association (JADARA)*, 44(1), 201-213.
- Wahl, E., Isnard, P. & Guedeney, A. (2011). Attachement désorganisé et sémiologie autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(3), 149-156. DOI : 10.1016/j.neurenf.2010.05.004
- Willemsen-Swinkels, S. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Buitelaar, J. K., IJzendoorn, M. H. V. & Engeland, H. V. (2000). Insecure and disorganised attachment in children with a pervasive developmental disorder: Relationship with social interaction and heart rate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 759-767. DOI: 10.1111/1469-7610.00663
- Wing, L., Gould, J. & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-5: better or worse than the DSM-IV?. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 768-773. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.11.003
- Zaghdoudi, L., El Moubarkim, A., Halayem, S., Bechir, M. B., & Labbane, R. (2009). Relation entre styles d'attachement, perception du soutien social et dépression. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167 (9), 657-661. 10.1016/j.amp.2009.03.017

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce présent chapitre reprend les principaux résultats observés selon les objectifs spécifiques de la recherche. Il propose une réflexion sur les résultats, des recommandations cliniques ainsi que des recommandations pour de futures recherches. Les apports et les limites de cet essai sont également discutés.

4.1 Résultats de la recherche

Cet essai permet d'explorer les liens qui existent entre le degré de sécurité d'attachement des enfants ayant un TSA et la présence de comportements problématiques chez ces derniers. Dans cette section, un résumé des résultats significatifs pour chacun des objectifs de la recherche est exposé.

4.1.1 Comportement d'attachement des enfants présentant un TSA

Le premier objectif spécifique de cette recherche est de décrire les comportements d'attachement des enfants présentant un TSA. Une analyse de fréquences à partir des réponses obtenues avec le SBSHO a permis de dresser le portrait de certaines difficultés relationnelles chez les répondants en lien avec la description des comportements d'attachement de leur enfant. À cet égard, dans cette étude, les plus grandes lacunes relationnelles rencontrées chez les enfants présentant un TSA découlent 1) de difficultés à trouver du réconfort auprès de leur figure d'attachement grâce au contact physique, 2) de l'absence du regard vers leur figure d'attachement lors d'un moment excitant ou dangereux, 3) d'une absence de plaisir lors de comportements d'imitation de leur figure d'attachement et 4) d'une absence de l'utilisation de la figure d'attachement comme référence pour explorer leur environnement.

4.1.2 Liens entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements problématiques

Le deuxième objectif spécifique de cette recherche est d'explorer les liens entre le degré de sécurité d'attachement et les différents comportements problématiques des enfants présentant un TSA. Une analyse par corrélation simple a permis d'établir des liens entre l'augmentation du degré de sécurité d'attachement et la diminution des comportements en lien avec 1) le retrait, tels que la timidité envers d'autres enfants ou adultes, l'évitement de situations sociales et l'isolement social ainsi que 2)

l'inattention, tels que le fait d'être facilement distrait, d'avoir de la difficulté à se concentrer sur une tâche ou de ne pas sembler être à l'écoute de l'autre. Par ailleurs, cette analyse corrélacionnelle a également permis d'établir un lien entre l'augmentation du degré de sécurité d'attachement et l'augmentation des comportements en lien avec l'anxiété, tels qu'une tendance à s'inquiéter de choses qui ne peuvent pas être changées, à être craintif ou peureux, ou à être physiquement tendu.

4.1.3 L'effet modérateur du niveau de stress parental et du niveau de sévérité du trouble du spectre de l'autisme sur le degré de sécurité d'attachement et la présence de comportements problématiques.

Selon le contexte théorique ci-haut (voir les point 1.3.3 et 1.3.4 du chapitre I), l'augmentation du stress des parents ayant un TSA et le niveau de sévérité du TSA de celui-ci sont nommés comme des variables pouvant influencer le degré de sécurité d'attachement des dyades, et la présence de comportements problématique. Ainsi, pour répondre au troisième objectif spécifique, une analyse de l'effet modérateur du niveau de sévérité de l'autisme et de l'indice de stress parental a été effectuée sur le lien entre le degré de sécurité d'attachement et les différents comportements problématiques. Les résultats de la recherche démontrent la présence d'un effet modérateur de taille moyenne ($p=0,072$) de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre le degré de sécurité de l'attachement et les comportements d'anxiété ($r=0,49$). Ainsi, lorsque la sévérité des symptômes du TSA augmente, le lien entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements anxieux tendent à augmenter également. Toutefois, il s'agit d'une taille d'effet marginalement significative. De plus, un effet modérateur de taille moyenne ($p=0,062$) de la sévérité des symptômes du TSA est établi sur le lien entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements de somatisation. Ainsi, plus le niveau de sévérité des symptômes du TSA est grand, plus la hausse du degré de sécurité d'attachement a tendance à être associée à l'augmentation des comportements de somatisation ($r=0,32$). Au contraire, moins le niveau de sévérité des symptômes du TSA est grand, plus la hausse du degré de sécurité

d'attachement a tendance à être associée à l'augmentation des comportements de somatistiton ($r=-0,27$). Enfin, un effet modérateur de taille moyenne ($p=0,03$) du stress parental est noté sur la hausse du degré de sécurité d'attachement et l'augmentation des comportements d'agressivité ($r=0,49$). En effet, plus le niveau de stress parental est faible, plus la hausse du degré de sécurité d'attachement est positivement corrélée à l'agressivité. Toutefois, il s'agit de tailles d'effets marginalement significatives. Subséquemment, ces résultats suggèrent des tendances modératrices intéressantes compromettant la validité interne des corrélations concernant les liens entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements problématiques.

4.1.3.1 Objectif principal : Évaluation du lien entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements problématique chez les enfants présentant un TS.A

Finalement, pour répondre à l'objectif principal de l'étude, une analyse par régression multiple a permis d'établir quels comportements problématiques étaient principalement expliqués par le degré de sécurité d'attachement. Ainsi, seuls les comportements de retrait, d'inattention et d'anxiété sont expliqués par l'augmentation ou la diminution du degré de sécurité d'attachement. Ainsi, il existe donc un lien entre le degré de sécurité d'attachement et certains comportements problématiques chez les enfants présentant un TSA.

4.2 Discussion des résultats obtenus

Certaines idées sont proposées dans cette section afin de proposer au lecteur une réflexion quant au rôle de l'attachement sur les différents comportements des enfants présentant un TSA. En effet, à la lumière des résultats obtenus, il existe un lien entre le degré de sécurité d'attachement des enfants présentant un TSA et la présence de certains comportements problématiques.

4.2.1 Comportements de retrait

Les difficultés à développer, à maintenir et à comprendre les relations sociales ainsi que l'absence potentielle d'intérêt pour les relations sociales font partie des caractéristiques diagnostiques du TSA (APA, 2015). Il ne serait donc pas anormal de croire que la sévérité du TSA puisse être associée aux comportements de retrait social. Cependant, dans cette étude, seule la diminution du degré de sécurité d'attachement est significativement associée à l'augmentation des comportements de retrait social. Pour l'échantillon de cet essai, les comportements de retrait social seraient principalement liés aux caractéristiques de l'attachement qu'à celles du TSA. Comme il est mentionné dans le contexte théorique (voir le point 1.2.3 du chapitre I), certains enfants qui présentent un attachement insécurisant (de type évitant) peuvent minimiser la proximité et adopter des échanges sociaux d'allure instrumentale, s'isoler et prioriser les comportements d'exploration de l'environnement. À titre d'exemple, l'analyse de fréquences des réponses du questionnaire portant sur l'attachement (SBSHO) a mis en évidence que 51% des parents nomment que leur enfant n'aime pas être imité par leur parent ou imiter celui-ci. À cet égard, dans le cadre des interactions sociales, plusieurs auteurs considèrent que les problèmes d'imitation chez les enfants pourraient jouer un rôle essentiel dans le développement des anomalies sociales et des difficultés de communication (De Martino, et al., 2008). Par ailleurs, selon Cyr et collègues (2014), le modèle d'attachement insécurisant de type évitant est le résultat d'une situation dans laquelle l'enfant a été appelé à gérer ses émotions et sa détresse de façon indépendante sans le réconfort du parent. Il est également courant que le parent accepte d'être rejeté par l'enfant qu'il considère comme étant autonome et en retrait dans ses jeux (Cyr, et al., 2014). De plus, les enfants qui adoptent un modèle d'attachement insécurisant de type évitant sont des enfants qui préfèrent être seuls et qui ont du mal à créer des relations de confiance avec les autres (Moss et Saint-Laurent, 2001). En résumé, en plus des déficits à développer, maintenir et comprendre les relations sociales et de l'absence d'intérêt pour les relations sociales, il semble que l'insécurité d'attachement

influence, elle aussi, de façon significative l'apparition des comportements de retrait social chez la population à l'étude.

4.2.2 Comportements d'inattention

Les résultats de cette étude démontrent que seule la diminution du degré de sécurité d'attachement est significativement associée à l'augmentation des comportements d'inattention. Le TDAH constitue le deuxième trouble le plus fréquemment associé au TSA (Simonoff et al., 2008). Par ailleurs, certaines études démontrent aussi que les enfants qui ont un attachement insécurisant présentent plusieurs comportements d'inattention (Moss et Saint-Laurent, 2001). À titre d'exemple, un enfant dont le modèle d'attachement insécurisant est de type ambivalent, maximise la recherche de proximité au détriment de l'exploration afin de s'assurer du réconfort de son parent, lequel répond aux besoins de l'enfant de façon inconstante (parfois insensible, parfois rejetant et parfois intrusif) (Moss et Saint-Laurent, 2001). Ces enfants ont peur de s'éloigner de leur parent, ils présentent des comportements d'exploration inhibés et un jeu peu structuré et peu organisé. Ce sont également des enfants qui tentent d'obtenir l'attention de leur figure d'attachement par plusieurs moyens hyperactifs (cris, sauts, grimper sur leur parent, etc.). Ainsi, toujours selon Moss et Saint-Laurent (2001), dans un milieu scolaire, ces enfants ont beaucoup plus de difficultés à se concentrer en classe due à une préoccupation constante et à la recherche continuelle de proximité avec la figure d'attachement réelle ou substitut (enseignante). Enfin, dans cette étude, en contrôlant pour le stress parental et le niveau de sévérité de l'autisme, les résultats démontrent qu'il s'agit bel et bien seulement de la diminution du degré de sécurité d'attachement qui est significativement associée à l'augmentation des comportements d'inattention des enfants présentant un TSA du présent échantillon.

4.2.3 Comportements d'anxiété

Enfin, la présente recherche démontre un lien positif entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de comportements d'anxiété chez les enfants présentant un TSA, et ce, en contrôlant l'effet du stress parental et du niveau de sévérité de l'autisme. En d'autres mots, plus le degré de sécurité d'attachement de l'enfant est élevé, plus celui-ci démontre des comportements d'anxiété. Ce résultat pourrait s'expliquer, entres autres, par le fait que les comportements d'anxiété chez les enfants de cette étude sont mesurés à l'aide d'un questionnaire évaluant la perception du parent quant au comportement de l'enfant. Ainsi, en se basant sur la définition d'un parent présentant un attachement de type sécurisant (Ainsworth, 1978), le parent ayant un plus grand degré de sécurité d'attachement avec son enfant est plus sensible aux besoins de son enfant. Ainsi, ce parent serait, tout simplement, plus sensible à détecter les comportements d'anxiété de son enfant. En effet, selon les résultats de la recherche, les parents ayant obtenu des résultats élevés quant à leur degré de sécurité d'attachement avec leur enfant, ont également répondu à la positive à des affirmations telles que : votre enfant s'inquiète, est craintif et peureux, s'inquiète de faire des erreurs, s'inquiète de choses qui ne peuvent être changées ou encore est souvent stressé. Enfin, suivant cette théorie, il serait pertinent de faire des recherches futures afin de savoir s'il s'agit réellement de la perception du parent. Pour ce faire, à titre d'exemple, des mesures directes sur l'enfant pourraient être produites telles qu'une mesure du cortisol chez l'enfant ou l'observation directes des comportements d'anxiété chez celui-ci.

4.3 Réflexions sur les résultats

Cette recherche démontre l'importance du rôle et de l'implication parentale dans le développement de l'enfant. Il ne s'agit pas de remettre en doute les compétences parentales des parents d'enfants présentant un TSA, mais plutôt de reconnaître les difficultés relationnelles particulières auxquelles ces parents sont confrontés, de les

soutenir afin de les valider dans le développement de leurs compétences parentales, ainsi que d'optimiser le développement de leur enfant.

4.3.1 Enjeux contemporains des familles d'aujourd'hui

Tout d'abord, il n'est pas surprenant d'apprendre qu'un effet de société s'installe depuis quelques années suite à l'accès fulgurant aux nouvelles technologies et aux différents moyens de communication. Les écrans sont aujourd'hui fréquemment utilisés pour calmer les bébés ou comme substitution provisoire aux parents pour les occuper. Il n'est pas rare non plus de voir, à titre d'exemples, une jeune mère regarder son téléphone durant l'allaitement ou encore pendant une période de jeux avec son enfant. Toutefois, durant la première année de la vie, les expériences visuelles jouent un rôle primordial dans le développement social et émotionnel de l'enfant (Blank, 1975; Fraiberg et Freedman, 1964; Hobson, 1993; Nagera et Colonna, 1965; Preisler, 1995; Vernon, 2010). L'expression émotionnelle du visage de la mère, en particulier, est de loin le stimulus visuel le plus puissant dans l'environnement de l'enfant. Ce dernier porte ainsi un intérêt très intense au visage de sa mère, plus particulièrement à ses yeux. De ce fait, le jeu des regards entre la mère et l'enfant agit comme transmetteurs affectifs et transmetteurs d'influences mutuelles et réciproques laissant naître les balbutiements de la communication interpersonnelle (Schore, 2003). De plus, les enfants d'aujourd'hui s'ennuient de moins en moins (Dupont et Malher, 2013). L'ennui chez l'enfant est un préalable nécessaire à l'exploration de l'environnement et au développement de l'imagination (Dupont et Malher, 2013). Par ailleurs, toujours selon ces auteurs, l'accès aux nouvelles technologies démontre que la proximité au parent n'est plus un facteur nécessaire au divertissement et à la réponse aux besoins de l'enfant. Rappelons que la recherche de proximité et la découverte de l'environnement sont les deux facteurs principaux en ce qui a trait au développement d'un attachement sécurisant entre l'enfant et son parent. De plus, selon une récente recherche, le temps de tablettes électroniques ou de télévision de l'enfant provoque un effet direct sur la

qualité du contact et du balayage visuel de celui-ci ainsi que sur la psychomotricité de ce dernier (Dupont et Malher, 2013). Selon Morris (2015), les parents qui rencontrent des difficultés relationnelles avec leur enfant tendraient à leur fournir davantage d'outils numériques pour les occuper. En bref, une banalisation de l'importance de jouer physiquement avec son enfant sans la présence d'un média technologique entre les parents et l'enfant deviendrait un enjeu important quant au développement du lien affectif entre le parent et l'enfant (Morris, 2015).

4.4 Apports cliniques

Cette section porte, tout d'abord sur les interventions les plus fréquemment étudiées et utilisées auprès des enfants présentant un TSA et qui ont, entre autres, communément pour but l'enseignement de nouvelles compétences et/ou la diminution de comportements problématiques. Dans un deuxième temps, les différentes interventions visant l'amélioration ou la création d'un lien d'attachement sécurisant entre l'enfant et son parent seront brièvement survolées. Ces dernières interventions ciblent la population générale ou à risque, mais très peu d'entre elles discutent de l'éventualité d'implanter une telle intervention auprès des familles d'enfants présentant un TSA. Les résultats de cette recherche et la recension des écrits scientifiques témoignent de la vulnérabilité relationnelle des enfants présentant un TSA ainsi qu'aux différents liens existant entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de comportements problématiques chez ces derniers. Ainsi, l'apport clinique principal de cette recherche repose sur une proposition d'ajout d'une Intervention Relationnelle© (Tarabulsy et al., 2008) en complémentarité aux interventions les plus efficaces pour optimiser le potentiel développemental des enfants présentant un TSA.

4.4.1 Interventions auprès des enfants présentant un TSA

Les différentes interventions recommandées par le ministère de la santé et des services sociaux sont largement documentées sur le plan scientifique dans le document publié en 2003 *Un geste porteur d'avenir*. De celles-ci sont nommées l'intervention comportementale intensive (ICI) (Lovaas, 1987), ou encore le programme Treatment and Education of Autistic and Related Communication handicapped CHildren (TEACCH©) (Lord et Schopler, 1994). Celles-ci visent, entres autres, à enseigner de nouvelles compétences, à répondre aux comportements problématiques (Lovaas, 1987) ou encore à adapter l'environnement de l'enfant pour lui permettre de mieux fonctionner (Lord et Schopler, 1994). Au Québec, elles sont mises en place par différents professionnels de la Santé et des Services sociaux et ont cumulé amplement de validations scientifiques en ce qui a trait à leur efficacité au cours des années (Sallows et Graupner, 2005; Magiati et al., 2007). Par ailleurs, comme le suggèrent les résultats de cette présente recherche, la diminution du degré de sécurité d'attachement entre l'enfant présentant un TSA et son parent est associée à l'augmentation de certains comportements problématiques. Ainsi, il serait pertinent de proposer à ces familles des interventions médiées par le parent portant plus spécifiquement sur le développement de la sensibilité parentale et l'augmentation du degré de sécurité d'attachement. En ce qui a trait à l'intervention médiée par les parents d'enfants présentant un TSA, le programme Parental delivered Early Start Denver Model (P-ESDM©) de Rogers et Dawson (2010) est une intervention basée sur l'intervention comportementale et développementale lors de laquelle le parent est un participant actif lors des séances d'intervention en milieu naturel. Une récente étude a démontré d'importantes améliorations en ce qui a trait aux habiletés développementales de l'enfant, aux comportements perturbateurs de l'enfant, au sentiment de compétence du parent ainsi qu'à la qualité des familles participant au P-ESDM© (Abouzeid, et al., 2020). Toutefois, aucune donnée ne porte sur l'augmentation du degré de sécurité d'attachement suite à cette Intervention Relationnelle©.

4.4.2 Interventions sur l'attachement

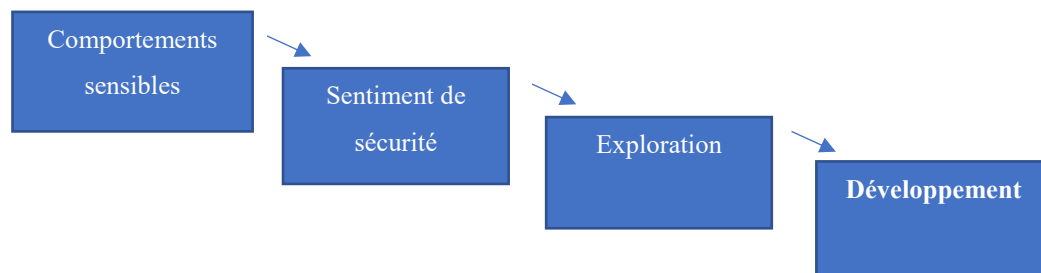
Cette section porte sur les différentes interventions présentant des données probantes quant à l'augmentation du degré de sécurité d'attachement auprès de la population en général et de la population à risque. Une description plus élaborée d'un programme d'Intervention Relationnelle© québécois (Tarabulsy et al., 2008) sera proposée dans le but d'établir des pistes de recherche futures quant à l'application de celle-ci auprès des enfants présentant un TSA. Dans les thérapies visant le développement d'un attachement sécurisant entre l'enfant et son parent l'accent est porté sur l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et le parent, le développement de la sensibilité parentale et l'aide à la mentalisation (capacité de se focaliser sur ses émotions, d'entrer en relation avec les autres en leur attribuant des états d'esprit) (Allen et al., 2008 et Debbané, 2016), en présence ou non de l'utilisation d'une vidéo de l'interaction parent/enfant (videofeedback). L'annexe I présente de courtes descriptions concernant certains programmes présentant des données probantes spécifiques au développement d'un attachement sécurisant entre le parent et l'enfant (Genet et Wallon, 2019). Ces programmes ou interventions ont principalement été conceptualisés en France ou aux États-Unis. Par ailleurs, au Québec, un programme d'Intervention Relationnelle© a été introduit en 2011 dans le cadre d'une collaboration à un projet de recherche entre le centre jeunesse de Lanaudière (Larin et al., 2006) et une équipe de chercheurs experts dans le domaine de l'attachement (Moss et al., 2011). L'Intervention Relationnelle© (voir l'annexe J) vise à maximiser, chez le donneur de soins, l'adoption de comportements sensibles et favorables à l'instauration du cercle de sécurité (voir l'annexe K); c'est-à-dire le développement d'un sentiment de sécurité chez l'enfant afin de le rendre plus disponible à l'exploration (Tarabulsy et al., 2008)

4.4.3 Programme Intervention Relationnelle©

Le programme Intervention Relationnelle© (Tarabulsy et al., 2008) résulte de travaux ayant ciblé les interactions parent-enfant comme étant le médiateur le plus important

pour améliorer le développement de l'enfant. Ces études portent sur les populations à risque: les risques biologiques (p.ex., prématurité, déficience physique, TSA), et les risques psychosociaux (p.ex., mères adolescentes, contexte de pauvreté aiguë, adoption) (Trabulsy et al., 2008). Au Québec, depuis 2011, le programme Intervention Relationnelle© a démontré beaucoup de succès quant à l'amélioration des comportements parentaux, quant aux sentiments de compétences parentales et quant au développement de comportements sécurisants au sein de la dyade parent-enfant (Moss et al., 2011). L'Intervention Relationnelle© est une application clinique fondée sur la théorie de l'attachement (Ainsworth, 1978). Les interactions parent-enfant sont donc ciblées comme étant un levier important pour améliorer le développement de l'enfant. L'Intervention Relationnelle© cible un élément précis : la relation d'attachement. La figure 3 illustre le but principal de l'intervention.

Figure X : But de l'Intervention Relationnelle©



Note. Leclerc, M. et Rivard, D. (2014). Le programme en Intervention Relationnelle© au Centre jeunesse de Montréal. *Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire* : Montréal.

Ainsi, tel qu'illustré par la figure 3, l'intervention vise à développer l'adoption de comportements sensibles et favorables à l'instauration d'un sentiment de sécurité chez l'enfant. Ce sentiment de sécurité permet à l'enfant de développer un sentiment de confiance en son parent. Ainsi, l'enfant recherchera le réconfort du parent en situation de stress et, une fois la détresse apaisée, il sera disponible à l'exploration; condition essentielle à l'apprentissage et au développement de l'enfant.

4.4.3.1 Procédures de l'Intervention Relationnelle©

L'intervention se déroule sur 8 à 12 séances d'intervention à domicile. Chaque séance d'intervention comporte 4 étapes : une discussion thématique choisie par le parent et l'intervenant portant sur une problématique rencontrée chez l'enfant, un enregistrement vidéo d'interaction parent-enfant en situation de jeu, une rétroaction vidéofeedback ainsi qu'une conclusion incluant un renforcement. La technique de rétroaction vidéo (videofeedback) permet une prise de conscience de l'effet des comportements et de l'attitude du parent sur les états émotionnels et le développement de son enfant pendant la période de jeu. La technique de rétroaction vidéo est utilisée comme des projections visuelles offrant des exemples réels qui favorisent l'introspection par l'immédiateté, la reconsidération des perceptions erronées, négatives et idéalisées, le renforcement positif des comportements désirés ainsi que l'amélioration de l'estime de soi du parent (Tarabulsy et al., 2008). Le but est de modifier le mode relationnel entre le parent et son enfant par différentes activités de jeux choisies par l'intervenant en fonction des besoins et des capacités de l'enfant. L'intervenant doit donc démontrer de la flexibilité et de la sensibilité à l'égard de la vulnérabilité des parents et des enfants vivant des conditions particulières. En ce sens, il joue également un rôle de modèle pour le parent afin que celui-ci acquière davantage de sensibilité à l'égard de son enfant (Tarabulsy et al., 2008). Un manuel produit par l'Association des centres jeunesse du Québec (2014) présente un ensemble d'activités qui offre un cadre propice pour aborder la question des représentations et des attributions de l'enfant. Ainsi, à titre d'exemple, l'activité Vis-à-vis pour un enfant de 0 à 12 mois est un jeu qui demande au parent d'installer son enfant devant lui, sur ses genoux, en le regardant et en suivant son regard afin d'augmenter l'opportunité d'échanges visuels. Après une à deux minutes, le parent raconte doucement ce que son enfant fait pendant qu'il le regarde et signale lorsque l'enfant le regarde à son tour. Puis, le parent fait doucement des vocalises lorsque le contact visuel est établi. En tant qu'intervenant il faut expliquer aux parents lors de la rétroaction par videofeedback que si l'enfant détourne le regard, ce n'est pas

nécessairement un signe de rejet. Par ailleurs, si l'enfant regarde intensément son parent, c'est qu'il est lui aussi en train d'apprendre à connaître son parent. L'enfant peut également souhaiter sortir d'une interaction qui lui ait inconfortable ou ralentir l'interaction pour gérer son émotion (Tarabulsy et al., 2008).

4.5 Recommandations pour de futures recherches

Cet essai permet d'identifier des liens entre la diminution du degré de sécurité d'attachement et l'augmentation de certains comportements problématiques. Sachant qu'il existe des délais d'attente considérables avant d'avoir accès à aux interventions telles que celles recommandées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Goin-Kochel et al., 2006; Vohra et al., 2014) et, donc, que plusieurs enfants présentant un TSA se retrouvent sur une liste d'attente, les recherches en intervention deviennent pertinentes. Ainsi, des recherches appliquées en lien avec l'implantation du programme Intervention Relationnelle© auprès d'enfants présentant un TSA et qui sont en attente de services pourraient être envisagées. Plusieurs types de devis quasi expérimentaux pourraient être utilisés afin d'évaluer les effets de cette intervention au sein d'une population en attente de traitement. À titre d'exemple, un devis avant-après (ou à séries temporelles) avec groupe contrôle de type liste d'attente permettrait d'évaluer les liens entre l'augmentation du degré de sécurité d'attachement et la diminution de certains comportements problématiques chez le groupe recevant l'Intervention Relationnelle© et sur le groupe contrôle de type liste d'attente à retardement. Par ailleurs, plusieurs variables modératrices et médiatrices devront être prises en compte. Cet essai permet d'en nommer quelques-unes telles que le stress parental et le niveau de sévérité du TSA. Par ailleurs, plusieurs autres variables pourront s'y ajouter telles que les différents troubles associés au TSA (TDI, troubles d'apprentissages, etc.) ou encore le style d'attachement de base du parent avant même d'avoir un enfant.

En effet, comme il a été mentionné dans le contexte théorique, certains parents d'enfant ayant un TSA peuvent avoir leurs propres modèles internes opérants (MIO) basés sur un attachement insécurisant. Il est donc possible que l'enfant avec ou sans TSA ne fasse que renforcer des comportements d'insensibilité déjà présents chez le parent. Pour répondre à ces questions, dans de futures recherches, il serait intéressant, entre autres, d'évaluer le style d'attachement de base des parents d'enfants ayant un TSA à l'aide de l'*Adult Attachment Interview and Questionnaires for Attachment Style, Temperament, and Memories of Parental Behavior* (AAI) (Main, Hesse et Goldwyn, 2008) afin d'établir le style d'attachement des parents indépendamment du diagnostic de leur enfant. Cet outil permettrait d'explorer quels effets ont eu les expériences d'enfance de l'adulte sur le parent qu'il est devenu. La transmission intergénérationnelle de l'insécurité d'attachement étant démontrée (Van Ijzendoorn, 1995), il serait ainsi possible d'établir l'existence d'une problématique relationnelle antécédente au TSA.

4.6 Apports et limites

Cet essai doctoral permet l'avancement des connaissances quant à l'attachement des enfants présentant un TSA. Il permet également d'établir un lien entre la diminution du degré de sécurité d'attachement et la présence de comportements problématiques chez l'enfant de présentant un TSA. De plus, cet essai propose certaines pistes de recherches futures, entre autres, en ce qui a trait à l'étude de l'attachement des enfants présentant un TSA, et plus spécifiquement sur l'élaboration de différents types d'expérimentations en recherche en intervention. En proposant différentes pistes de recherches appliquées, certaines familles en attentes de services pourraient bénéficier d'une intervention de 12 semaines basée sur l'adoption par le parent de comportements sensibles et favorables à l'instauration d'un sentiment de sécurité chez l'enfant présentant un TSA.

Toutefois, cet essai doctoral appuie ses apports cliniques et ses recommandations sur une étude corrélationnelle concernant des variables qui sont observées et non manipulées. À titre d'exemple, l'étude permet d'affirmer la présence d'une corrélation entre la diminution du degré de sécurité d'attachement et l'augmentation des comportements liés au retrait, mais elle ne permet pas d'établir de relation causale. En d'autres mots, il n'est pas possible d'affirmer que les comportements de retrait de l'enfant présentant un TSA sont simplement associés à une diminution du degré de sécurité d'attachement plutôt qu'à une autre variable non mesurée dans cet essai et qui serait associée au TSA ou à une autre variable concomitante non contrôlée. D'ailleurs, afin d'éviter les problèmes éthiques associés aux propositions d'expérimentations mentionnés ci-haut, les interventions possédant déjà les meilleures données probantes quant au développement des habiletés sociales et communicationnelles (Un geste porteur d'avenir, 2003) devront être priorisées malgré une participation à un projet de recherche sur l'Intervention Relationnelle©.

En terminant, il est essentiel de rappeler que les modèles d'attachement de l'enfant ne résultent pas nécessairement toujours de la réponse, de la disponibilité et de la sensibilité de la figure d'attachement (Belsky et Fearon, 2002). En effet, certains enfants avec ou sans TSA peuvent présenter des comportements plus difficiles que d'autres enfants, tels que des difficultés de sommeil, des difficultés alimentaires ou des problèmes de comportements. De plus, certains enfants naissent avec un tempérament plus difficile (réactivité émotionnelle, comportements hostiles, pleurs fréquents, etc.) (Egeland et al., 1996). Ainsi, ces exigences plus élevées pour le parent peuvent compromettre le développement d'un modèle d'attachement sécurisant avec son enfant. Le risque que l'enfant développe un modèle d'attachement insécurisant pourrait donc également provenir de certaines exigences élevées inhérentes à un trouble neurodéveloppemental chez l'enfant tel qu'un TSA (Adam et al., 2004).

ANNEXE A

RÉSUMÉ DU CONTEXTE THÉORIQUE

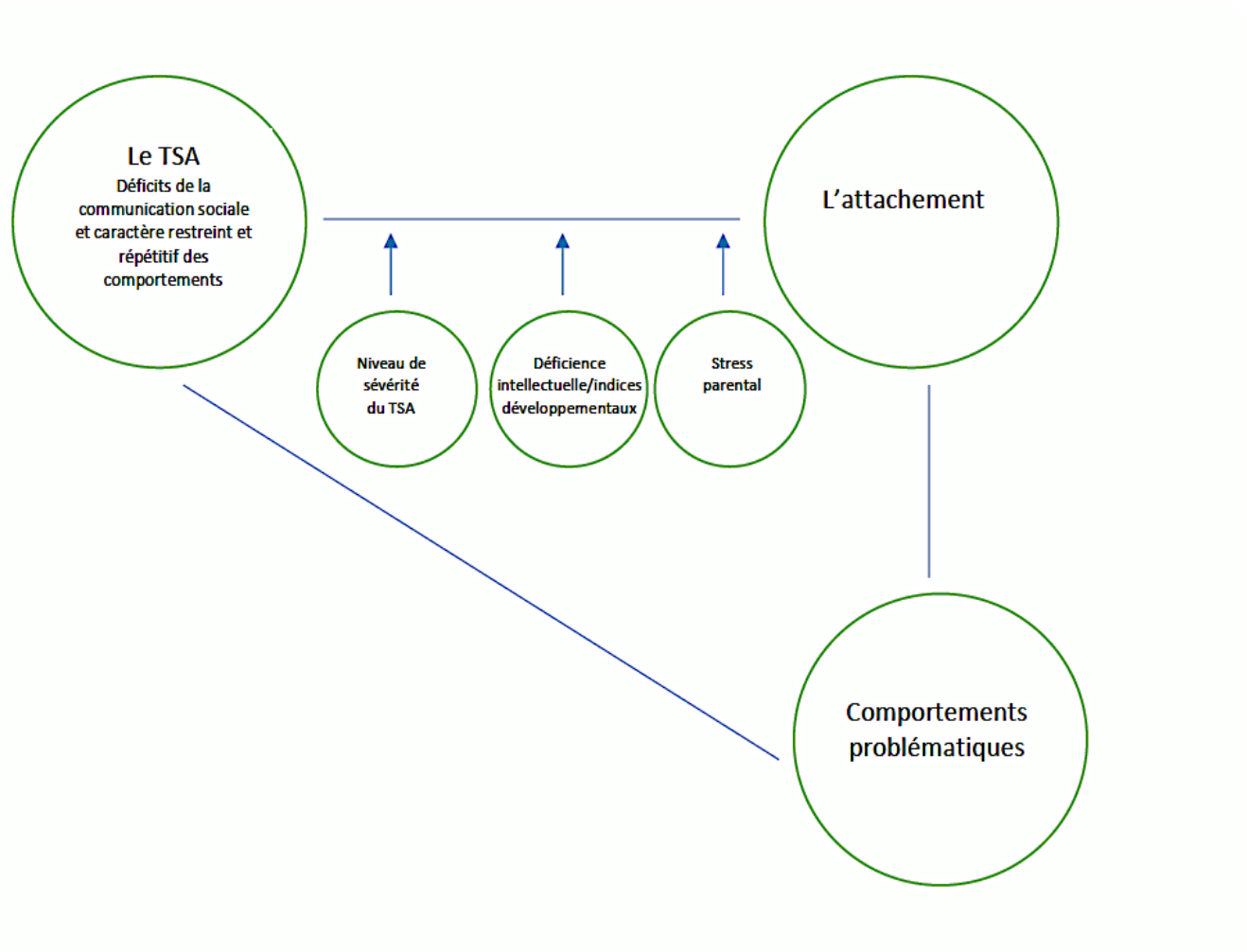
Figure 1

Résumé du contexte théorique

Légende :

Corrélation

Modérations



ANNEXE B

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	L'évaluation du lien entre l'attachement et les comportements problématiques chez les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme
Nom de l'étudiant:	Marilyn LAPOINTE
Programme d'études:	Doctorat en psychologie (profil professionnel)
Direction de recherche:	Nathalie POIRIER
Codirection:	Nadia ABOUZEID

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Thérèse Bouffard
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines
Professeure, Département de psychologie

ANNEXE C

CERTIFICAT DE FORMATION EN ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (EPTC 2 :
FER)



Certificat d'accomplissement

Ce document certifie que

Marilyn Lapointe

*a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils :
Éthique de la recherche avec des êtres humains :
Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)*

22 février, 2017

ANNEXE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DU TRAVAIL

L'évaluation du lien entre l'attachement et les comportements perturbateurs chez l'enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

RESPONSABLES

Marilyn Lapointe, B.Sc. : candidate au doctorat en psychologie de l'éducation, Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA, UQAM, lapointe.marilyn@courrier.uqam.ca

Nathalie Poirier, Ph.D. : Directrice de recherche, Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA, UQAM, poirier.nathalie@uqam.ca

BUT DU TRAVAIL

Ce projet de recherche s'intéresse au lien entre l'attachement et les comportements perturbateurs des enfants présentant un TSA.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation à cette étude consiste à remplir quatre questionnaires d'une durée d'environ 15 à 20 minutes chacun.

AVANTAGES PERSONNELS DÉCOULANT DE VOTRE PARTICIPATION

En participant à cette étude, vous aurez la satisfaction d'aider l'avancement des connaissances concernant les théories de l'attachement et du TSA.

CONFIDENTIALITÉ

Toutes les précautions seront prises pour préserver le caractère confidentiel des données et des renseignements obtenus au cours de ce projet de recherche, soit :

- 1-Seuls le prénom et l'âge de l'enfant seront retenus comme informations d'identification dans le projet de recherche.
- 2-En aucun cas vos résultats individuels et ceux de votre enfant ne seront communiqués à qui que ce soit.
- 4-Les données brutes seront conservées pendant une période de quelques mois seulement, soit la période nécessaire d'analyse des données recueillies et seront détruites après cette période.

DROIT DES PARTICIPANTS

La participation à ce travail est tout à fait libre et volontaire. Vous avez le droit de vous retirer du projet en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.

QUESTIONS AU SUJET DE L'ÉTUDE

Toutes questions, plaintes ou critiques en lien avec cette étude et son déroulement pourront être communiquées à Marilyn Lapointe au ~~514-226-9725~~ ou à Nathalie Poirier à l'adresse courriel : poirier.nathalie@uqam.ca

Je déclare avoir lu et compris le contenu du présent formulaire de consentement, et ainsi, je consens, pour moi et mon enfant, à participer à ce présent projet de recherche.

Nom de la mère

Signature

Date

Nom du père

Signature

ANNEXE E

LETTRE DE SOLLICITATION

Lettre de sollicitation

Étude sur l'attachement des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Je suis à la recherche de participants pour une étude doctorale dont le sujet porte sur le lien d'attachement unissant le parent et son enfant présentant un TSA.

Critères pour participer à l'étude :

- Être parent d'un enfant **présentant un TSA** âgé entre **2 et 12 ans**
- Être désigné comme étant **le principal donneur de soins** de l'enfant depuis sa naissance ou, du moins, pendant la plus grande partie de son développement ; c'est-à-dire être la personne qui fournit **quotidiennement** (ou minimalement 50% du temps dans les cas de garde partagé) les soins à l'enfant.
- Le parent doit avoir la garde complète de son enfant ou encore la garde partagée (une semaine sur deux ou l'équivalent).

Les informations recueillies par cette recherche permettront de faire avancer les connaissances quant à l'attachement unissant le parent et son enfant présentant un TSA.

Vous pouvez me contacter par courriel ou par téléphone pour toute question ou pour manifester votre intérêt à participer à cette étude:

Marilyn Lapointe, B.Sc., étudiante au doctorat en psychologie

Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA, UQAM.

Sous la direction de Nathalie Poirier, Ph.D.

lapointe.marilyn@courrier.uqam.ca

ANNEXE F

LISTE DE RÉFÉRENCES ET DE RESSOURCES POUR LES PARENTS

Liste de références et ressources pour les parents

1. Autisme Montréal
4450 rue Saint-Hubert, Local 320, Montréal (Québec), H2J 2W9
2. Solidarité de parents de personnes handicapées (SPPH)
5095 9^{ème} Avenue, bureau 101, Montréal (Québec) H1Y 2J3
3. Fédération québécoise de l'autisme (FQA)
7675 Boulevard St-Laurent, Montréal (Québec), H2R 1W9
4. Association de parents de l'enfance en difficulté (APED)
360 rue Cherbourg, Longueuil (Québec), J4J 4Z3
5. Association des Parents d'Enfants Handicapés des Hautes-Laurentides
764 Labelle B, Rivière- Rouge (Québec), J0T 1T0
6. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal (CRDITED de Montréal)
75 rue de Port-Royal Est, bureau 600, Montréal (Québec), H3L 3T1
7. CLSC d'Ahuntsic (514-384-2000)
1165, Boulevard Henri-Bourassa Est, Montréal (Québec), H2C 3K2
8. Autisme Montérégie
755 Boulevard Sainte-Foy, Longueuil (Québec), J4J 1Z4

ANNEXE G

SBSHO PAR DE SCHIPPER ET SCHENGAL (2006) : ADAPTATION
FRANÇAISE DE CYR ET MORIN (2016) : ADAPTATION PARENTALE DANS
LE CADRE DE CETTE PRÉSENTE ÉTUDE (2018)

The Secure Base Haven Observation list
(SBSHO, De Schipper et Schuengel, 2006)
Adaptation française de Cyr et Morin (2016)
Adaptation parentale dans le cadre de cette étude (2018)

Veuillez suivre les indications :

1-Lisez les questions au complet.

2-En utilisant le questionnaire, observez votre enfant au quotidien pour une et plusieurs journées.

3-Observez les comportements de votre enfant envers vous.

4-Remplissez le questionnaire

Pour chaque question, veuillez considérer jusqu'à quel point le comportement décrit à chacun des items est caractéristique de votre enfant et encerclez le nombre correspondant :

- 1= N'est pas du tout caractéristique de votre enfant
- 2=N'est pas ou peu caractéristique de votre enfant
- 3=N'est pas si caractéristique de votre enfant
- 4=N'est ni caractéristique ni inhabituel chez votre enfant
- 5=Est parfois caractéristique chez votre enfant
- 6=Est caractéristique chez votre enfant
- 7= Est très caractéristique chez votre enfant

Ne prenez pas trop de temps pour répondre aux questions, votre première réponse est habituellement la plus fidèle.

N'est pas du tout caractéristique chez mon enfant	N'est pas ou peu caractéristique chez mon enfant	N'est pas si caractéristique chez mon enfant	N'est ni caractéristique ni inhabituel chez mon enfant	Est parfois caractéristique chez mon enfant	Est caractéristique chez mon enfant	Est très caractéristique chez mon enfant
---	--	--	--	---	-------------------------------------	--

1. Le contact physique avec moi aide à réconforter mon enfant.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Mon enfant me regarde lorsqu’il se passe quelque chose d’excitant ou de dangereux (dans une telle situation, mon enfant commence à faire quelque chose seulement après avoir trouvé le contact visuel avec moi).

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Quand mon enfant a peur de quelque chose ou que quelque chose le surprend, il se rapproche de moi.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Je peux réconforter mon enfant en lui donnant de l’attention et en lui parlant

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. Quand mon enfant a terminé une activité ou un jeu, il retourne vers moi pour jour, pour un câlin, pour un contact physique ou pour de l’aide afin de trouver autre chose à faire.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

**6. Mon enfant se sert de moi
comme base de référence
pour explorer son
environnement.**

1 2 3 4 5 6 7

**7. Mon enfant suit
rapidement mes suggestions
même si celles-ci sont
clairement des
suggestions/encouragements
plutôt que des instructions.**

1 2 3 4 5 6 7

**8. Mon enfant sait où je me
trouve quand il joue (il
m'appelle de temps à autre,
remarque quand je vais dans
une autre pièce ou si je
change d'activités).**

1 2 3 4 5 6 7

**9. Quand mon enfant est
embêté par mon départ, il va
recherche ma proximité. (Cet
item n'est pas applicable si
l'enfant n'est pas embêté par
le départ.).**

1 2 3 4 5 6 7

**10. Lors des journées
mouvementées, mon enfant
reste souvent près de moi.**

1 2 3 4 5 6 7

**11. Quand d'autres enfants
dérangent mon enfant, il
recherche mon contact.**

1 2 3 4 5 6 7

12. Quand mon enfant a peur de quelque chose, je peux le rassurer.

1 2 3 4 5 6 7

13. Quand mon enfant s'ennuie, il vient vers moi pour trouver quelque chose à faire.

1 2 3 4 5 6 7

14. Quand je ne suis visuellement pas accessible, mon enfant me suit et continue à jouer dans cet espace où il peut me voir.

1 2 3 4 5 6 7

15. Quand mon enfant est fatigué, il reste plus près de moi quand que quand il n'est pas fatigué.

1 2 3 4 5 6 7

16. Mon enfant s'assure que je sais où il est (mon enfant me dit où il est, même quand je fais autre chose ou que je suis dans une autre pièce).

1 2 3 4 5 6 7

17. Quand mon enfant est malade ou a de la douleur, il reste plus près de moi que les autres jours.

1 2 3 4 5 6 7

18. Quand je lui demande, mon enfant accepte de parler

1 2 3 4 5 6 7

à des nouvelles personnes, de leur montrer des jeux ou de leur montrer ce qu'il peut faire.

19. Quand mon enfant trouve quelque chose de nouveau pour jouer, il me l'apporte ou me le montre à distance.

1

2

3

4

5

6

7

ANNEXE H

FICHE SIGNALÉTIQUE

Fiche signalétique

(à remplir par le parent principal donneur de soins)

Codification : # _____

Avant de répondre aux questionnaires, veuillez répondre à :

Quelques questions vous concernant :

Votre prénom et nom de famille : _____

Date de naissance : ____/____/____

Origine ethnique : _____

Lieu de résidence : _____

Statut marital :

En couple ou marié(e) avec le père ou la mère de mon enfant ☐

En couple ou marié(e) avec un(e) autre conjoint(e) ☐

Séparé(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Veuf/veuve ☐

Dernier niveau de scolarité atteint : _____

(Primaire, secondaire, collégiale, universitaire)

Parent biologique ☐

Parent adoptif ☐

Année de l'adoption : _____

Lieu de l'adoption : _____

Souffrez-vous **présentement** de problèmes de santé physique ou psychologique?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, précisez : _____

Avez-vous, **dans le passé**, souffert de problèmes de santé physique ou psychologique ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, précisez : _____

Quelques questions concernant votre enfant :

Prénom et nom de famille: _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Origine ethnique : _____

Diagnostic : _____

(TSA, TED, TED-NS, Asperger)

Âge du diagnostic : _____

Autre diagnostic (s'il y a lieu) : _____

Médication (s'il y a lieu) : _____

Votre enfant est-il verbal ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, s'exprime-t-il avec : des mots isolés ☐

des phrases ☐

Votre enfant est-il propre ? Oui ☐ Non ☐

Votre enfant a-t-il fréquenté ou fréquente-t-il une garderie ? Oui ☐ Non ☐

Année scolaire (s'il y a lieu) : _____



Classe fréquentée : classe ordinaire

 classe ordinaire avec accompagnement ☐

 classe spécialisée ☐

L'enfant vit-il :

Avec ses deux parents ☐

Avec sa mère seulement ☐

Avec son père seulement ☐

En garde partagé : une semaine sur deux ☐ ou Autres ☐ Précisez :

Autres : _____

Est-ce que votre enfant a des frères et des sœurs ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Prénom	Sexe	Âge	Diagnostic (s'il y a lieu)

Quelles sont, selon vous, les principales qualités de votre enfant :

Quels sont, selon vous, les principaux défauts de votre enfant :

ANNEXE I

PROGRAMMES ET THÉRAPIES EN ATTACHEMENT

Tableau 2 : Programmes et thérapies en attachement

Nom de la thérapie ou du programme	Brève description	Auteurs/concepteurs
« Minding the Baby »	Ce programme comportant des visites à domicile s'adresse à des familles en grandes difficultés (santé mentale, contexte socio-économique, etc.) et est centré sur le développement de la sensibilité maternelle.	Slade et ses collaborateurs (2005)
Le cercle de sécurité	Cette thérapie s'appuie sur le cercle de sécurité (balance entre les comportements de sécurité et d'exploration ; voir annexe K) dans une dynamique principalement éducative auprès du parent.	Marvin et ses collaborateurs (2002)
CAPEDP (Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience)	Le CAPEDP est un programme de promotion de la santé mentale destiné aux enfants de 0 à 24 mois vivant dans des familles à multiples risques. Il comporte des interventions par videofeedback et des visites à domicile ayant comme objectifs le développement de la relation mère/enfant, l'amélioration de la sensibilité parentale et la diminution de la survenue de comportements liés à un attachement de type désorganisé.	Équipe de chercheurs composée de Tubach et ses collaborateurs (2017), ainsi que Madigan et ses collaborateurs (2017)

CAVES (Clinical Assisted Videofeedback Exposure)	Ce programme est issu des recherches concernant la relation mère traumatisée/enfant en contexte de violence. Il comprend 3 séances avec videofeedback. Il vise à réduire les attributions négatives des mères concernant leur enfant.	Schechter et Rusconi-Serpa (2011)
CAVEAT (Clinical Assisted Video Approach Therapy)	Thérapie brève pour les mères traumatisées par videofeedback. Les objectifs sont de sortir le parent du cercle de la violence, en se concentrant sur les interactions mère/enfant, le développement de l'attention conjointe, de la sensibilité parentale et de la fonction réflexive.	Schechter et ses collaborateurs (2015)
Attachment Based Therapy	Ce programme est centré sur le cercle de sécurité, la communication et les représentations d'attachement développées en vieillissant (MIO : modèles internes opérants)	Kobak et ses collaborateurs (2015)

Note. Genet, C., et Wallon, E. (2019). *Psychothérapie de l'attachement*. Dunod : France.

ANNEXE J

L'INTERVENTION RELATIONNELLE©

Tableau 3 : L'Intervention Relationnelle©

Les 4 étapes des séances d'intervention	1-Discussion thématique (30 minutes)	2-Enregistrement vidéo (25 minutes)	3-Visionnement du vidéo <i>Videofeedback</i> (15 minutes)	4-Rétroaction (30 minutes)
Objectifs et procédures	Préambule informel : réponses aux questions des parents, retour sur la semaine passée Discussion thématique formelle : ○ Développement de l'enfant ○ La sécurité physique ○ Adapter la maison ○ La régulation des émotions ○ La gestion de la colère à l'âge préscolaire ○ La prévisibilité ○ Les contacts physiques et la proximité ○ L'autonomie et le soutien à l'exploration ○ L'encadrement et la discipline ○ La peur des étrangers et l'anxiété de séparation	Choix d'une activité parent-enfant qui sera enregistrée et qui sera choisie en fonction : ○ Du niveau de langage de l'enfant ○ De la mobilité de l'enfant ○ Du registre émotionnel de l'enfant ○ De la sociabilité de l'enfant ○ Du développement cognitif de l'enfant ○ De l'autonomie de l'enfant ○ Des différents défis et des capacités du parent ▪ Principes de base : ○ Ne pas présenter une activité où le parent sera automatiquement mis en échec ; ○ Tout en le sortant légèrement de sa zone de confort en lui demandant d'interagir différemment avec son enfant d'une séance à l'autre ○ L'activité doit être conçue pour que la dyade puisse vivre des succès et du plaisir	Écoute de certaines parties du vidéo avec le parent : ○ Renforcement lors de la première séance : Renforcer les comportements lors desquels le parent était sensible aux besoins de l'enfant en arrêtant la séquence vidéo lors des réactions positives de l'enfant ○ Renforcement lors des rencontres subséquentes : Continuer d'arrêter l'enregistrement vidéo aux moments cibles, mais laisser le parent décider également des moments d'arrêt de la vidéo. ○ Points à examiner : ○ La communication, les regards mutuels, le positionnement favorable à la communication (face à face versus parallèle), échanges verbaux et non verbaux ○ La dynamique, la synchronie des interactions, le tour de rôle dans les interactions (réciprocité), le rôle (qui dirige : collaboration, rivalité ou renversement des rôles) ○ La place accordée à l'enfant ○ Le respect des initiatives de l'enfant ○ La centration (intérêt orienté sur l'enfant ou le parent) ○ Le rythme (intrusion ou plaisir partagé) ○ Les attentes réalistes ○ L'établissement des règles claires et constantes	Graduellement, visionner et questionner les moments difficiles, les échecs de communication dans l'activité filmée : ○ Demander au parent de décrire comment lui ou son enfant se sentaient ou à quoi ils pensaient durant cette séquence ○ Éviter de faire surgir les défenses, d'aller plus loin que le parent est prêt à aller ○ L'idée est d'aider le parent à prendre conscience par lui-même des difficultés et de se demander comment il pourrait agir autrement.

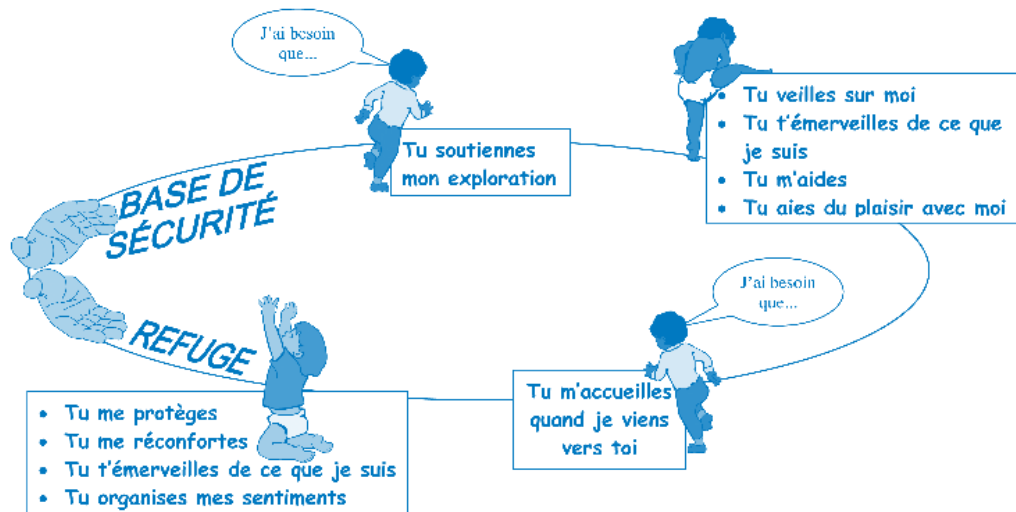
Note. Tableau inspiré de : Cyr, C., Dubois-Comtois, et al. (2014) Intervention Relationnelle©-Manuel de l'intervenant Association des centres jeunesse du Québec. ISBN : 978-2-89394-106-6

ANNEXE K

LE CERCLE DE SÉCURITÉ

CERCLE DE SÉCURITÉ™

LE PARENT QUI RÉPOND AUX BESOINS DE L'ENFANT



Toujours: être PLUS GRAND, PLUS FORT, PLUS SAGE et BIENVEILLANT
Quand c'est possible: suivre mon enfant
Quand c'est nécessaire: prendre charge

© 2000 Cooper, Hoffman, Marvin & Powell
Web page: www.circleofsecurity.org

RÉFÉRENCES

- Abidin, R. R. (1996). Parenting Stress Index (PSI-4). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abouzeid, N., Rivard, M., Mello, C., Mestari, Z., Boulé, M., & Guay, C. (2020). Parent coaching intervention program based on the Early Start Denver Model for children with autism spectrum disorder: Feasibility and acceptability study. *Developmental Disabilities, 105* (103747). DOI:10.1016/j.ridd.2020.103747
- Adam, E. K., Gunnar, M. R., & Tanaka, A. (2004). Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: Mediator and moderator models. *Child development, 75*(1), 110-122.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., & Waters, E. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Akdemir, D., Pehlivanurk, B., Unal, F., & Ozusta, S. (2009). Comparison of attachment-related social behaviors in autistic disorder and developmental disability. *Turk Psikiyatri Dergisi, 20*(2), 1-13.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5th éd., M.-A. Crocq et J. D. Guelfi, trad.). Paris, France: Elsevier Masson. (Original work published 2013).
- Bacro, F. & Florin, A. (2008). Spécificité des Modèles internes opérants: les représentations d'attachement au père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans. *Enfance, 60*(2), 108-119. DOI : 10.3917/enf.602.0108
- Barbey-Mintz, A-S. (2015). L'attachement à l'école primaire. *Enfances & Psy, 66*(2), 33-43. DOI : 10.3917/ep.066.0033
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition, 21*, 37-46. DOI: 10.1016/0010-0277(85)90022-8

- Baxter, C., Cummins, R. A., & Yiolitis, L. (2000). Parental stress attributed to family members with and without disability: A longitudinal study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25(2), 105-118. DOI: 10.1080/13269780050033526
- Béliveau, M. J & Moss, E. (2009). Le rôle joué par les événements stressants sur la transmission intergénérationnelle de l'attachement. *Revue Européenne d Psychologie Appliquée*, 59(1), 47-58. DOI :10.1016/j.erap.2008.08.002
- Belsky, J., & Fearon, R. P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & human development*, 4(3). DOI: 10.1080/14616730210167267
- Beurkens, N. M., Hobson, J. A., & Hobson, R. P. (2013). Autism Severity and Qualities of Parent- Child Relations. *Journal of Autism and Development Disorders* 43, 168-178. DOI: 10.1007/s10803-012-1562-4
- Bigras, M., & Lafrenière, P. J. (1994). L'influence du risque psychosocial, des conflits conjugaux et du stress parental sur la qualité de l'interaction mère-garçon et mère-fille. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 280. DOI :10.1037/0008-400X.26.2.280
- Bigras, M., LaFreniere, P. J., & Abidin, R. R. (1996). Indice de stress parental: manuel francophone en complément à l'édition américaine. *Multi-Health System*: Toronto
- Bisaillon, C. & Breton, D. (2011). Pour une intervention centrée sur la théorie de l'attachement. Dans D. C.-M. Lafortune, *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté* (pp. 83-104). Montréal: Presse de l'Université de Montréal.
- Blank, H. R. (1975). Reflection on the special senses in relation to the development of affect with special emphasis on blindness. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 32-50. DOI: 10.1177/000306517502300102
- Bondy, A. S., & Frost, L. A. (1994). The picture exchange communication system. *Focus on autistic behavior*, 9(3), 1-19. DOI:10.1177/108835769400900301
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. Basic Books: New York.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. The Hogarth press and the institute of psycho-analysis: London.

- Bureau, J. F., Easlerbrooks, M., & Lyons-Ruth, K. (2009). Attachment disorganization and controlling behavior in middle childhood: Maternal and child precursors and correlates. *Attachment & Human Development, 11*(3), 265-284. DOI: 10.1080/14616730902814788
- Capps, L., Sigman, M. & Mundy, P. (1994). Attachment security in children with autism. *Development and psychopathology, 6*(2), 249-261. DOI:10.1017/S0954579400004569
- Chandler, F. & Dissanayake, C. (2014). An investigation of the security of caregiver attachment during middle childhood in children with high-functioning autistic disorder. *Autism, 18*(5), 485-492. DOI :10.1177/1362361313486205
- Charfi, N., Halayem, S., Touati, M., Mrabet, A., & Bouden, A. (2016). Étude des facteurs de risque des comportements agressifs dans les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 64*(3), 147-154. DOI :10.1016.2016.02.004
- Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec (2012). Les troubles du spectre de l'autisme. L'évaluation clinique : Lignes directrices. Consulté le 18 avril 2015, <<https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/spectre-de-lautisme>>.
- Colonna, A. B. & Nagera, H. (1965). Aspects of the contribution of sight to ego and drive development: A comparison of the development of some blind and sighted children. *The psychoanalytic study of the child, 20*(1), 267-287. DOI:10.1080/00797308.1965.11823235
- Cotton, S. & Richdale, A. (2006). Brief report: parental descriptions of sleep problems in children with autism, Down syndrome, and Prader–Willi syndrome. *Research in Developmental Disabilities, 27*(2), 151-161. DOI: 10.1016.2004.12.003
- Davidson, C., O'Hare, A., Mactaggart, F., Green, J., Young, D., Gillberg, C. & Minnis, H. (2015). Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: improving diagnostic validity through structured assessment. *Research in developmental disabilities, 40*, 63-72. DOI :10.1016/j.ridd.2015.01.007
- Dawson, G. & Rogers, S. J. (2016). *L'intervention précoce en autisme: le modèle de Denver pour jeunes enfants: promouvoir le langage, l'apprentissage et l'engagement social*. Dunod : France

- De Martino, S., Girardot, A., De Martino, Poinso, F., & Rey, V. (2009). Étude des relations entre l'imitation, l'interaction sociale et l'attention conjointe chez les enfants autistes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(4), DOI :10.1016/j.neurenf.2008.09.009
- Debbané, M. (2016). *Mentaliser: de la théorie à la pratique clinique*. De Boeck Supérieur : France
- De Schipper, J. C., & Schuengel, C. (2010). Attachment behaviour towards support staff in young people with intellectual disabilities: associations with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(7), 584-596. DOI : 10.1111/j.1365-2788.2010.01288.x
- De Schipper, J. C., & Schuengel, C. (2006). *Secure Base Safe Haven Observation list for child attachment behaviour*. University Amsterdam: Amsterdam, The Netherlands.
- des Rivières-Pigeon, C., & Courcy, I. (2014). *Autisme et TSA: quelles réalités pour les parents au Québec? : Santé et bien-être des parents d'enfant ayant un trouble dans le spectre de l'autisme au Québec*. Presses de l'université du Québec : Québec
- Dupont, J. & Mahler, M. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-héron*, (2), 59-73. DOI : 10.3917/cohe.213.0059
- Egeland, B., Kalkoske, M., Susman-Stillman, A., & Waldman, I. (1996). Infant temperament and maternal sensitivity as predictors of attachment security. *Infant Behavior and Development*, 19(1), 33-47. DOI : 10.1016/S0163-6383(96)90042-9
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 657-671. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00699.x
- Fombonne, E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (3). DOI: 10.1203/PDR.0b013e31819e7203
- Fraidberg, S. & Freedman, D.A. (1964). Studies in the ego development of congenitally blind. *Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 113-169. DOI :10.1080/00797308.1964.11822863

- Gagnon, A. (2006). *Les styles d'attachement, le contexte familial et les troubles de comportements [sic] sérieux chez les adolescents et adolescentes pris en charge par le Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Université du Québec à Chicoutimi : Chicoutimi, Saguenay.
- Garcin, N., Leclair, L., Sabourin, G., & Tassé, M. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 42, 62-69. DOI : 10.1037/a0016249
- Genet, C., & Wallon, E. (2019). *Psychothérapie de l'attachement*. Dunod: France.
- Goldstein, S. & Naglieri, J. A. (2014). *Autism Spectrum Rating Scale (ASRS). DSM-5 Update*. Multi-Health Systems Inc: Toronto, Canada.
- Gomez, J. A., Carter, A. S., Forbes, D., & Gray, S. A. (2018). Parental insightfulness and parenting behavior: a two-dimensional analysis of parent contributions to child cognitive outcomes. *Attachment & human development*, 20(3), 255-271. DOI: 10.1080/14616734.2018.1446734
- Grzadzinski, R. L., Lord, C., Luyster, R. & Spencer, A. G. (2014). Attachment in Young Children With Autism Spectrum Disorders: An Examination of Separation and Reunion Behaviors With Both Mothers and Fathers. *Autism*, 18(2), 85-96. DOI: 10.1177/1362361312467235
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2009). *L'attachement: approche théorique*. Elsevier Masson.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist*, 13(12), 673. DOI : 10.1037/h0047884
- Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G. & Bolt, D. (2010). The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 449. DOI : 10.1037/a0019847
- Hartley, S. L., & Schultz, H. M. (2015). Support needs of fathers and mothers of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(6), 1636-1648. DOI: 10.1007/s10803-014-2318-0
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127.

- Hobson, R. P. (1993). *Through feeling and site through self and symbol. The perceived self : Ecological and interpersonal sources of self-knowledge*. Cambridge University Press: New York.
- Horowitz, A. (2004). *The mediating effects of perceptions and coping strategies between personal resources and emotional well-being: A study of mothers of children with autism*. [Doctoral dissertation]. University of New Jersey-New Brunswick.
- Humber, N. & Moss, E. (2005). The relationship of preschool and early school age attachment to mother-child interaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 128. DOI: 10.1037/0002-9432.75.1.128
- Jarvis, P. A. & Creasey, G. L. (1991). Parental stress, coping, and attachment in families with an 18-month-old infant. *Infant behavior and development*, 14(4), 383-395. DOI: 10.1016/0163-6383(91)90029-R
- Kamphaus, R. W. & Reynolds, C. R. (2015). *BASC-3: Behavior Assessment System for Children, Second Edition*. Minnesota: AGS Publishing.
- Kennett, J. (2002). Autism, empathy and moral agency. *The Philosophical Quarterly*, 52(208), 340-357. University of St Andrews: Scotland. DOI: 10.1111/1467-9213.00272
- Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L. & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, 4(2), 117-132. DOI: 10.1177/1362361300004002002
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S. & Yirmiya, N. (2009). Mothers of securely attached children with autism spectrum disorder are more sensitive than mothers of insecurely attached children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 643-650. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.02043.x.
- Koren-Karie, N., & Oppenheim, D. (2018). Parental insightfulness: Retrospect and prospect. *Attachment & Human Development*, 20(3), 223-236. DOI: 10.1080/14616734.2018.1446741
- Kraemer, G. W. (1992). A psychobiological theory of attachment. *Behavioral and Brain Sciences*, 15(03), 493-511. DOI: 10.1017/S0140525X00069752
- Larin, S., St-Georges, R., Jacques, C., Otis, N., & Desaulniers, R. (2006). *Programme en intervention relationnelle: Guide d'intervention*. Centres jeunesse de Lanaudière.

- Lecavalier, L., Snow, A. V. & Norris, M. (2011). Autism spectrum disorders and intellectual disability. In *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp.37-51). Springer Link: United Kingdom.
- Leclerc, M. & Rivard, D. (2014). *Le programme en Intervention Relationnelle*© au Centre jeunesse de Montréal. Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire : Montréal.
- Levy, S. E., Giarelli, E., Lee, L. C., Schieve, L. A., Kirby, R. S., Cunniff, C. & Rice, C. E. (2010). Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(4), 267-275. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3181d5d03b.
- LimeSurvey Project Team. (2015). *LimeSurvey*. Service de sondages et conseil : Hambourg/Allemagne. <https://www.limesurvey.org/fr/>
- Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P. C., Risi, S., Rogé, B., Fombonne, E. & Arti, E. (2008). *ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule*: Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Lord, C. & Schopler, E. (1994). TEACCH services for preschool children. Preschool education programs for children with autism, 87-106.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(1), 3.
- Magiati, I., Charman, T., & Howlin, P. (2007). A two year prospective follow up study of community based early intensive behavioural intervention and specialist nursery provision for children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 803-812.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. In *Attachment across the life cycle* (pp.127-159). Routledge: London.
- Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. In *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 31–68). The Guilford Press: New-York.

- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 50 (1), 66-104. DOI: 10.2307/3333827
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp.121-160). The University Of Chicago Press: Chicago and London.
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in developmental disabilities*, 28(4), 341-352. DOI: 10.1016/j.ridd.2005.12.004
- Miodovnik, A., Harstad, E., Sideridis, G., & Huntington, N. (2015). Timing of the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 136(4). Doi: 10.1542/peds.2015-1502
- Morris, N. (2015). *The Relationship of Digital Communication Methods and Parent Satisfaction with Parent-Child Relationship* [Doctoral Dissertation] Texas Tech University: Texas. <http://hdl.handle.net/2346/66141>
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and psychopathology*, 23(1), 195-210. DOI: 10.1017/S0954579410000738.
- Moss, E. & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37(6), 863. DOI: 10.1037/0012-1649.37.6.863
- Moss, E., Tarabulsy, G. M., St-Georges, R., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Bernier, A. & Lecompte, V. (2014). Video-feedback intervention with maltreating parents and their children: Program implementation and case study. *Attachment & human development*, 16(4), 329-342. DOI: 10.1080/14616734.2014.91248
- Naber, F. B., Swinkels, S. H., Buitelaar, J. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Dietz, C. & Engeland, H. (2007). Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(6), 1123-1138. DOI: 10.1007/s10803-006-0255-2
- Nachshen, J., Garcin, N., Moxness, K., Tremblay, Y., Hutchinson, P., Lachance, A., & Caron, C. (2008). *Guide des pratiques exemplaires canadiennes en matière*

de dépistage, d'évaluation et de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge. Fondation Myriam : Montréal, Québec.

- Noh, S., Dumas, J. E., Wolf, L. C. & Fisman, S. N. (1989). Delineating sources of stress in parents of exceptional children. *Family Relations*, 38(4), 456-461. DOI : 10.2307/585753
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., Dolev, S. & Yirmiya, N. (2012). Maternal sensitivity mediates the link between maternal insightfulness/resolution and child–mother attachment: The case of children with Autism Spectrum Disorder. *Attachment & human development*, 14(6), 567-584. DOI : 10.1080/14616734.2012.727256
- Paquette, D., Bigras, M., & Parent, S. (2001). La validation du QSA et la prévalence des styles d'attachement adulte dans un échantillon francophone de Montréal. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 33(2), 88-96. DOI : 10.1037/h0087131
- Persini, C., Viellard, M., Chatel, C., Borwell, B. & Poinso, F. (2013). Troubles autistiques et troubles de l'attachement: quels liens?. *Devenir*, 25(3), 145-158. DOI : 10.3917/dev.133.0145
- Pierrehumbert, B., Muhlemann, I., Antonietti, J. P., Sieye, A. & Halfon, O. (1995). Étude de validation d'une version francophone du Q-Sort d'attachement de Waters et Deane. *Enfance*, 3(1), 293-315. DOI: 10.3406/enfan.1995.2138
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335. DOI : 10.1037/0003-066X.44.2.329
- Poulin, M. H., Rousseau, M., & Bourassa, J. (2020). *L'autisme: comprendre et agir dans une perspective psychoéducative: Connaissances et pratiques psychoéducatives*. Presse de l'université du Québec.
- Preisler, G. M. (1995). The development of communication in blind and in deaf infants similarities and differences. *Child: care, health and development*, 21(2), 79-110. DOI: 10.1111/j.1365-2214.1995.tb00412.x
- Pruett Jr, J. R., Kandala, S., Petersen, S. E. & Povinelli, D. J. (2015). Brief Report: Theory of Mind, Relational Reasoning, and Social Responsiveness in Children With and Without Autism: Demonstration of Feasibility for a Larger-Scale Study. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(7), 2243-2251. DOI: 10.1007/s10803-015-2357-1

- Rogers, S. J., Ozonoff, S., & Maslin-Cole, C. (1991). A comparative study of attachment behavior in young children with autism or other psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(3), 483-488. DOI: 10.1097/00004583-199105000-00021
- Rogers, S. J., Ozonoff, S. & Maslin-Cole, C. (1993). Developmental aspects of attachment behavior in young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1274-1282. DOI: 10.1097/00004583-199311000-00023
- Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Ijzendoorn, M. H. & Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 45(6), 1123-1134. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00305.x
- Rutgers, A. H., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Swinkels, S. H. (2007). Autism and attachment The Attachment Q-Sort. *Autism*, 11(2), 187-200. DOI: 10.1177/1362361307075713
- Rutgers, A. H., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., Van Daalen, E., Dietz, C., & Van Engeland, H. (2007). Autism, attachment and parenting: A comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 859- 870. DOI: 10.1007/s10802-007-9139-y.
- Reynolds & R. W. Kamphaus (2015). *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context (Vol. 2)*. NewYork : Guilford Press.
- Schore, A. N. (2003). Early Relational Trauma, Disorganized Attachment, and the Development of a Predisposition to Violence. *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology), 107.
- Siller, M., Hutman, T., & Sigman, M. (2013). A parent-mediated intervention to increase responsive parental behaviors and child communication in children with ASD: A randomized clinical trial. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(3), 540-555. DOI: 10.1007/s10803-012-1584-y
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929. DOI: 10.1097/CHI.0b013e318179964f

- Tarabulsky, G. M., St - Laurent, D., Cyr, C., Pascuzzo, K., Moss, E., Bernier, A., & Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment - based intervention for maltreating families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 322-332. DOI: 10.1037/a0014070
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. DOI : 10.3917/dev.072.0151
- Tarabulsky, G.M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., & Cyr, C. (2008). Attachment-based interventions for maltrating families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 322-332. DOI: 10.1037/a0014070
- Van IJzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, 117(3), 387. DOI: doi: 10.1037/0033-2909.117.3.387.
- Van IJzendoorn, M. H., Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., Van Daalen, E., Dietz, C & Van Engeland, H. (2007). Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: Comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Development*, 78(2), 597-608. DOI : 10.1111/j.1467-8624.2007.01016.x.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(02), 225-250. DOI: 10.1017/S0954579499002035
- Vernon, M. (2010). Deaf-Blindness and Autistic Spectrum Disorder. *Journal of the American Deafness & Rehabilitation Association (JADARA)*, 44(1), 201-213.
- Wahl, E., Isnard, P. & Guedeney, A. (2011). Attachement désorganisé et sémiologie autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(3), 149-156. DOI : 10.1016/j.neurenf.2010.05.004
- Willemsen-Swinkels, S. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Buitelaar, J. K., IJzendoorn, M. H. V. & Engeland, H. V. (2000). Insecure and disorganised attachment in children with a pervasive developmental disorder: Relationship with social interaction and heart rate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 759-767. DOI: 10.1111/1469-7610.00663

Wing, L., Gould, J. & Gillberg, C. (2011). Autism spectrum disorders in the DSM-5: better or worse than the DSM-IV?. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 768-773. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.11.003

Zaghdoudi, L., El Moubarkim, A., Halayem, S., Bechir, M. B., & Labbane, R. (2009). Relation entre styles d'attachement, perception du soutien social et dépression. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167 (9), 657-661. 10.1016/j.amp.2009.03.017

Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D., & Scott Heller, S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant mental health journal*, 20(1), 77-86.

