

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'ATTACHEMENT ET LES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT CHEZ LES
ENFANTS ET LES ADOLESCENTS AYANT UNE DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE HÉBERGÉS EN RÉSIDENCE SPÉCIALISÉE: UNE ÉTUDE DE CAS
ET DES LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉVALUATION CLINIQUE ET
L'INTERVENTION

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ISABELLE MORIN

SEPTEMBRE 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.01-2006). 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

Merci à Chantal Cyr, qui m'a donné une deuxième chance, qui m'a soutenue et accompagnée depuis le début sans jamais se décourager malgré les nombreuses embûches rencontrées et qui a su à chaque fois m'encourager afin que je réussisse ce projet doctoral.

Merci à la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED), qui m'a apporté un soutien financier pour la réalisation de ce projet.

Merci aux CRDITED de l'Abitibi et de Montréal et aux participants à cette étude, sans lesquels mon étude n'aurait jamais pu être réalisée.

Merci à mes parents et ma famille, mes enfants, mon conjoint, mes amis, mes collègues de travail et d'études, qui m'ont soutenue et encouragée dans les moments difficiles et ont toujours gardé la foi en moi.

DÉDICACE

À tous les Josianne, Dominic et Mathieu, à la source d'inspiration de cette étude.

À William et Jérémie, mes fils qui sont aussi à la source de mon inspiration depuis le début et à qui j'espère avoir inspiré la persévérance pour atteindre les buts qu'on se donne.

À mes parents, qui m'ont donné une enfance heureuse, et tout l'amour et l'attention dont un enfant a besoin pour se développer avec confiance et sécurité.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
CHAPITRE I INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE II CONTEXTE THÉORIQUE.....	6
2.1 Les troubles de comportements et de santé mentale chez les enfants avec une DI.....	6
2.2 Les mesures des problèmes de comportement et de santé mentale en DI.....	10
2.3 La relation parent-enfant et l'attachement chez les enfants ayant une DI.....	11
2.4 Les mesures d'attachement auprès d'enfants avec une DI.....	14
2.5 Le placement des enfants ayant une DI : Le développement d'une relation significative avec l'intervenant et l'évaluation de cette relation pour mieux intervenir.....	15
2.6 Le développement du SBSHO.....	19
2.7 Objectifs et hypothèses.....	21
CHAPITRE III METHODE.....	24
3.1 Participants.....	24
3.2 Considérations éthiques.....	25
3.3 Procédures.....	26
3.4 Instruments.....	28
CHAPITRE IV RÉSULTATS.....	33
4.1 Résultat de l'objectif selon les quatre questions.....	33
4.1.1 Question 1.....	33
4.1.2 Question 2.....	34
4.1.3 Question 3.....	37
4.1.4 Question 4.....	38
CHAPITRE V DISCUSSION et CONCLUSION.....	41
5.1 Discussion.....	41

5.1.1 L'attachement.....	42
5.1.2 L'attachement et les problèmes de comportement.....	45
5.1.3 Lignes directrices pour l'évaluation et l'intervention.....	47
5.1.4 Limites de l'étude.....	54
5.2 Conclusion.....	56
ANNEXE A : LETTRE DE PRÉSENTATION	58
ANNEXE B : DÉPLIANT PARENT.....	60
ANNEXE C : DÉPLIANT INTERVENANT.....	63
ANNEXE D : DÉPLIANT ADOLESCENT.....	66
ANNEXE E : CONCENTEMENT PARENTS.....	69
ANNEXE F : CONSENTEMENT INTERVENANT.....	73
ANNEXE G : CONSENTEMENT ADOLESCENT.....	77
ANNEXE H : MODE D'EMPLOI DU SUPERVISEUR.....	80
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS SOCIO- DÉMOGRAPHIQUES AU SUJET DE L'ENFANT/ADOLESCENT.....	82
ANNEXE J : QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS SOCIO- DÉMOGRAPHIQUES AU SUJET DE L'ÉVALUATEUR.....	88
RÉFÉRENCES.....	92

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
4.1.1 Tableau 1. <i>Moyenne des items à l'échelle de sécurité d'attachement de l'enfant envers les autres professionnels selon l'évaluation de deux figures de soins.....</i>	44
4.1.2 Tableau 2. <i>Fréquences des réponses aux items à l'échelle de sécurité d'attachement de l'enfant envers sa figure de soins principale et les autres professionnels selon l'évaluation des deux figures de soins.....</i>	46
4.1.3 Tableau 3. <i>Moyenne des items à l'échelle de sécurité d'attachement de l'enfant envers sa figure de soins principale et les autres professionnels selon l'évaluation de deux figures de soins.....</i>	47
4.1.4 Tableau 4. <i>Résultats de l'évaluation des troubles émotionnels et comportementaux de l'enfant à partir du DBC-P selon les deux figures de soins.....</i>	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CBCL	Child Behavior Checklist
CERC	Comité d'éthique de la recherche clinique
CERIS	Centre d'études et de recherche en intervention sociale
CERPE	Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
DBC-P	Development Behaviour Checklist – version Parent
DI	Déficience intellectuelle
E1	Évaluateur 1
E2	Évaluateur 2
GECEN	Grille d'évaluation comportementale Nisonger
Nisonger	CBRFNisonger Child Behavior Rating Form
RI	Ressource Intermédiaire
SBSHO	Secure Based Safe Haven Observations
TC	Trouble du comportement
TÉD	Trouble envahissant du développement
TGC	Trouble grave du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

RÉSUMÉ

Cet essai doctoral a pour objectif de présenter des lignes directrices d'évaluation et d'intervention, simples et accessibles, permettant de mieux comprendre les troubles émotionnels et comportementaux et l'attachement chez les enfants présentant une déficience intellectuelle vivant en résidence. Pour ce faire, une étude à cas unique menée auprès d'un adolescent hébergé en résidence spécialisée et ayant une déficience intellectuelle est présentée. L'attachement et les problèmes émotionnels et comportementaux de cet adolescent ont été évalués selon deux intervenants agissant à titre de figures de soins auprès de cet adolescent. Les résultats montrent que l'adolescent manifeste des comportements d'attachement à l'égard de ses figures de soins, une préférence marquée pour sa figure de soins principale, un faible degré de sécurité et des troubles émotionnels et comportementaux. Des lignes directrices d'une évaluation selon un cadre influencé par la théorie de l'attachement sont ensuite présentées et utilisées pour mieux comprendre ce jeune. Enfin, des pistes de réflexion pour l'intervention auprès de cette clientèle et les recherches à venir sont suggérées.

Mots-clés: Adolescent, attachement, DBC, déficience intellectuelle, enfant, évaluation, hébergement, trouble du comportement, résidence spécialisée, SBSHO, sécurité.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

1. Introduction

Les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) représentent environ 1 à 3% de la population de tous âges en Amérique du Nord (Tassé & Morin, 2003). Au Québec, un portrait statistique présenté par Dugas et Sarrazin (2011) révèle une hausse significative entre 2001 et 2006 de la prévalence de la DI et des troubles du développement; 0,9% des enfants de moins de 15 ans présente une DI et un trouble du développement (TD) en 2001 ce qui correspond à environ 11 980 enfants alors qu'en 2006, on en retrouve 1,1% ce qui correspond à environ 14 210 enfants. Les enfants ayant une déficience intellectuelle (DI) sont à risque élevé de présenter des troubles de comportement et des troubles de santé mentale (Crocker, Mercier, Lachapelle, Brunet, Morin, & Roy, 2006; Emerson, 2003; Tarren-Sweeney, 2008). Ces difficultés sont parfois si intenses que plusieurs en viennent à être placés en famille d'accueil pour des périodes de répit, mais aussi en résidence spécialisée ou ressource intermédiaire (RI) pour des séjours prolongés. Selon Lightfoot, Hill et Laliberté (2011), en raison des difficultés que peut impliquer leur prise en charge, les enfants ayant une DI seraient deux fois plus à risque de vivre un placement que ceux

n'en ayant pas. La plupart du temps, les enfants sont dirigés vers des ressources familiales, mais parfois, la gravité de leurs difficultés peut nécessiter des soins spécialisés. Certaines ressources familiales ou résidences intermédiaires (RI) offrent des services spécialisés en réadaptation avec du personnel qualifié pour intervenir auprès de cette clientèle. Ces services consistent pour la plupart à apporter une aide éducative dans les activités quotidiennes ainsi que des évaluations et interventions spécifiques pour diminuer les problèmes de comportement afin de favoriser leur réadaptation dans la communauté.

Cependant, malgré la formation spécialisée du personnel, il faut reconnaître que les multiples problématiques développementales, cognitives et relationnelles de ces enfants font qu'il est difficile d'intervenir avec succès. De plus, considérant la rareté de la supervision offerte aux intervenants, les besoins de conciliation travail/vie personnelle, le nombre élevé d'heures de travail dû au manque de ressources et aux quarts de travail peu attrayants, il devient complexe de mettre en place des interventions permettant de gérer efficacement au quotidien les troubles de comportement de ces enfants. Tous ces enjeux rendent ainsi difficile la tâche des professionnels devant apporter les services appropriés pour répondre aux besoins des enfants avec une DI. Smyth, Healy & Lydon (2015) soulignent que ces difficultés que comporte le travail avec cette clientèle et en particulier, le stress causé par les troubles de comportement, font parties des causes importantes de l'épuisement professionnel parmi les membres du personnel intervenant sur le terrain.

Les études issues de la théorie de l'attachement indiquent par ailleurs que la qualité du lien d'attachement développé envers sa figure de soins est un processus important dans le développement de la régulation des émotions et des comportements de l'enfant (Causadias, Salvador, & Sroufe, 2012; Sroufe, Byron, Egeland, Carlson, & Collins, 2005). Plusieurs études ont montré que la sécurité d'attachement constitue un facteur de protection important dans le développement de l'enfant (Thompson, 1999; Weinfeld et al., 2008, pour des résumés). Bien que les études sur l'attachement des enfants ayant une DI soient peu nombreuses, elles montrent, de façon générale, que ces enfants (en l'occurrence ceux ayant un syndrome de Down) sont plus à risque de développer une relation d'attachement insécurisant avec leur parent (Atkinson et al., 1999; De Schipper, & Schuengel, 2010; Ganiban, Barnett, & Cicchetti, 2000). Ces difficultés d'attachement, ajoutées aux troubles de langage et psychomoteurs et aux sentiments de confusion ou de rejet vécus à la suite d'un placement, ne peuvent qu'intensifier les problèmes de comportement de l'enfant une fois en résidence.

Une étude pionnière de De Schipper et Schuengel (2010) a montré que la sévérité des problèmes de comportements manifestés par les enfants en résidence était liée à la qualité des comportements d'attachement qu'ils présentent envers leur figure de soins et tel qu'évalués par cette dernière. Cette étude a mis en lumière le rôle important que peut avoir un attachement sécurisant sur les comportements d'un enfant présentant une DI et hébergé en résidence. D'un point de vue clinique, cette étude suppose

qu'une attention particulière devrait être portée à la relation d'attachement existant entre ces enfants et les intervenants qui en prennent soin.

De plus, cette étude suggère que pour l'intervenant agissant à titre de figure de soins, la possibilité d'évaluer les comportements d'attachement de l'enfant à son égard devient une piste des plus intéressantes pour l'élaboration d'un plan d'intervention avec cet enfant. Walker, Penketh, Lewis et Hare (2016) a répertorié dix outils mesurant différentes dimensions de l'attachement. Malheureusement, la plupart de ces outils s'avèrent souvent très complexes, nécessitent une expertise particulière et demandent du temps d'administration et d'analyse qui les rendent très difficiles à utiliser par des intervenants sur le terrain. En conclusion, ils suggèrent que les intervenants désirant procéder à l'évaluation de la sécurité de l'attachement des usagers puissent bénéficier d'une trousse d'évaluation contenant ces différents outils afin de pouvoir varier les angles d'évaluations (questionnaires, entrevues, observations et auto-évaluation). Cependant, il faut bien reconnaître que l'utilisation d'une telle trousse d'évaluation multi-sources par les intervenants sur le terrain est peu réaliste considérant les ressources budgétaires disponibles et le temps alloué à son administration.

La présente étude propose l'utilisation d'un seul de ces outils d'évaluation de l'attachement, simple et fondé sur les mesures étalons du domaine de l'attachement, en combinaison à un second outil d'évaluation des troubles émotionnels et comportementaux comme modalité d'évaluation permettant de mieux comprendre les

difficultés relationnelles et comportementales des enfants hébergés avec une DI. Cette étude a pour objectif d'apporter une alternative à des modèles d'évaluation parfois trop complexe et coûteux, en proposant des lignes directrices pouvant permettre une évaluation juste des difficultés socio-émotionnelles et relationnelles des enfants avec une DI et des troubles du comportement. Selon une étude à cas unique, l'objectif est d'examiner chez un adolescent ayant une DI, placé en résidence, les comportements d'attachement et les problèmes émotionnels et comportementaux tels qu'évalués par deux intervenants lui offrant des soins, à partir de questionnaires plutôt que des entrevues. Cette analyse nous permettra de proposer des lignes directrices permettant d'évaluer la sécurité d'attachement et les troubles émotionnels et comportementaux chez des enfants ayant une DI à partir d'une méthode simplifiée. Ces lignes directrices permettront d'apporter des pistes de réflexion pour les intervenants travaillant auprès des jeunes avec une DI et devant mettre sur pied des plans d'intervention pour cette clientèle. Cette étude a le potentiel de sensibiliser les intervenants et leur direction au rôle du lien d'attachement qui se développe entre les enfants et leurs intervenants lors de placements en résidence, ce qui pourrait favoriser l'élaboration de plans d'intervention adaptés aux besoins réels de ces enfants. En proposant une méthode d'évaluation simple et ainsi plus accessible aux milieux d'intervention, il pourrait être plus facile de mettre en place des conditions nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

CHAPITRE II

CONTEXTE THÉORIQUE

2.1 Les troubles de comportement et de santé mentale chez les enfants ayant une DI

Depuis plusieurs années, il est montré par de nombreuses études que les personnes ayant une DI sont plus à risque de manifester des troubles de comportement et de santé mentale que les personnes de la population générale (Connor & Posever, 1998; Cooper et al., 2007; Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007; Crocker et al., 2006; Deb, Thomas, & Bright, 2001; Morin, Cobico, Rivard, & Lépine, 2010; Reiss, 1994; Schuengel & Janssen, 2006 pour un résumé; Vrijmoeth, Monbaliu, Lagast, & Prinzie, 2012). En particulier, chez les enfants et les adolescents ayant une DI (Cormack, Brown, & Hasting, 2000), des études récentes rapportent la présence élevée de troubles du comportement (Savoie & Gascon, 2008) et des doubles diagnostics de psychopathologies (Dekker & Koot, 2003; Emerson, 2003). D'autres études ont également montré que ces enfants seraient également plus à risque de présenter des troubles anxieux, des troubles de la conduite, des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité et des troubles du spectre de l'autisme (Einfeld & Tonge, 1995; Emerson, 2003). Chez les enfants d'âge préscolaire, les psychopathologies sont moins nombreuses, mais certains auteurs ont observé que les

comportements problématiques pouvaient être plus importants chez les enfants ayant des retards de développement (Baker, McIntyre, Blacher, Crnic, Edelbrock, & Low, 2003; Eisenhower, Baker, & Blacher, 2005). D'autres auteurs n'ont toutefois pas décelé cette différence (Feldman, Hancock, Rielly, & Cairns 2000).

Les raisons pour lesquelles les enfants ayant une DI sont plus à risque de développer des troubles de comportement et de santé mentale que les enfants n'ayant pas de DI sont cependant moins claires. Des informations telles que l'âge, le genre et le degré de sévérité de la DI ont été des questions d'intérêt dans plusieurs études. Notamment, certains chercheurs ont montré que les comportements perturbateurs et antisociaux étaient plus fréquents chez les garçons et plus associés avec la DI légère à moyenne, alors que la DI sévère à profonde était associée davantage à des handicaps physiques, de l'anxiété, des troubles de la communication et des comportements d'automutilation (Emerson, Robertson & Wood, 2005 pour un résumé; Einfeld et al., 2006; Tremblay, Richer, Lachance, & Côté, 2010). Par contre, des études plus récentes n'ont pas décelé de différences entre les garçons et les filles (Sipal, Schuengel, Voorman, Van Eck, & Becher, 2010; Vrijmoeth, Monbaliu, Lagast, & Prinzie, 2012). Forster, Gray, Taffe, Einfeld et Tonge (2011) ont aussi montré que les enfants ayant une DI profonde ont des déficits plus sévères sur le plan des compétences sociales que les autres enfants. Plusieurs de ces études ont montré que les enfants ayant une DI présentaient des déficits sur le plan des compétences sociales

(Einfeld et al. 2006; Tremblay, Richer, Lachance, & Côté, 2010) et que ces déficits tendaient à s'aggraver avec le temps (Einfeld et al., 2006).

Le portrait comportemental des personnes ayant une DI a également souvent été relié à l'accumulation de plusieurs facteurs de risque. En particulier, depuis les 20 dernières années, les études ont souligné l'importance de causes physiques et psychologiques, relationnelles/sociales dans l'explication des troubles de comportement chez les adultes ayant une DI (Gardner & Whalen, 1996; Morin, Mérineau-Côté, Ouellette-Kuntz, Tassé, & Kerr, 2012; Ryan et Sunada, 1997). Par exemple, Walsh, Morrison et McGuire (2011) ont montré que les adultes avec une DI sont plus à risque de présenter des troubles de comportement s'ils vivent de la douleur chronique. Étant donné que ces personnes présentent souvent des troubles de la communication, il leur est plus difficile d'exprimer leur inconfort ou leur douleur, lesquels se traduisent souvent par de l'agressivité envers les autres ou de l'automutilation (Knegt, Pieper, Lobezoo, Schuengel, Evenhuis, Passchier, & Scherder, 2013, pour un résumé). Notamment, Ryan et Sunada (1997) ont montré qu'une fois les troubles de santé physique traités, les troubles du comportement diminuaient. Cette étude a permis une meilleure compréhension des comportements manifestés par les personnes ayant une DI et souligne l'importance de considérer les variables sous-jacentes, telles les difficultés physiques et psychologiques des personnes avec une DI, dans l'explication de leurs problèmes de comportement.

D'autres études se sont intéressées aux troubles de santé mentale et à la détresse psychologique des parents d'enfants présentant une DI (Gray, Piccinnin, Hofer, Mackinnon, Bontempo, Einfeld, Permenter, & Tonge; 2011, pour un résumé; Hastings, 2002; Olsson & Hwang, 2001). Ces études ont montré que l'anxiété élevée chez les enfants ayant une DI est liée à un degré élevé d'anxiété chez les parents. Le stress parental ainsi que les tensions dans le couple parental ont été également observés comme facteurs pouvant contribuer à l'apparition ou au maintien des difficultés comportementales des enfants ayant une DI (Gray et al., 2011). Les résultats de ces travaux supposent que la qualité des relations entretenues entre l'enfant avec une DI et son parent est très importante dans l'adaptation de cet enfant. Cependant, à ce jour, peu d'études ont examiné les difficultés issues de la relation parent-enfant, voire la relation d'attachement – une relation clé dans le développement de l'individu tout au long de sa vie –, dans la compréhension des problèmes de comportements des enfants ou des adultes ayant une DI (Atkinson et al. 1999; De Schipper & Schuengel 2010; De Schipper, Stolk & Schuengel, 2006; Janssen, Schuengel & Stolk, 2002; Niccols & Feldman, 2006). Pourtant, une meilleure connaissance des difficultés d'attachement des enfants ayant une DI pourrait servir de levier d'intervention pour diminuer leurs fréquents problèmes de comportement.

2.2 Les mesures des problèmes de comportement et de santé mentale en DI

Il existe peu d'outils pour l'évaluation des problèmes de comportement et de santé mentale chez les enfants ayant une DI. Le Child Behavior CheckList (CBCL : Achenbach & Edelbrock, 1983) est un outil largement utilisé à travers le monde pour l'évaluation des comportements problématiques chez les enfants tant en clinique qu'en recherche. Il existe une version inspirée du CBCL, adaptée pour la déficience intellectuelle, le Nisonger CBRF (Tassé et al., 1996) et une version francophone: la Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger (GECEN : Tassé et al., 1999). Ces outils bénéficient d'une bonne validité et fidélité, et ont été très utilisés en recherche et en clinique.

Le *Development Behavior Checklist* (DBC) de Einfeld et Tonge (1995) est un autre outil de plus en plus utilisé, tant en recherche qu'en clinique. Il présente d'excellentes qualités psychométriques pour la mesure des troubles émotionnels et comportementaux chez les enfants ayant une DI de légère à profonde, a obtenu des corrélations élevées avec des outils évaluant les troubles de comportement et de santé mentale chez les enfants ayant une DI (Einfeld & Tonge, 1995) et présente une diversité de sous-échelles qui permettent une évaluation détaillée des problèmes de l'enfant. Il est également un outil de dépistage de l'autisme, de la dépression, de la psychose et de l'hyperactivité. Les résultats sont présentés en percentiles et sont donc très faciles à interpréter. En somme, utilisé conjointement à une entrevue clinique, il est rapide à remplir et apporte des informations détaillées. Il a également été utilisé

pour la planification des services en milieu scolaire ainsi qu'en recherche pour des études sur la prévalence des psychopathologies et autres troubles mentaux (Einfeld & Tonge, 1994). Le DBC apparaît donc comme l'instrument tout indiqué pour une évaluation simple et rigoureuse des problèmes de comportement des enfants avec une DI et placés en résidences.

2.3 La relation parent-enfant et l'attachement chez les enfants ayant une DI

Les travaux de Bowlby (1969), d'Ainsworth (1978) et de leurs successeurs (Cassidy & Shaver, 2008) ont mis en lumière l'importance de la qualité du lien d'attachement avec la figure de soins pour le développement cognitif, socio-affectif et neurophysiologique de l'enfant à court et long terme. Pionnier de la théorie d'attachement, Bowlby décrit ce lien qui unit l'enfant à son parent comme un phénomène biologique ayant pour fonction de protéger l'enfant des dangers potentiels. Les comportements d'attachement de l'enfant sont des réactions d'adaptation face au stress et font ainsi partie d'un processus essentiel à sa survie. Les travaux issus de ce domaine stipulent que la qualité du lien d'attachement de l'enfant à sa figure de soins est étroitement liée à la qualité de la régulation des émotions et du stress chez l'enfant (Fox & Hane, 2008; Sroufe et al., 2005, pour un résumé). Lorsque l'enfant recherche la proximité et le contact de son parent et qu'il parvient à se rassurer auprès de sa figure d'attachement, il peut ensuite explorer l'environnement avec autonomie et être disponible aux apprentissages. On dit de ces enfants qu'ils développent un lien d'attachement sécurisant. Toutefois, dans les cas où le lien

d'attachement de l'enfant est insécurisant, on peut observer un parent dont la qualité des soins est inconstante (parfois sensible, parfois insensible) et l'enfant est alors plus à risque de demeurer inquiet et de maximiser la proximité physique à son parent au détriment d'une autonomie. D'autres enfants font davantage face à des comportements parentaux de rejet ou distant et seront, à l'opposé, plus portés à minimiser la proximité à leur parent et l'expression de leur besoins. Certains enfants, effrayés par leur parent plus hostile ou impuissant, ne développeront même pas de stratégie d'attachement cohérente (maximiser ou minimiser la proximité au parent) pour accéder à leur parent et résoudre leur détresse; ils vont demeurer confus et présenter des comportements d'approche contradictoire. Respectivement, ces trois types de comportements d'attachement réfèrent aux attachements insécurisants ambivalents, évitants et désorganisés. La qualité de l'exploration et les occasions d'apprentissage de ces trois types d'enfants sont clairement compromises.

Chez des enfants de la population normative et clinique, deux récentes méta-analyses ont conclu que les enfants d'âge préscolaire et scolaire présentant un attachement insécurisant étaient plus à risque de développer des troubles de comportement extériorisés et intériorisés (Fearon, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010; Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2012). Quelques études ont aussi montré que les enfants présentant un attachement insécurisant étaient plus à risque de développer des psychopathologies, tel que des troubles de

l'opposition, de l'anxiété et de la dépression (De Klyen & Greenberg, 2008, pour un résumé).

À ce jour, encore trop peu d'études ont examiné l'attachement chez les enfants ayant une DI (Schuengel, De Schipper, Sterkenburg, & Kef, 2013). Cependant, les quelques études ayant examiné l'attachement chez des enfants ayant une DI (avec ou sans syndrome de Down) ont observé leur capacité à présenter des comportements d'attachement envers leur figure parentale, à montrer une préférence pour leur parent comparativement à une personne inconnue et à manifester des différences individuelles dans les degrés de sécurité d'attachement auprès du parent (Berry, Gunn, & Andrew, 1980; Ganiban et al, 2000; Thompson, Cicchetti, Lamb & Malkin, 1985; Van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg & Frenkel, 1992; Vaughn, Goldberg, Atkinson, Marcovith, MacGregor & Seifer, 1994). En particulier, les études ont montré que les enfants avec une DI sont 2 à 3 fois plus à risque que ceux n'ayant pas de DI de présenter un attachement de type insécurisant (ambivalent et évitant) (Ganiban et al., 2000; Janssen et al., 2002 pour un résumé; Van IJzendoorn et al., 1992) ou désorganisé (Ganiban et al., 2000; Van IJzendoorn et al., 1999 pour un résumé; Vaughn et al., 1994). Certaines études révèlent même que plus de 50% des enfants ayant une DI, incluant les enfants présentant un syndrome de Down ont un attachement désorganisé, voire atypique (van IJzendoorn et al., 1992; Vaughn et al., 1994).

2.4 Les mesures d'attachement auprès d'enfants avec une DI

Deux mesures étalons existent actuellement dans le domaine de l'attachement pour évaluer la qualité du lien d'attachement de l'enfant à sa figure de soins. La première mesure est la Situation Étrangère, une tâche expérimentale réalisée en laboratoire (Ainsworth et al., 1978) permettant d'évaluer les divers types d'attachement. Cette mesure consiste à exposer l'enfant à des épisodes de séparation-réunion où il se retrouve d'abord dans une pièce avec sa mère, puis une personne étrangère se joint à eux. Ensuite, la mère quitte, l'enfant se retrouve seul avec l'étrangère avant le retour de sa mère, puis à nouveau sa mère quitte la pièce pour un deuxième épisode de séparation, l'enfant reste seul, et la mère revient pour une deuxième réunion. Chacun de ces épisodes dure 3 minutes. Les comportements de l'enfant aux réunions sont révélateurs des stratégies d'attachement de l'enfant à l'égard de son parent. Ces comportements sont donc évalués en fonction de critères préétablis permettant de déterminer le type d'attachement de l'enfant à sa figure de soins principale. Cet outil présente des avantages évidents car il permet d'évaluer l'attachement selon une procédure standardisée et d'obtenir le résultat de la codification d'un expert qui aura obtenu un accord inter juge avec un second expert. Ainsi, cette évaluation ne peut se faire que par des personnes ayant reçu une formation intensive et souvent peu accessible et inutilement laborieuse pour un intervenant.

La seconde mesure étalon est le Tri-de-Carte de Waters & Deane (1987). Cet outil est une mesure de 90 items permettant d'évaluer la sécurité d'attachement de l'enfant

dans son milieu naturel selon un continuum allant de -1 (insécurité) à 1 (sécurité). Cet outil est très utilisé pour l'évaluation de l'attachement tant en clinique qu'en recherche car il présente de nombreuses qualités psychométriques (Van Ijzendoorn, Vereijken, Bakermans-Kranenburg, & Riksen-Walraven, 2004). La formation est moins intensive et la possibilité d'observer l'enfant en milieu naturel facilite son utilisation pour les cliniciens. Cependant, la cotation du Q-sort est relativement laborieuse en termes de temps et un peu complexe quant au calcul des scores, ce qui le rend finalement moins intéressant pour la clinique. Afin de palier à ces lacunes, et profiter de la qualité de cette mesure, une équipe des Pays-Bas, De Schipper, Stock et Schuengel (2006), a adapté le Q-Sort de façon à le rendre plus accessible, voire moins long à compléter et plus facile à interpréter. Ces chercheurs ont ainsi transformé la mesure du Tri-de-carte en un questionnaire. Nous avons donc privilégié ce deuxième instrument (que nous décrivons plus en détail dans une prochaine section) dans la conceptualisation de notre modèle d'évaluation par les intervenants d'enfants avec une DI et placés en résidences spécialisées.

2.5 Le placement des enfants ayant une DI : Le développement d'une relation significative avec l'intervenant et l'évaluation de cette relation pour mieux intervenir

Pour certains parents, il devient parfois si difficile de vivre avec un enfant ayant des problèmes de comportement, qu'un placement en résidence spécialisée ou ressource intermédiaire (RI) est envisagé afin de leur offrir des soins de réadaptation (D'Auray, 2005). Nécessairement, le placement en résidence implique une séparation d'avec le

parent, soit la figure d'attachement principale de l'enfant, et ceci représente pour lui une source de stress significative. Ajouter les limites intellectuelles de l'enfant à cette détresse, l'hébergement peut devenir un lieu suffisamment préoccupant pour compromettre sa capacité à développer des liens significatifs avec un intervenant. Considérant que le développement de tels liens significatifs puisse aider l'enfant à réguler ses comportements et ses émotions (Janssen et al. 2002), il importe pour les milieux d'hébergement de mettre en place des conditions de vie favorisant le développement de relations significatives potentiellement sécurisantes entre l'intervenant/figure de soins et l'enfant.

Pour parvenir à cet objectif, une évaluation par l'intervenant de la qualité de sa relation avec l'enfant, voire des comportements d'attachement de ce dernier à son égard, est importante, car elle a le potentiel de constituer une source importante d'information sur la détresse de l'enfant. Éventuellement ces informations aideront l'intervenant à élaborer des plans d'intervention pouvant répondre aux besoins relationnels spécifiques des enfants. Une approche centrée sur l'attachement et l'importance d'une relation significative entre l'enfant ayant une DI et sa figure de soins nous apparaît primordiale pour les milieux de réadaptation ayant l'objectif de diminuer l'apparition des comportements problématiques. En Ontario, D'Auray (2005), du Centre d'études et de recherche en intervention sociale (CERIS) rapportait combien il est important de prioriser l'attachement comme un élément clé dans les services aux enfants placé en famille d'accueil. Notamment, cette recherche indiquait

que les nombreux changements de personnel dans ces milieux d'intervention ont des effets négatifs sur le sentiment de sécurité des jeunes et leur confiance en soi. De plus, cette mobilité entraîne une discontinuité des interventions qui est nuisible à long terme pour les enfants. Finalement, l'étude conclut à l'importance du développement d'un lien significatif et stable avec une figure de soins pour les enfants placés en résidence.

Janssen et ses collaborateurs (2002) illustrent bien l'importance, dans l'adaptation de l'enfant ayant une DI, d'une relation significative, voire d'attachement, entre lui et son parent ou figure de soins. Ils proposent, comme c'est le cas pour les enfants sans DI, que le stress vécu par les enfants les incite à se tourner vers leur figure d'attachement pour résoudre leur détresse. Si la figure de soins est insensible aux besoins et signaux de l'enfant, ce dernier pourrait alors éprouver des difficultés à réguler ses émotions et développer des comportements inadéquats. Cependant, parce que l'enfant ayant une DI a un répertoire très limité de comportements pour exprimer ses besoins et sa détresse (lequel persiste jusqu'à l'âge adulte), il tend à se retrouver rapidement démuné face aux événements stressants n'ayant pas la capacité intellectuelle de les résoudre. Selon les auteurs, ces événements stressants, qu'ils proviennent de sensations et d'états physiques internes ou de l'environnement, favorisent la désorganisation de l'enfant et la manifestation de comportements problématiques, tel que des états dissociatifs, des comportements d'auto-stimulation, et des comportements perturbateurs et agressifs envers les autres, lui-même et

l'environnement. Dans un tel contexte, même si la figure de soins est capable d'être sensible et disponible pour l'enfant, il est possible que les signaux émis par ce dernier ne soient pas suffisamment clairs pour que la figure de soins les détecte et les décode avec justesse et y réponde de façon sensible. De telles observations relationnelles ont été faites chez des jeunes enfants vulnérables dans d'autres types d'échantillon, en l'occurrence des enfants victimes de maltraitance devant être placés en famille d'accueil. Notamment, ces enfants apprenaient souvent à minimiser l'expression de leurs besoins et, une fois dans leur milieu d'accueil, continuaient à ne pas communiquer leur détresse et leurs besoins, limitant ainsi la capacité du parent d'accueil à se comporter de façon sensible (Dubois-Comtois, Cyr, Vandal, & Moss, 2013).

De Schipper, Stock et Schuengel (2006) se sont intéressés aux comportements d'attachement d'enfants présentant une DI envers leurs figures de soins. Dans leur étude, ils ont opté pour le Tri-de-Cartes plutôt que d'autres outils comme la Situation Étrangère, car le Tri de Cartes permet d'observer l'enfant selon une grille de comportements précis dans son milieu naturel. De plus, cet outil leur permettait également de documenter les comportements d'attachement les plus caractéristiques et les moins caractéristiques de l'enfant, ce que la Situation Étrangère ne permet pas. Leur étude avait pour but d'explorer les comportements d'attachement envers la figure de soins principal, soit l'intervenant, chez cinq enfants de 3 à 14 ans ayant un diagnostic de DI et/ou d'autisme et des problèmes de comportement. Selon les

auteurs, l'expression de comportements d'attachement sécurisant envers une figure de soins autre que le parent représente un facteur de protection important pour ceux ayant des problèmes de comportement. À partir du Tri-de-Cartes complété par la figure de soins elle-même, les auteurs ont montré que chaque enfant était en mesure de présenter des comportements d'attachement envers leur de figure de soins et que le degré de sécurité était variable d'un enfant à l'autre. Aussi, plus le degré de sécurité était élevé, moins l'enfant présentait de problèmes de comportement.

2.6 Le développement du SBSHO

Plusieurs chercheurs ont souligné des difficultés pour les codeurs à identifier les comportements d'attachement chez les enfants ayant une DI (Atkinson et al, 1999; Vaughn et al, 1994). Ainsi, afin de faciliter l'évaluation de l'enfant par la figure de soins, De Schipper et Schuengel (2010) ont développé une version courte du Tri-de-Cartes sous forme de questionnaire, soit le *Secure Base Safe Haven Observation* (SBSHO) composé de 20 énoncés issus du Tri-de-Cartes et 2 items supplémentaires, adaptée pour la clientèle ayant une DI. Les chercheurs ont demandé à deux figures de soins, de façon indépendante, d'évaluer dans un premier temps la sécurité d'attachement de l'enfant à leur égard et dans un deuxième temps, selon les mêmes énoncés, la sécurité d'attachement à l'égard de l'ensemble des autres professionnels offrant des soins à l'enfant à la résidence. Les résultats de leur étude, auprès d'un échantillon de 156 enfants et adolescents âgés entre 3 et 23 ans et présentant une DI modérée à sévère, montrent d'abord une correspondance modérée à élevée ($r = .60$)

entre les évaluations des deux figures de soins sur les énoncés évaluant la sécurité d'attachement des enfants et des adolescents à l'égard de l'ensemble des professionnels. Ensuite, ils montrent une différence significative entre le degré de sécurité à l'égard des deux figures de soins (la moyenne des 2 figures de soins à leur propre égard) et le degré de sécurité à l'égard de l'ensemble des autres professionnels (la moyenne des 2 figures de soins à l'égard des autres professionnels), mettant ainsi en évidence la capacité des enfants et des adolescents à différencier les figures de soins entre eux et à préférer certaines figures de soins comme figure d'attachement potentielle. Cet examen a également permis de contribuer à la validité du Tri-de-Carte version questionnaire et à la pertinence de cet outil pour une évaluation objective de la sécurité d'attachement chez les enfants et les adolescents ayant une DI en résidence. Enfin, les résultats de cette étude montrent que plus les enfants et les adolescents présentent un degré de sécurité élevé envers leur figure de soins, moins ils manifestent de comportements problématiques. La variance expliquée des comportements problématiques est significativement plus élevée lorsque la sécurité d'attachement aux deux figures de soins est considérée plutôt qu'à une seule.

La rareté des études ayant examiné l'attachement chez les enfants avec une DI, placés en résidence justifie la pertinence de poursuivre les recherches dans ce domaine. Et, considérant les résultats de De Schipper et al. (2006) à l'égard du rôle significatif des figures de soins en résidence sur le fonctionnement de l'enfant, il importe non seulement de poursuivre les études dans ce domaine, mais aussi de se questionner sur

la façon dont les mesures d'évaluation de l'attachement combinées à l'évaluation des problèmes de comportement peuvent contribuer à élaborer de meilleurs plans d'intervention. L'élaboration de lignes directrices sur l'évaluation de l'attachement chez cette clientèle permettra de faciliter l'évaluation de l'attachement des enfants DI en résidence par des intervenants et d'enrichir les plans d'intervention d'une compréhension des comportements problématiques davantage fondée sur les besoins relationnels et d'attachement des résidents.

2.7 Objectifs et hypothèses

Cet essai a pour objectif principal de mieux comprendre les troubles émotionnels et comportementaux, et les comportements d'attachement chez les enfants ayant une DI et vivant en résidences spécialisées. Deux figures de soins, une principale et une non-régulière, d'une résidence spécialisée ont été sollicitées pour évaluer un adolescent¹ vivant à la résidence, à leur propre égard et à l'égard des autres intervenants. Afin de répondre à cet objectif, nous posons les quatre questions suivantes:

1) Les évaluations de l'attachement de l'adolescent par ses figures de soins montrent-elles un degré de fidélité inter-juge suffisant pour conclure que ces deux évaluations sont fiables et valides? Afin de développer des lignes directrices pour

¹ L'enfant recruté est un adolescent de 17 ans. Cependant, comme les outils administrés utilisent le terme « enfant » pour désigner les personnes évaluées ayant moins de 18 ans, nous utilisons également le terme « enfant » pour désigner l'adolescent de notre étude afin d'éviter la confusion. A moins que la précision soit nécessaire, nous utilisons le terme « enfant/adolescent » lorsque nous faisons référence à des études ou travaux qui le précisent.

l'évaluation de l'attachement chez l'enfant/adolescent présentant une DI, il est nécessaire de vérifier si le questionnaire d'attachement utilisé permet une évaluation fidèle de l'attachement. Un manque de concordance entre les évaluations des deux évaluateurs indiquerait une faible fidélité des évaluations et ne permettrait donc pas l'utilisation de ces données. Fondé sur l'étude de De Schipper et Schuengel (2010), nous nous attendons à ce que les deux figures de soins perçoivent de façon similaire les comportements d'attachement à l'égard des autres professionnels.

2) L'adolescent recruté présente-t-il des comportements d'attachement envers ses figures de soins? La réponse à cette deuxième question permet de préciser si l'adolescent présente ou non la capacité d'émettre des comportements d'attachement envers l'ensemble des professionnels lui offrant des soins. Des scores très faibles sur l'ensemble des items et ce, pour les évaluations faites par les deux figures de soins, que ce soit pour des comportements d'attachement à leur propre égard ou à l'égard des autres professionnels, seraient révélateurs d'une faible capacité de l'adolescent à émettre des comportements d'attachement, du moins envers l'ensemble des professionnels lui offrant des soins et mettraient en question l'utilisation de l'instrument pour évaluer l'attachement chez cette clientèle.

3) Le degré de sécurité d'attachement à la figure de soins principale est-il significativement différent du degré d'attachement aux autres professionnels et tels qu'évalué par les deux figures de soins? Nous estimons ici que l'adolescent aura une préférence marquée pour sa figure de soins principale comparativement aux autres

professionnels. Précisément, le degré d'attachement envers la figure de soins principale sera plus élevé qu'envers les autres professionnels, tel qu'évalué par la figure de soins principale, alors que le degré d'attachement envers une figure de soins non-régulière ne sera pas différent du degré d'attachement envers les autres professionnels, tel qu'évalué par la figure de soins non-régulière.

4) Quelles observations pouvons-nous faire sur le degré de troubles émotionnels et comportementaux de l'adolescent présentés par l'enfant et son degré de sécurité d'attachement tels qu'évalués par les deux figures de soins? Nous présumons que si l'évaluation révèle que l'adolescent présente des troubles du comportement, le résultat de l'évaluation des comportements de sécurité d'attachement sera faible.

Sur la base des résultats obtenus, des lignes directrices pour l'analyse clinique de l'attachement auprès d'enfants/adolescents présentant une DI pourront être présentées. Ces lignes directrices sont importantes pour apporter des pistes d'interprétation permettant de mieux comprendre les comportements d'attachement et les problématiques comportementales des enfants/adolescents présentant une DI et placés en résidence; et favoriser la mise en place des structures d'intervention aidant au développement d'un lien d'attachement sécurisant avec les figures de soins et diminuant ainsi les risques d'apparition ou de maintien de problématiques comportementales.

CHAPITRE III

MÉTHODE

3. Méthode

3.1 Participants

Un adolescent présentant une DI et placé en résidence ainsi que deux de ses figures de soins, une principale et une non-régulière, ont participé à cette étude. Au moment de l'évaluation, l'adolescent est âgé de 17 ans et est d'origine caucasienne. Il habite à temps complet dans une résidence intermédiaire en milieu familial depuis près de 2 ans et fréquente à l'occasion une ressource intermédiaire non-familiale. La résidence spécialisée où il vit fait partie des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de la province de Québec. Cette résidence constitue un deuxième placement pour cet adolescent, qui présente une déficience sévère à profonde. Les intervenants ne rapportent aucun historique d'abus. L'adolescent a de façon relativement régulière des contacts avec ses parents biologiques ou d'autres membres de sa famille biologique et élargie.

Les deux figures de soins, ayant participé à cette étude, interviennent auprès de cet adolescent selon une intensité différente. La première figure de soins (Évaluateur E1)

est la figure principale, soit un intervenant régulier qui travaille au moins 4 jours par semaine avec l'adolescent, alors que la deuxième figure de soins (évaluateur E2) est un intervenant non-régulier qui travaille avec l'adolescent 3 jours ou moins par semaine. L'adolescent reçoit aussi des soins d'autres intervenants pendant la semaine. Les deux figures de soins participant à notre projet sont un homme et une femme d'origine caucasienne. La figure de soins régulière est un parent d'accueil, ayant réalisé des études universitaires de 1^{er} cycle en administration. Son âge n'est toutefois pas disponible parmi les informations que nous avons recueillies. La figure de soins non-régulière est une éducatrice spécialisée et est âgée de 32 ans. Les deux connaissent l'enfant depuis près de deux ans.

3.2 Considérations éthiques

Le projet répond aux normes éthiques de la recherche avec des personnes vulnérables et mineures, il a reçu une approbation éthique du Comité éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CERPE) ainsi que du Comité éthique de la recherche conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CÉRC/CRDITED). Les consentements des parents pour la participation de leur enfant/adolescent et des intervenants/évaluateurs pour leur propre participation ont été obtenus afin de pouvoir procéder à l'évaluation de l'enfant/adolescent. Les consentements ont été soutenus par une description détaillée de l'étude afin de s'assurer du consentement libre et éclairé des participants. Il leur a

également été possible de communiquer avec la chercheuse principale afin d'obtenir des informations supplémentaires au besoin.

3.3 Procédure

Le recrutement a été fait auprès des différents Centres de réadaptation en déficience intellectuelle de la province du Québec, entre septembre 2015 et septembre 2017².

Les personnes responsables de la recherche dans chacun des centres ont été contactées par téléphone afin d'obtenir les autorisations requises pour procéder au recrutement dans leur région. Les centres ayant un intérêt pour la recherche ont reçu tous les documents par courriel en format pdf et avaient le mandat de distribuer les documents (incluant lettre de présentation, dépliant explicatif, description du projet, liste de procédures, formulaires de consentement) (Voir Annexes A, B, C, D, E, F, G, H) dans les ressources d'hébergement susceptibles de pouvoir répondre aux critères de participation. Les intervenants intéressés à participer au projet ont présenté le

² Tous les centres de réadaptation de la province de Québec ont été sollicités, avec l'objectif initial de recruter une trentaine de participants. De multiples démarches ont été effectuées afin d'obtenir un plus grand nombre de participants. Cependant, à la suite de la restructuration de 2015 dans le réseau de la santé ayant engendré l'intégration des CRDITED au sein des CIS et des CIUSSS, plusieurs obstacles et délais (tant sur le plan du personnel administratif que des intervenants) ont été encourus. Parmi les démarches effectuées auprès des centres, des formulaires de convenance propres à chacun, ont été complétés à la suite de nombreux appels téléphoniques et l'échange de nombreux courriels dans le but d'obtenir l'autorisation de procéder au recrutement. En dépit de la disponibilité de la chercheuse principale afin de présenter le projet aux équipes de travail, un seul centre s'est prévalu cette opportunité. Deux centres sur 18 sollicités ont participé au recrutement dans leurs milieux d'hébergement. De ces deux centres, un seul a réussi à obtenir le consentement des parents pour la participation d'un enfant à l'étude. Ceci explique pourquoi un seul enfant et ses deux figures de soins ont participé à l'étude.

projet aux parents ou responsables légaux des enfants/adolescents répondants aux critères de participation en leur remettant également les documents descriptifs du projet. Lorsque les formulaires de consentement des parents-responsables légaux ont été reçus par les intervenants, ces derniers ont pu compléter de façon indépendante, les questionnaires en ligne via la plateforme Survey-Monkey. Cette plate-forme possède de nombreuses mesures de protection des usagers et des données incluant une politique de confidentialité, une politique anti-spam, une déclaration de sécurité, un certificat de conformité au RGPD (Règlement général sur la protection des données) et une politique relative aux cookies. La déclaration de sécurité garantit la sécurité des données qui sont hébergées aux centres certifiés SOC 2 de classe mondiale, incluant des procédures de surveillance et des mesures de protection très strictes pour l'enregistrement et l'entreposage des données.

Sur cette plateforme web, un total de quatre questionnaires pour chaque enfant/adolescent participant devait être complété par deux de ses intervenants : 1) Un questionnaire d'informations socio-démographiques au sujet de l'enfant/adolescent (Voir Annexe I); Un questionnaire d'informations socio-démographiques au sujet de l'évaluateur (Voir Annexe J); 3) un questionnaire sur la sécurité d'attachement : le Secure Base Safe Haven Observation list (SBSHO, De Schipper & Schuengel, 2006, 2010) (Voir Annexe K); et 4) un questionnaire sur les troubles de comportement : le Developmental Behaviour Checklist, version parent (DBC-P, Einfeld & Tonge, 1992)

(Non Disponible). Les questionnaires ont été complétés en ligne par les deux intervenants de façon indépendante.

3.4 Instruments

Informations socio-démographiques sur l'enfant Un questionnaire portant sur des informations de base sur l'adolescent a été rempli par l'évaluateur E1 et l'évaluateur E2 incluant des informations au sujet de l'adolescent, tel son âge, son sexe, sa nationalité, le temps passé en résidence, son histoire de placement et les diagnostics au dossier de santé si disponibles. Ce questionnaire avait pour but d'établir la présence et le niveau de déficience intellectuelle de l'adolescent évalué.

Informations sur les intervenants figures de soins (évaluateurs E1 et E2). Ce questionnaire vise à recueillir des informations socio-démographiques sur les figures de soins, tel leur âge, fonction, depuis combien de temps ils connaissent l'adolescent, et leur formation. Ce questionnaire a été rempli par les deux évaluateurs (E1 et E2).

L'attachement de l'adolescent à ses figures de soins en résidence. Le questionnaire Secure Base Safe Haven Observation list (SBSHO, De Schipper & Schuengel, 2006), soit une version courte et sous forme de questionnaire du Tri-de-Cartes d'attachement de Waters (1995), a été complété par l'évaluateur E1 et E2 pour évaluer le degré de sécurité du lien d'attachement de l'adolescent à la figure de soins principale, la figure de soins non-régulière et les autres professionnels qui lui offre des soins. Cet

instrument comprend 20 énoncés selon une échelle de type Likert à 7 points et dont les scores plus élevés décrivent un comportement d'attachement plus sécurisant: 1 (n'est pas du tout caractéristique chez cet enfant), 2 (n'est pas ou peu caractéristique chez cet enfant), 3 (n'est pas si caractéristique chez cet enfant), 4 (n'est ni caractéristique ni habituel chez cet enfant), 5 (est parfois caractéristique chez cet enfant), 6 (est caractéristique chez cet enfant) et 7 (est très caractéristique chez cet enfant). Ce questionnaire génère un score total (étendu 0 à 154). Plus le score est élevé plus l'enfant présente un attachement sécurisant. Les énoncés ont été sélectionnés parmi les items du Tri-de-cartes version longues de 90 items identifiés par des juges experts comme décrivant des comportements d'attachement typiquement sécurisant. Aucun des énoncés choisis dans la version courte sous forme de questionnaire ne fait référence à l'attachement insécurisant. Notons que deux items développés par De Schipper et al. (2010) ont été ajoutés au questionnaire afin de davantage spécifier les comportements d'attachement des enfants/adolescents avec une DI. Ces items sont les suivants : *Quand cet enfant est embêté par un des membres de l'équipe, il va chercher la proximité de cette personne; Cet enfant aime quand les autres membres de l'équipe l'imitent.*

Les énoncés du questionnaire SBSHO se présentent sous la forme de deux séries (Série a et Série b) évaluant le degré de sécurité à l'égard des autres figures de soins (Série a) et à l'égard de la figure de soins répondante (Série b). Cet outil a été utilisé dans deux études (De Schipper & Schuengel, 2010; De Schipper & Schuengel, 2006)

incluant des jeunes enfants et des adolescents ayant une DI. De bons indices de fidélité ont été obtenus dans ces études (consistance interne de .93). L'âge développemental et l'âge chronologique n'ont pas été liés aux scores de sécurité. Cet outil n'est actuellement disponible qu'en anglais. Cependant, comme les items de cet outil proviennent de la version française du Tri-de-cartes d'attachement (Tarabulsy et al., 2005), les items correspondant de cette version française ont donc été utilisés pour la version francophone du SBSHO.

Ainsi, dans notre étude, ce questionnaire a été rempli par chacune des figures de soins pour évaluer le degré de sécurité d'attachement de l'adolescent dans un premier temps à l'égard des autres professionnels (série a), et dans un second temps à leur propre égard (série b). Au final, quatre scores de sécurité de l'adolescent ont été obtenus, soient : 1) un score à l'égard des autres professionnels, tel que complété par l'évaluateur E1, à partir de la Série a; 2) un score à l'égard des autres professionnels, tel que complété par l'évaluateur E2, à partir de la Série a; 3) un score à l'égard de l'évaluateur E1 (figure de soins principale) tel que complété par E1 lui-même, à partir de la Série b; 4) un score à l'égard l'évaluateur E2 tel que complété par l'évaluateur E2 lui-même, à partir de la Série b.

Les troubles émotionnels et comportementaux. Les troubles émotionnels et comportementaux ont été évalués à partir du DBC-P (*Developmental Behavior Checklist*, version parent; Einfeld & Tonge, 1992). Cet outil a été conçu pour les enfants et les adolescents de 4 à 18 ans, ayant une DI légère à moyenne. Il a été

complété par les deux figures de soins. Il est très utilisé autant en recherche qu'en clinique comme mesure des troubles émotionnels et comportementaux chez les enfants ayant une DI (Einfeld et al. 1997; Parmenter et al., 1998; Dekker, Nunn et Koot, 2002; Witwer et Lecavalier, 2009). Sa structure est inspirée de celle du questionnaire étalon pour l'évaluation des troubles du comportement chez les enfants, le *Child Behavior Checklist* (CBCL : Achenbach & Edelbrock, 1983). Le DBC est actuellement disponible en français. La version parent (DBC-P) comporte trois énoncés de plus que la version enseignant (DBC-T). Ces énoncés sont les suivants : 1) énoncé 30 (*a des cauchemars, des terreurs nocturnes ou des crises de somnambulisme*), 2) énoncé 67 (*Dort trop peu, sommeil agité*) et 3) énoncé 69 (*Dort trop*). Ces énoncés ne sont pas inclus à la version enseignante car les enseignants peuvent difficilement se prononcer sur les habitudes de sommeil des enfants. Pour notre étude, nous avons donc choisi la version parent étant donné que le milieu d'évaluation n'est pas un milieu scolaire mais plutôt un milieu de vie et que les évaluateurs sont des figures de soins en milieu résidentiel et sont ainsi en mesure de se prononcer sur les habitudes de sommeil de l'enfant.

Le DBC-P (version parent) comprend 96 énoncés, selon une échelle likert de 3 points : 0 (pas vrai), 1 (assez ou parfois vrai) et 2 (très vrai ou souvent vrai). Ce questionnaire génère un score total (étendue 0 à 126) et des scores sur 5 sous-échelles: 1) Perturbateur/ antisocial (étendue 0 à 47), 2) Égocentrique (étendue 0 à 51), 3) Trouble de la communication (étendue 0 à 22), 4) Anxiété (étendue 0 à 16) et

5) compétences sociales (étendue 0 à 16). Le score clinique du DBC-P est de 46 pour le score global. Des scores élevés à ce questionnaire indiquent la présence de troubles émotionnels et comportementaux chez l'enfant/adolescent. Dans cette étude, nous utiliserons les scores obtenus à l'échelle globale et aux 5 sous-échelles. Les résultats obtenus à ce questionnaire peuvent être présentés dans un tableau afin de situer les scores de l'enfant sur un rang centile avec un point de coupure au 46^e percentile, et ce, selon 3 niveaux différents de déficience intellectuelle (légère, moyenne, sévère). Selon l'étude de validation (Einfeld, & Tonge, 1992), les personnes avec une déficience intellectuelle plus sévère présentent de façon générale aux différentes échelles du DBC-P des scores plus élevés (seule l'échelle *Anxiété* ne révèle aucune différence significative entre les niveaux de déficience). De plus, cette étude a montré que les garçons ont généralement des scores plus élevés que les filles à la sous-échelle de compétences sociales. Enfin, il a été montré que les enfants de moins de 9 ans (âge chronologique) obtenaient des scores plus élevés aux sous-échelles *Égocentrique* et *Anxiété*. L'âge n'est pas lié aux autres sous-échelles. Une consistance interne excellente est observée (.94) par les auteurs de l'instrument pour le score total et des coefficients de consistance interne de bon à excellent (de .62 à .91) sont observés pour les 5 sous-échelles.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

4. Résultats de l'objectif selon 4 questions

4.1 Question 1 : Est-ce que les évaluations de l'attachement de l'adolescent par ses figures de soins montrent un degré de fidélité inter-juge suffisant pour conclure que ces deux évaluations sont fiables et valides?

Afin de répondre à cette question, nous avons examiné la correspondance entre les évaluations des deux figures de soins concernant le degré de sécurité d'attachement de l'adolescent à l'égard des autres professionnels (série a). Les résultats d'un test-*t* apparié ne révèle aucune différence significative entre les scores aux items d'attachement évalués par E1 à la série a et ceux de E2 à la série a ($t = 1,93, p = 0,068$). Bien que non-significative, cette différence est cependant marginale. Ce résultat indique que les deux évaluateurs sont en accord dans leur évaluation des comportements de sécurité d'attachement de l'adolescent vis-à-vis des autres professionnels, mais que E2 tend à percevoir un degré plus élevé de sécurité chez l'adolescent que E1 (voir Tableau 1). L'écart-type relativement élevé de la moyenne associée à E2 nous indique par ailleurs que E2 aurait une perception moins homogène

des comportements d'attachement de l'adolescent, tantôt il le perçoit comme ayant des comportements caractéristiques de la sécurité et tantôt c'est l'inverse, alors que la perception de E1 semble constante à travers les items.

Tableau 1. *Moyenne des items à l'échelle de sécurité d'attachement de l'enfant envers les autres professionnels selon l'évaluation de deux figures de soins*

	Accord inter-juge entre les deux évaluateurs		
	Figure de soins principale (E1)	Figure de soins non-régulier (E2)	Tests-t ($df = 21$)
Attachement	<i>M (E.T.)</i>	<i>M (E.T.)</i>	
Envers les autres professionnels	2,36 (1,14)	3,18 (2,15)	1,93

Note. $p = 0,07$

4.2 Question 2 : L'adolescent recruté présente-t-il des comportements d'attachement envers ses figures de soins?

Afin de répondre à cette question, nous avons examiné les scores de tous les items aux séries a et b des questionnaires d'attachement complétés par les deux évaluateurs. Nous observons une étendue de scores à l'ensemble des items qui varie entre 1 et 7 : 25 items sur 88 (28% des items) ont reçu un score de 1 (*N'est pas du tout caractéristique chez cet enfant*), 22 items sur 88 (25% des items) ont reçu un score de 2 (*N'est pas ou peu caractéristique chez cet enfant*), 8 items sur 88 (9% des items) ont un score de 3 (*N'est pas si caractéristique chez cet enfant*), 9 items sur 88 (10% des items) ont reçu un score de 4 (*N'est ni caractéristique ni habituel chez cet enfant*), 9 items sur 88 (10% des items) ont reçu un score de 5 (*Est parfois*

caractéristique chez cet enfant) et 15 items sur 88 (17%) ont reçu un scores de 6 (*Est caractéristique chez cet enfant*). Le score de 7 (*Est très caractéristique chez cet enfant*) n'a obtenu aucune cote sur 88. Les cotations 1, 2, 3 et 4 réfèrent à une observation non habituelle des comportements de sécurité (*pas, peu ou pas si caractéristique chez cet enfant*), tandis que les cotations 5, 6, et 7 révèlent des indices de la présence réelle du comportement de sécurité observé chez cet enfant.

D'une part, puisque seulement 28% des items ont reçu la cote de 1, nous concluons à la capacité de l'adolescent de présenter des comportements d'attachement envers ses figures de soins. D'autre part, ces statistiques descriptives révèlent que seulement 27% des items (24 items sur 88) ont reçu un score de 5 et plus, nous indiquant que le degré de sécurité total des comportements d'attachement émis par l'adolescent envers l'ensemble de ses figures de soins est faible (voir Tableau 2).

Une comparaison descriptive des réponses aux items par chacun des évaluateurs (voir Tableau 2) nous permet de mieux comprendre pourquoi E2, la figure d'attachement non-régulière, semble percevoir l'adolescent comme présentant un degré de sécurité d'attachement plus élevé. Précisément, nous observons que les scores de sécurité plus élevés (5, 6 et 7) sont donnés à six items par l'évaluateur E1 (intervenant principal) alors que des scores de 5, 6, et 7 sont donnés par l'évaluateur E2 (Intervenant non-régulier) à 18 items.

Tableau 2. *Fréquences des réponses aux items à l'échelle de sécurité d'attachement de l'enfant envers sa figure de soins principale et les autres professionnels selon l'évaluation des deux figures de soins*

Scores des évaluateurs aux items du questionnaire d'attachement			
Scores de l'intervenant	Fréquences des scores aux items		%
1	25	(E1 = 8, E2 = 17)	28
2	22	(E1 = 17, E2 = 5)	25
3	8	(E1 = 6, E2 = 2)	9
4	9	(E1 = 7, E2 = 2)	10
5	9	(E1 = 6, E2 = 3)	10
6	15	(E1 = 0, E2 = 15)	17
7	0	(E1 = 0, E2 = 0)	0
Total		88	

Note. E1 = Figure de soins 1, E2 : Figure de soins 2.

Afin de dresser un portrait encore plus détaillé des comportements de sécurité d'attachement de l'adolescent, il semble également pertinent de préciser les items ayant reçu un score de 5 et plus par la figure de soins principale. Ces six items sont répartis comme suit : 1a) Le contact physique avec les membres de l'équipe aide à reconforter cet enfant; 1b) Le contact physique avec moi aide à reconforter cet enfant; 2b) Cet enfant me regarde quand il se passe quelque chose d'excitant ou de dangereux (dans une telle situation, cet enfant commence à faire quelque chose seulement après avoir trouvé le contact visuel avec moi); 3a) Quand cet enfant a peur de quelque chose ou que quelque chose le surprend, il se rapproche d'un membre de l'équipe; 3b) Quand cet enfant a peur de quelque chose ou que quelque chose le surprend, il se rapproche de moi; 4b) Je peux reconforter cet enfant en lui donnant de l'attention et en lui parlant. En résumé, il semble que les items ayant reçu un score de

5 et plus par l'évaluateur E1 révèlent que le contact, la proximité physique ainsi que le contact visuel sont de bons moyens pour le reconforter.

4.3 Question 3 : Le degré de sécurité d'attachement à la figure de soins principale est-il significativement différent du degré de sécurité d'attachement aux autres figures de soins?

Afin de répondre à cette question, nous avons examiné si l'adolescent présente une préférence marquée pour sa figure de soins principale comparativement aux autres professionnels. Puisque E1 et E2 ne sont pas totalement en accord (résultat marginal obtenu à la question 1), nous avons seulement procédé à une comparaison intra-évaluateur : 1) attachement envers soi-même de E1 (série a) versus attachement envers les autres professionnels de E1 (série b); 2) attachement envers soi-même de E2 (série a) versus attachement envers les autres professionnels de E2 (série b). Les résultats sont présentés dans le Tableau 3.

Évaluation de E1. Les résultats d'un test-*t* apparié montre une différence significative entre les réponses aux items de E1 à la série a et ses réponses aux items de la série b ($t = 3.52, p = 0,002$). Ces résultats indiquent que selon E1, l'adolescent présente un degré de sécurité d'attachement plus élevé envers lui-même qu'envers les autres professionnels.

Évaluation de E2. Les résultats d'un test-*t* apparié ne montre aucune différence significative entre les réponses aux items de E2 à la série a et ses réponses de la série b ($t = 1.37, p = 0,186$). Ces résultats indiquent que selon E2, l'adolescent

présente un degré de sécurité d'attachement envers lui-même qui n'est significativement pas différent du degré de sécurité envers les autres professionnels.

Tableau 3. *Moyenne des items à l'échelle de sécurité d'attachement de l'enfant envers sa figure de soins principale et les autres professionnels selon l'évaluation de deux figures de soins*

	Envers qui l'attachement est évalué?		
	Envers soi-même	Envers les autres professionnels	Tests-t (<i>df</i> = 21)
Par qui l'attachement est évalué ?	<i>M (E.T.)</i>	<i>M (E.T.)</i>	
Figure de soins régulière (E1)	3,00 (1,45)	2,36 (1,14)	3,52*
Figure de soins non-régulière (E2)	3,45 (2,39)	3,18 (2,15)	1,37

Note. * $p = 0,002$

4.4 Question 4 : Que révèlent les évaluations des deux figures de soins sur la sécurité d'attachement de l'enfant considérant ses troubles émotionnels et comportementaux?

Pour répondre à cette question, nous avons 1) d'abord comparé les scores des deux évaluateurs aux évaluations des troubles émotionnels et comportementaux (DBC-P).

2) Ensuite, nous avons examiné les scores du DBC-P et ceux du SBSHO, tel qu'évalués par les deux évaluateurs;

Comparaison des figures de soins. Les données descriptives indiquent que les scores de rang centile selon la figure de soins principale (E1) se situent au-dessus du seuil clinique sur toutes les échelles du DBC-P. Rappelons-nous qu'un score au-delà du seuil clinique révèle que cette échelle présente une problématique. Nous

constatons par ailleurs que la sous-échelle *Compétences sociales* est la plus élevée. Ainsi, selon la figure de soins principale (E1), l'adolescent présente de sévères difficultés dans toutes les dimensions évaluées par ce questionnaire, en particulier pour les compétences sociales.

Les scores de rang centile selon la figure de soins non-régulière (E2) se situent également au-dessus du seuil clinique sur presque toutes les sous échelles, à l'exception du score de rang centile de l'échelle *Compétences sociales*, qui est le seul à être sous le seuil clinique. Nous observons par ailleurs que les difficultés les plus marquantes, selon E2, sont aux échelles de comportements *perturbateur/ antisocial* et *égocentrique*. Ainsi, selon la figure de soins non-régulière (E2), l'adolescent présente des difficultés importantes à plusieurs égards, mais les atteintes semblent moins graves pour les compétences sociales.

Tableau 4. Résultats de l'évaluation des troubles émotionnels et comportementaux de l'enfant à partir du DBC-P selon les deux figures de soins

Échelles du DBC-P	Score en rang centile au DBC-P	
	Evaluateur 1	Evaluateur 2
Perturbateur/antisocial	66*	80*
Égocentrique	66*	76*
Trouble de la communication	62*	48*
Anxiété	64*	64*
Compétences sociales	78*	36
Score total (échelle globale)	64*	68*

* Au-dessus du seuil clinique de 46 selon l'échelle globale

L'attachement et les troubles émotionnels et comportementaux. Pour mieux comprendre les troubles de comportement de l'enfant en fonction des comportements

d'attachement tels que perçus par ses évaluateurs, nous avons croisé de façon descriptive les scores aux évaluations faites par les figures de soins aux deux questionnaires. Nous constatons que E1, lequel perçoit généralement moins de sécurité d'attachement chez l'adolescent, perçoit des troubles émotionnels et comportementaux à toutes les sous-échelles. De plus, on remarque que les résultats de E1 semblent assez homogènes, comme si l'adolescent présente à peu près le même niveau de difficultés à toutes les dimensions évaluées. À l'opposé, E2 selon lequel l'adolescent présente plus de sécurité d'attachement, perçoit moins de troubles émotionnels et comportementaux chez l'adolescent que E1 à deux sous-échelles (trouble de la communication et compétences sociales) et plus de troubles émotionnels et comportementaux pour deux autres sous-échelles (Perturbateur/antisocial et égocentrique). En particulier, nous notons qu'alors que E1 considère que les difficultés les plus marquées de l'adolescent sont sur le plan des compétences sociales, l'évaluateur 2 ne rapporte aucun problème clinique à cette sous-échelle. En fait, la dimension où il note le plus de difficultés est l'échelle de comportements perturbateurs et antisociaux. Ce résultat peut paraître surprenant mais pourrait s'expliquer par le fait que les personnes ayant de bonnes compétences sociales ont probablement moins de difficultés à s'affirmer, ce qui est positif dans un cadre approprié. Mais lorsque la personne présente des difficultés, il est possible que ses capacités à s'affirmer l'amènent à exprimer de façon plus dérangeante ses besoins non comblés.

CHAPITRE V

DISCUSSION ET CONCLUSION

5.1. Discussion

Cette étude avait pour objectif de mieux comprendre le degré de sécurité d'attachement et les troubles émotionnels et comportementaux chez un adolescent présentant une déficience intellectuelle et placé en résidence considérant ses difficultés de régulation émotionnelle à partir d'une méthode simplifiée comportant l'utilisation de questionnaires. Très peu d'études ont examiné l'attachement d'enfants avec une DI à l'égard des figures qui leur offrent des soins en résidence. À notre connaissance, une seule équipe a réalisé de tels travaux (De Schipper et al., 2010). Afin de documenter nos connaissances sur cette clientèle, nous avons donc réalisé une étude de cas, où nous avons demandé à deux évaluateurs, soient la figure de soins principale d'un adolescent en résidence et une figure de soins non-régulière, de compléter des questionnaires sur ses comportements d'attachement et ses troubles émotionnels et comportementaux. Nous présentons donc ici les résultats de notre étude ainsi que ses implications cliniques afin de proposer des pistes d'évaluation et d'intervention pour cette clientèle.

5.1.1 L'attachement

D'abord, et ceci constitue un point fort de notre étude, nous avons, avant d'analyser les données recueillies, cherché à établir la fiabilité de nos données. Que l'étude ne comporte qu'un seul participant pour une étude de cas ou plusieurs participants pour un devis quantitatif, il importe de vérifier si les évaluateurs de notre étude ont une perception similaire de l'attachement. Une façon de faire est de vérifier si ces évaluateurs présentent un accord inter-juges sur des observations qui ne les impliquent pas personnellement. Ainsi, nous leur avons demandé d'évaluer l'attachement de l'adolescent à l'égard des autres professionnels (série a). Nos analyses sur l'ensemble des items évalués par les deux évaluateurs montrent que les degrés d'attachement de l'adolescent à l'égard des autres professionnels ne sont pas significativement différents. L'examen des écarts-types nous révèle par ailleurs une perception plus homogène des comportements d'attachement de l'adolescent par la figure de soins principale, ce qui laisse penser que la figure de soins principale a une perception plus cohérente que la figure de soins non-régulière, laquelle connaît certainement moins bien l'adolescent.

Un résultat important de notre étude montre que l'adolescent évalué est capable d'exprimer des comportements d'attachement à l'égard de l'ensemble de ses figures de soins. À l'échelle d'attachement, tel qu'évalué par les deux évaluateurs à la série a et b, l'adolescent n'a pas obtenu une majorité de scores de 1, qui aurait montré tout simplement sa faible capacité d'émettre des comportements d'attachement. Ceci est

en lien avec d'autres études qui indiquent effectivement que les enfants avec une DI montrent des comportements d'attachement à l'égard de leur parent (Berry et al., 1980; Ganiban et al., 2000; Thompson et al., 1985; Van Ijzendoorn et al., 1992; Vaughn, Goldberg et al., 1994). Ce résultat est important pour la clinique, car un enfant qui a un lien d'attachement avec une figure de soins peut apprendre à utiliser cette relation pour réguler ses comportements et émotions autour de sa figure de soins, c'est-à-dire qu'il peut apprendre à utiliser sa figure de soins pour s'apaiser en situation de détresse et ainsi résoudre ses difficultés. Dans le contexte de la présente étude, ce résultat suggère que les comportements d'attachement, que ceux-ci mettent en évidence un degré de sécurité d'attachement plus faible ou élevé, constituent des leviers potentiels d'intervention. En d'autres mots, lorsqu'un enfant présente des comportements d'attachement envers une figure de soins, c'est que cette figure a une importance dans l'organisation de sa détresse. Ainsi en aidant cette figure d'attachement à bien décoder le sens des comportements d'attachement qui sont émis à son égard, on peut promouvoir des réponses de sa part qui sont plus susceptibles d'adresser les besoins de l'enfant, de promouvoir sa sécurité et diminuer ses problèmes de comportement. D'ailleurs, les programmes d'intervention fondés sur l'attachement reposent fondamentalement tous sur ce principe (Steele & Steele 2017). Cependant, nos résultats indiquent que le degré de sécurité d'attachement de l'adolescent envers l'ensemble de ses figures de soins (série a et b) est généralement faible. Les items du questionnaire d'attachement ont été choisis précisément parce qu'ils représentent des situations précises de comportements d'attachement sécurisant

(De Schipper et Schuengel, 2010). Nos résultats indiquent que l'adolescent de notre étude présente une proportion importante d'items dont les cotations sont caractéristiques de l'insécurité, voire 72% des items ont reçu un score de 4 et moins. Dans l'étude de De Schipper et al. (2010), le score moyen de degré de sécurité d'attachement pour les enfants avec une DI sans autisme ($n = 101$) envers l'ensemble de leur figure de soins en résidence était de 4,01 ($É.T.=1,15$). L'adolescent de notre étude présente quant à lui des scores envers l'ensemble de ses figures de soins qui varient entre 2,36 et 3,45, ce qui suppose un degré de sécurité aussi faible si non plus que la moyenne des autres enfants avec une DI en résidence. Nous pouvons donc conclure que l'adolescent évalué présente de façon générale et envers l'ensemble de figures de soins un degré de sécurité d'attachement faible.

Malgré cette faible capacité d'émettre des comportements d'attachement sécurisant, l'adolescent de notre étude aurait néanmoins, et aux dires de sa figure de soins principale, développé un meilleur lien avec elle en comparaison aux autres professionnels. Ce qui est distinct des perceptions de la figure de soins non-régulière, pour laquelle l'adolescent se comporterait de façon similaire envers tous. D'une part, cela suggère que la figure de soins non-régulière est peut-être moins bien placée que la figure de soins principale pour évaluer l'attachement de l'enfant. D'autre part, ces résultats laissent supposer que l'adolescent a une préférence marquée pour sa figure de soins principale. Le fait que l'adolescent puisse présenter un lien significatif plus sécurisant avec sa figure de soins principale est une grande force pour celui-ci. Cela

suppose qu'il a développé un lien d'attachement sélectif auprès de cette figure de soins; et qu'à travers ce lien, il pourrait justement améliorer sa capacité à émettre des comportements sécurisants. Afin d'améliorer cela, il convient alors de se pencher sur la nature de ces comportements. En regardant les items de façon détaillée, on remarque que ceux ayant reçu un score de 5 et plus selon E1 et ayant contribué à montrer qu'il présente une capacité à émettre des comportements de sécurité d'attachement sont des items révélant l'importance de la proximité et du contact physique et visuel avec l'intervenant lorsqu'il a besoin d'être rassuré. Ainsi, dans un plan d'intervention éventuel, il serait important d'utiliser les forces mises en lumière par cette évaluation.

5.1.2 L'attachement et les problèmes de comportement

Les résultats aux évaluations portant sur les troubles de comportement et de santé mentale de l'enfant selon les deux figures de soins révèlent que cet enfant présente des troubles cliniques de comportement et de santé mentale à toutes les sous-échelles à l'exception de la sous-échelle des compétences sociales selon la figure de soins non-régulière. Dans leur étude, De Schipper et Schuengel (2010) ont montré que plus les participants présentaient des comportements de sécurité d'attachement, moins ils montraient d'irritabilité, d'hyperactivité et de comportements stéréotypés.

L'adolescent évalué dans notre étude présente également un faible degré de sécurité associé à des scores cliniques de troubles du comportement. Ces observations sont cohérentes avec l'étude de De Schipper et Schuengel (2010) et appuient notre

hypothèse selon laquelle nous présumons que la présence de troubles de comportement et de santé mentale serait accompagnée d'un faible degré de sécurité d'attachement.

La relation d'attachement avec une figure de soins représente un important facteur de protection pour la prévention des troubles de comportement (Janssen et al., 2002).

Ainsi, en raison de sa très faible capacité à présenter des comportements d'attachement sécurisant, l'adolescent de notre étude pourrait avoir du mal à gérer le stress que les situations de la vie quotidienne lui font vivre, ce qui pourrait l'amener à manifester des troubles de comportement. Nos analyses descriptives des troubles de comportement selon les évaluateurs indiquent que la figure de soins principale observe chez l'adolescent des difficultés à toutes les sous-échelles, en particulier aux compétences sociales. À l'opposé, la figure de soins non-régulière perçoit des difficultés cliniques à chacune des sous-échelles à l'exception des compétences sociales, et considère que les difficultés les plus importantes sont aux échelles de comportements perturbateurs/antisociaux et d'égoцентриté. Ainsi, il semble que les deux évaluateurs ont une perception assez différente des compétences sociales de cet adolescent. Dans l'étude de fidélité inter-juge du DBC (Einfeld & Tonge, 1994), on relève que de façon générale, les résultats de l'évaluation des parents sont plus élevés que ceux des enseignants. Ils expliquent cela par le fait que les parents sont souvent plus sévères envers leurs enfants que les enseignants. Il est possible que nous observions ici un phénomène similaire, renforçant l'idée qu'une relation significative

et sélective est présente avec la figure de soins principale. On pourrait également penser que la figure de soins principale est plus sensible aux difficultés de l'adolescent et attribue ces difficultés à des lacunes sur le plan des apprentissages d'habiletés sociales plutôt qu'à des comportements dérangeants. Autrement dit, il est possible qu'ayant une relation plus privilégiée avec l'adolescent, la figure de soins principale ait plus d'empathie vis-à-vis de ses problèmes de comportement et soit moins portée à les juger comme perturbateurs/anti-sociaux ou égocentriques.

5.1.3 Lignes directrices pour l'évaluation-intervention

Cet essai propose quelques lignes directrices pour l'évaluation de l'attachement et des comportements problématiques chez les enfants présentant une DI hébergés en résidence spécialisée. Notamment, nous pensons que l'étude actuelle peut orienter la pratique clinique sur les aspects suivants : 1) L'évaluation de l'attachement par la figure de soins principale (l'intervenant), 2) L'importance d'une figure de soins principale et de sa stabilité dans le temps, 3) L'identification des forces de l'enfant, 4) Le plan d'intervention.

L'évaluation de l'attachement par la figure de soins principale (l'intervenant).

Spécifiquement, nous suggérons l'utilisation de l'outil SBSHO pour évaluer la dimension relationnelle, en l'occurrence les comportements d'attachement, des enfants avec une DI en résidence. Walker et al. (2016) présente les modèles d'évaluations actuels pour l'attachement chez les personnes ayant une DI. Selon eux,

la majorité des outils répertoriés sont très difficiles, voire impossibles à utiliser sur le plan clinique pour cette clientèle étant donné la complexité, la durée et les coûts de la formation nécessaire à leur utilisation. De plus, seulement quatre de ces outils sont adaptés à la DI, et parmi les quatre, seuls les auteurs du SBSHO ont ajusté certains items à l'évaluation des enfants et des adolescents ayant une DI modérée à sévère. Cet outil comporte également de nombreux autres avantages : il est le seul outil à ce jour pouvant faire une évaluation de l'attachement chez l'enfant DI sous la forme simple d'un questionnaire, il ne nécessite aucune formation complexe et il est rapide à administrer. Il possède d'excellentes qualités psychométriques soit : une forte concordance avec le Tri-de-Carte version longue, une consistance interne élevée et permet une fidélité inter juges modérée (De Schipper et al., 2009). Buntinx (2008) souligne son utilisation intéressante à des fins de prévention de la santé mentale lors de changement de personnel car il permet de mieux comprendre rapidement les comportements d'attachement de l'enfant. Ces raisons en font un outil de choix pour les milieux d'intervention qui disposent de peu de ressources pour ce genre de travail. Notre essai est la quatrième étude qui en fait l'usage et la première qui le propose comme seul outil d'évaluation clinique de l'attachement. Et nous le faisons car nous pensons que d'offrir un moyen plus accessible aux milieux d'intervention pourra faciliter l'intégration et l'utilisation des principes de la théorie de l'attachement dans les milieux d'interventions en DI.

L'importance d'une figure de soins principale et de sa stabilité dans le temps. Les résultats de notre étude suggèrent qu'il apparaît préférable que ce soit la figure de soins régulière qui procède à l'évaluation. L'évaluation du degré de sécurité d'attachement envers les autres professionnels par la figure de soins principale n'est pas si différente de celle de la figure de soins non-régulière, mais est plus homogène. De plus, le fait que l'adolescent présente un degré de sécurité différent avec la figure de soins principale, indiquant qu'il a une préférence marquée pour cette dernière comme personne mieux positionnée pour le sécuriser, nous mène à penser qu'elle est également mieux placée pour comprendre et évaluer l'adolescent. Ces idées viennent appuyer le fait que dans un milieu résidentiel avec des enfants/adolescents présentant des troubles du comportement, il est important de favoriser le plus possible la stabilité des figures de soins. Tel que le stipule De Schipper et Schuengel (2010), il est important de s'assurer que l'enfant puisse compter sur une personne en particulier afin de lui permettre de développer un sentiment de sécurité.

Identification des forces de l'enfant. Sur la base des résultats de notre étude, nous proposons d'identifier les forces relationnelles de l'enfant comme des leviers potentiels de changement. En décelant les forces relationnelles des enfants, en termes de stratégies et de comportement d'attachement sécurisant, on comprend mieux comment l'enfant peut communiquer ses besoins et avec qui il se sent suffisamment confortable pour exprimer ses besoins. Ensuite, il devient possible de miser sur ses compétences pour développer de nouvelles habiletés relationnelles. Identifier les

comportements d'attachement de l'enfant permet ensuite d'élaborer des interventions centrées sur les capacités de l'enfant et sur ses besoins, ce qui augmente le succès des interventions. Avec l'aide du questionnaire sur l'attachement, il est possible de relever les forces de l'enfant en identifiant les items pour lesquels il aura obtenu un score de 5 ou plus. On se rappelle qu'à partir de ce seuil (5 et plus), il y a une présence significative et de plus en plus marquée de comportements d'attachement envers la figure de soins. Nous avons tenu compte de l'évaluation de la figure de soins principale seulement. Pour l'enfant de notre étude, les items représentant des forces sont les suivants : 1) Le contact physique aide à réconforter cet enfant, 2) Cet enfant me regarde lorsqu'il se passe quelque chose d'excitant ou de dangereux, 3) Quand cet enfant a peur de quelque chose ou quelque chose le surprend, il se rapproche d'un membre de l'équipe ou de moi et 4) Je peux réconforter cet enfant en lui donnant de l'attention ou en lui parlant. On peut donc dire que cet adolescent peut accepter de l'aide ou du réconfort à travers le contact physique, la proximité, l'attention et le contact visuel.

Identification des besoins de l'enfant. Afin de formuler des objectifs d'intervention qui permettront à l'enfant d'améliorer ses comportements et son bien-être, il importe de définir les dimensions à travailler avec ce dernier. Les résultats de notre étude sont cohérents avec les études qui ont montré que la DI sévère était plus associée à l'anxiété, aux troubles de la communication et aux compétences sociales (Emerson, Robertson & Wood, 2005 pour un résumé; Einfeld et al., 2006; Foster et al., 2011;

Tremblay, Richer, Lachance, & Côté, 2010;). En effet, pour cet adolescent, nos résultats révèlent la présence de troubles des compétences sociales comme problème le plus important mais également des difficultés sur le plan de l'anxiété, de la communication et des comportements anti-sociaux et égocentriques. Il semble assez clair que cet adolescent présente des troubles émotionnels majeurs. Étant donné le faible degré d'attachement observé, un plan d'intervention fondé uniquement sur les troubles du comportement serait peu approprié. Les résultats de notre étude suggèrent qu'il est en fait des plus pertinent de penser les difficultés de l'enfant, non pas seulement comme des symptômes découlant de la déficience intellectuelle, mais également comme des comportements d'insécurité, voire des comportements qui découlent d'une histoire relationnelle ayant mené l'enfant/adolescent à ne développer que très peu de stratégies relationnelles lui permettant de recourir à l'autre pour se reconforter et se réguler. En comprenant certains des comportements problématiques (ex., crier, frapper) de l'enfant comme des comportements de communication émotionnelle, il est possible de faire un lien entre les situations problématiques relationnelles et les troubles du comportement et d'inclure au plan d'intervention des objectifs d'apprentissages visant le développement et l'acquisition d'habiletés relationnelles qui permettront de diminuer les troubles du comportement.

Le plan d'intervention. D'abord, tel que nous le proposons dans les paragraphes précédents, nous suggérons une évaluation des comportements d'attachement par une figure de soins principale ainsi que des comportements problématiques à partir des

outils présentés dans cette étude. Ensuite, nous suggérons que les résultats obtenus de ces évaluations soient ensuite analysés par et discutés avec un professionnel ou spécialiste clinique afin de bien en comprendre la signification. Cette analyse devrait comprendre une analyse fonctionnelle des comportements de la personne évaluée et des interventions seront élaborées selon les principes de la théorie de l'attachement. Selon ces principes, un des premiers éléments à travailler avec l'enfant/l'adolescent et sa figure de soins sera la création d'une relation significative, sélective et réconfortante. Par exemple, pour l'adolescent de notre étude, il serait important de privilégier le développement de la relation avec la figure de soins principale en aidant celle-ci à bien reconnaître les forces et les besoins de l'adolescent (tel qu'identifiées précédemment), mais également à y répondre avec sensibilité. Cette approche positive, centrée sur les forces des membres de la dyade peut améliorer la qualité d'attachement avec la figure de soins principale et avoir des répercussions positives auprès des autres figures de soins non-régulières. Nous croyons, comme Skelly (2016) le mentionne dans son modèle d'intervention basé sur l'attachement, que des interventions positives ont le potentiel d'augmenter l'empathie chez les intervenants ce qui, par conséquent, aurait pour effet d'augmenter le degré de sécurité et de diminuer des problématiques émotionnelles et comportementales.

En somme, pour l'adolescent de notre étude, une telle intervention devrait favoriser des moyens de communication faisant appel à ses forces. Par exemple, si l'adolescent s'approche de la figure de soins et cherche un contact physique en tirant son chandail,

la tendance générale dans les milieux d'intervention est d'appliquer des plans d'intervention axés sur la modification du comportement. Ces plans fonctionnent selon des principes de renforcements et de conséquences en réponse aux comportements émis par l'enfant-adolescent. Ici, on demanderait habituellement à l'adolescent de cesser son comportement, on lui rappellerait la conduite qu'il doit adopter s'il veut quelque chose ou on le redirigerait à l'activité en cours. Mais, une telle intervention ne tient pas compte du fait que le geste de l'adolescent puisse représenter une tentative d'entrer en contact avec autrui afin d'exprimer un besoin, une émotion ou d'être réconforté. Si la figure de soins ne répond pas à son besoin, l'adolescent interprétera que celle-ci ne le comprend pas et renforcera malgré elle la frustration, la tristesse, voire le rejet ou la colère du jeune, qui le mènera ainsi à s'exprimer par des comportements encore plus inappropriés ou dysrégulés comme crier, frapper, ou se mordre. De plus, il est probable que lorsque l'adolescent aura à nouveau besoin de quelque chose, il ne cherchera pas d'aide auprès de cette personne car il n'aura pas confiance qu'elle pourra répondre à son besoin. On pourrait alors observer des comportements de retrait, tel qu'il a été relevé par la figure de soins non-régulière de notre étude à son égard.

En contrepartie, une intervention centrée sur l'attachement serait plutôt de demander à l'adolescent s'il a besoin de quelque chose et de tenter de comprendre sa demande. Une telle intervention permettrait à l'adolescent de développer une relation de confiance envers la figure de soins car il aura résolu son problème ou tenté d'apaiser

sa détresse. La prochaine fois qu'il aura besoin de quelque chose, il aura tendance à se rapprocher de cette figure de soins car il saura qu'il aura plus de chances d'être compris. Et c'est ainsi que se crée une relation, un lien d'attachement sécurisant. De plus, à mesure que la relation de confiance s'établit entre l'adolescent et la figure de soins, il peut même être une bonne idée de lui apprendre une façon plus appropriée de communiquer son besoin, par exemple d'utiliser un pictogramme ou un autre outil de communication, et comme l'adolescent sera en confiance, il sera plus disponible pour apprendre de nouvelles habiletés sociales et de communication. Les interventions devraient être adaptées au niveau de développement du jeune et comprendre des apprentissages progressifs de nouvelles compétences, par le jeu, en utilisant les forces déjà identifiées, et ce, au fur et à mesure que le lien se crée. Ainsi, petit à petit, en développant un attachement plus sécurisant envers sa figure de soins, cet enfant pourrait améliorer ses compétences sociales et ses habiletés de communication, ce qui semblait figurer parmi les comportements les plus problématiques.

5.1.4 Limites de l'étude

Notre étude présente des limites qu'il est important de souligner. D'abord, il aurait été bénéfique que la figure de soins non-régulière évaluée à la série b, les comportements de l'enfant envers la figure de soins principale plutôt qu'envers elle-même car par définition, comme elle fait partie des autres professionnels, elle serait déjà incluse dans la série a. Cela aurait permis une double évaluation des comportements de

l'enfant envers la figure de soins principale et envers les autres professionnels. Cette double évaluation pour la figure de soins principale viendrait simplement pallier la possibilité d'un biais d'évaluation de la part de la figure de soins principale.

Ensuite, bien qu'il présente des qualités psychométriques démontrées (De Schipper & Schuengel, 2010), le SBSHO pourrait faire l'objet d'autres études afin d'appuyer les résultats déjà obtenus par les concepteurs.

De plus, une étude de cas ne permet pas de tirer des conclusions au-delà des paramètres du cas présenté. Ainsi, il aurait été des plus bénéfiques d'avoir un échantillon permettant des comparaisons statistiques sur un échantillon plus gros, afin de pouvoir vérifier de façon quantitative les liens entre les troubles du comportement et l'attachement.

Un autre point intéressant à explorer dans les futures études est le modèle d'attachement de la figure de soins elle-même. Schuengel, Clegg, De Schipper et Kef (2016) soulignent la pertinence de tenir compte du modèle d'attachement de la figure de soins. Certaines études ont montré que la qualité des interventions est reliée au modèle d'attachement de l'intervenant (Dozier, Cue & Barnett, 1994; Tyrrel, Dozier, Teague & Fallot, 1999) ou que le modèle d'attachement de la figure de soins est relié à la perception que l'enfant se fait de leur relation (Petrowsky, Pkorny, Nowacki & Buchheim, 2013). Notamment, les enfants qui sont en relation avec un intervenant qui a un type d'attachement évitant perçoivent l'intervenant comme étant moins

sensible à leurs besoins. Dans les études futures, il sera intéressant de mieux comprendre comment le modèle d'attachement de la figure de soins peut être un facteur d'influence sur le degré de sécurité de l'enfant. Cela pourrait être utile pour améliorer non seulement les services offerts à ces enfants mais également pour développer une approche tenant compte également des habiletés relationnelles des intervenants avec cette clientèle, comme le proposent Schuengel et ses collaborateurs (2016). Enfin, il sera intéressant de mener de futures études longitudinales. Notamment, une étude en deux temps d'évaluation permettrait d'examiner si le développement potentiel d'un lien sécurisant avec les intervenants est lié à un meilleur fonctionnement de l'enfant dans son milieu.

5.2 Conclusion

Il reste encore beaucoup à faire afin de mieux comprendre les comportements problématiques et les comportements de sécurité d'attachement chez les enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle. Il y a encore trop peu d'études examinant ces dimensions, mais il semble de plus en plus clair qu'il existe un lien entre la présence des troubles du comportement et le faible degré de sécurité d'attachement chez l'enfant avec une DI (Atkinson et al., 1999; Causadias et al., 2012; De Schipper, & Schuengel, 2010; Fletcher et al., 2016; Ganiban et al., 2000; Sroufe et al., 2005). Les limites intellectuelles de l'enfant ne sont pas les seules dimensions à considérer dans l'explication des problèmes de comportements présentés par les enfants avec une DI et l'évaluation des comportements

d'attachement des enfants avec une DI à l'égard de ses figures de soins nous permet certainement de bonifier les stratégies d'intervention avec cette clientèle. Notre étude contribue à mettre en lumière l'importance d'évaluer les comportements de sécurité d'attachement chez les personnes qui présentent une DI et d'en tenir compte lors de l'élaboration des plans d'interventions et des plans de services chez cette clientèle.

ANNEXE A
LETTRE DE PRÉSENTATION

Projet PHARE

Projet de recherche sur Les comportements problématiques et les comportements d'attachement chez les enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle vivant en résidence

Résumé de l'étude

Cette étude a pour but de mieux comprendre les liens existant entre les comportements d'attachement et les comportements problématiques chez des enfants et des adolescents (âgés entre 4 et 18 ans) ayant une déficience intellectuelle et vivant en résidence spécialisée, selon les observations faites par leurs intervenants.

Une meilleure compréhension de ces liens contribuera au développement de la qualité des services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle.

Méthodologie

Participants :

Cette étude comporte deux types de participants : 1) Des intervenants, dont la participation est directe car ils auront à remplir un questionnaire sur les comportements d'enfants; et 2) des enfants, dont la participation est indirecte, car ceux-ci n'auront aucune tâche à compléter et ne seront pas questionnés par les chercheurs ou leurs intervenants. Deux groupes de 40 intervenants seront sollicités. Un groupe d'intervenants principaux (travaillant 4 jours ou plus par semaine avec l'enfant observé) et un groupe d'intervenants secondaires (travaillant 3 jours ou moins avec l'enfant observé). Ils devront remplir un questionnaire informatisé au sujet des comportements problématiques et des comportements d'attachement d'un enfant. Concernant les comportements d'attachement, les intervenants devront se prononcer sur les comportements d'attachement de l'enfant envers eux-mêmes (en tant que donneur de soins principal) et envers les autres professionnels. Deux intervenants (un principal et un secondaire) seront sollicités pour chaque enfant. Les enfants devront habiter en résidence (RAC ou autre) et recevoir des services spécialisés pour les troubles du comportement. Les enfants ayant un diagnostic de TSA et ceux vivant en famille d'accueil seront exclus de l'étude. Les informations concernant les intervenants et les enfants ne seront pas nominatives et toutes les données de cette étude resteront strictement confidentielles.

Procédure :

Le recrutement se fera à travers les centres de réadaptation en déficience intellectuelle de la province de Québec. Des documents informatisés explicatifs de l'étude seront distribués par courriel aux responsables de l'étude dans les centres (une lettre de mode d'emploi pour les responsables de l'étude dans chaque centre, une lettre descriptive de l'étude, une copie du formulaire d'informations et de consentement signée par les chercheurs, un dépliant de promotion de l'étude version parent/responsables légaux et un dépliant de promotion de l'étude version intervenant). Le mode d'emploi pour les responsables les guidera de façon claire et détaillée sur la procédure à suivre pour le recrutement et précisera les documents à distribuer à chacun (parents, responsables légaux, intervenants).

La procédure sera la suivante : Les personnes responsables de l'étude devront cibler les enfants pouvant répondre aux critères de sélection et les intervenants qui pourraient remplir le questionnaire. Il présenteront le projet aux parents ou responsables légaux et leur donneront la version parents des documents explicatifs du projet. Par la suite, une fois le consentement des parents (ou responsables légaux) obtenus, les intervenants intéressés et répondant aux critères seront invités à remplir un questionnaire sur internet pour les enfants ciblés par l'étude. Au besoin, la coordonnatrice de l'étude ira présenter le projet dans les centres. Les résultats de ce projet seront présentés à la Communauté de pratique du SQETGC (Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement) qui aura lieu en novembre 2016. Le recrutement aura lieu de janvier à juin 2016 et les résultats seront disponibles à partir du mois de septembre 2016. Un résumé de l'ensemble des résultats sera envoyé aux participants à la fin de l'étude.

N'hésitez pas à nous appeler si vous désirez de plus amples informations.
Veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Isabelle Morin, M.Ps., candidate au doctorat en psychologie.

ANNEXE B
DÉPLIANT PARENT

Projet PHARE

Étude des comportements
problématiques et des
comportements
d'attachement
chez des enfants et des
adolescents ayant une
déficience intellectuelle
vivant en résidence

Chercheures

Chantal Cyr, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

Isabelle Morin, M.Ps
candidate au doctorat en psychologie
Université du Québec à Montréal

Document pour
LES PARENTS

Des Questions ?

Nous contacter

Isabelle Morin, M.Ps.

514-912-0815

Isabelle.morin.4@courrier.ugam.ca

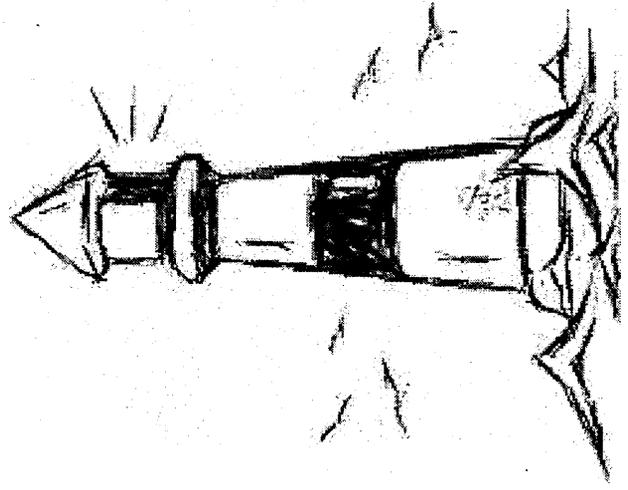
FINANCEMENT

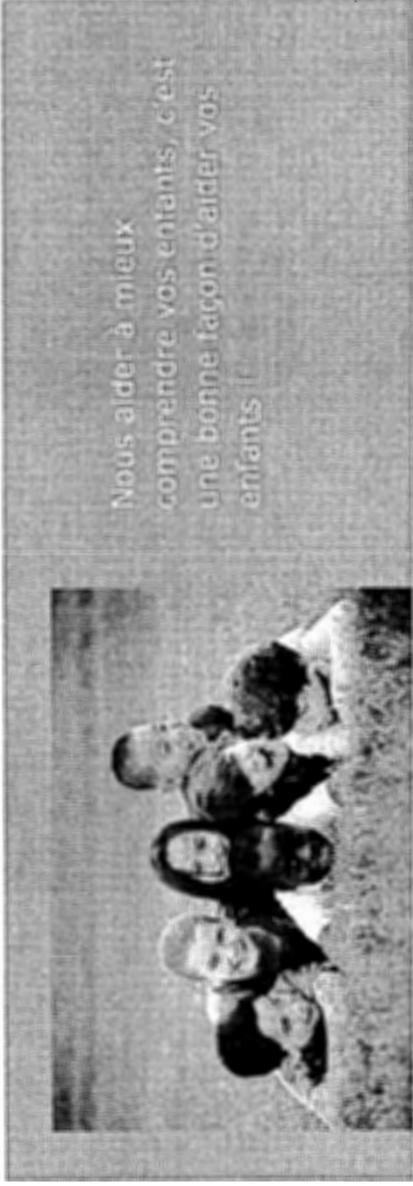
La chercheur principale a bénéficié d'une bourse d'études de la Fédération québécoise des centres de réadaptations en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED) ayant grandement contribué à la réalisation de ce projet

Être parent d'un
enfant vivant avec
une déficience
intellectuelle et
des troubles du
comportement



C'est tout
un défi !





Chers Parents,

Nous désirons inviter l'intervenant de votre enfant à remplir un questionnaire au sujet des comportements de votre enfant.

Votre enfant ne sera pas directement sollicité pour participer à cette étude, car aucune tâche ou question ne lui sera demandé. Sa participation est indirecte.

Objectifs du projet

- Mieux comprendre les problèmes de comportement et l'attachement des enfants ayant une déficience intellectuelle
- Contribuer au développement de la qualité des services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle.

À quoi servira la participation indirecte de mon enfant ?

- Cette étude contribuera à améliorer la compréhension des enfants et des adolescents qui présentent un déficience intellectuelle et des troubles du comportement
- Elle pourra améliorer la qualité des services et des interventions qui leurs sont offerts !

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans les questionnaires resteront confidentielles. Aucune information permettant d'identifier votre enfant ne sera transmise à l'équipe recherche



En quoi consiste la participation indirecte de mon enfant?

- Si vous acceptez la participation indirecte de votre enfant, son intervenant pourra compléter des questionnaires à son sujet.

Que dois-je faire si j'accepte la participation indirecte de mon enfant ?

- Signer le formulaire de consentement
- Retournez le formulaire consentement au responsable de l'étude à l'établissement d'hébergement de votre enfant.
- Gardez une copie pour vous !

ANNEXE C
DÉPLIANT INTERVENANT

Chercheures

Chantal Cyr, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

Isabelle Morin, M.Ps
candidate au doctorat en psychologie
Université du Québec à Montréal

Des Questions ?

Nous contacter

Isabelle Morin, M.Ps.

514-912-0815

Isabelle.morin.4@courrier.uqam.ca

FINANCEMENT

La chercheur principale a bénéficié d'une bourse d'études de la Fédération québécoise des centres de réadaptations en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED) ayant grandement contribué à la réalisation de ce projet.

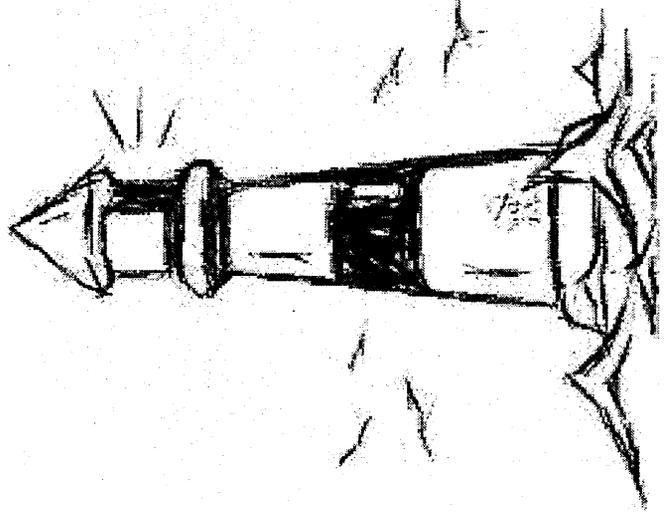
**Projet
PHARE**

Étude des comportements
problématiques et des
comportements
d'attachement
chez des enfants et des
adolescents ayant une
déficience intellectuelle
vivant en résidence
Documents pour

L'INTERVENANT



C'est tout
un défi !





Vous êtes les meilleures personnes pour dire comment ces enfants et adolescents évoluent en résidence et comment ils se comportent avec les gens qui les entourent !

Objectifs du projet

- Mieux comprendre les problèmes de comportement et l'attachement des enfants ayant une déficience intellectuelle
- Contribuer au développement de la qualité des services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle.

Que dois-je faire pour participer ?

- Nous avons besoin de vos observations au quotidien d'enfants et d'adolescents âgés entre 4 et 18 ans.
- Si vous acceptez de participer, vous aurez à remplir un questionnaire d'une durée d'environ 1 heure sur les comportements d'un enfant avec lequel vous travaillez.

Je veux participer !

- Remplissez le formulaire de consentement et les questionnaires à l'adresse internet : [www. \(A venir\)](http://www.a-venir.com)

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans les questionnaires resteront confidentielles



Merci de votre
précieuse
collaboration !

ANNEXE D
DÉPLIANT ADOLESCENT

UQÀM

Université du Québec à Montréal

Projet PHARE

Tu vis en résidence
avec d'autres
jeunes comme
toi ?



Le Projet
PHARE est
pour toi !

Chercheures

Chantal Cyr, Ph.D.
Université du Québec à Montréal

Isabelle Morin, M.Ps
candidate au doctorat en psychologie
Université du Québec à Montréal

Étude des comportements
problématiques et des
comportements
d'attachement
chez des enfants et des
adolescents ayant une
déficience intellectuelle
vivant en résidence

Document pour

LES ADOLESCENTS

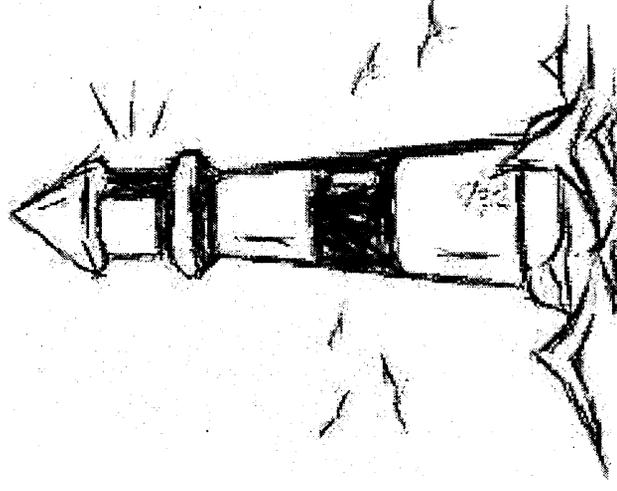
Des Questions ?

Nous contacter

Isabelle Morin, M.Ps.

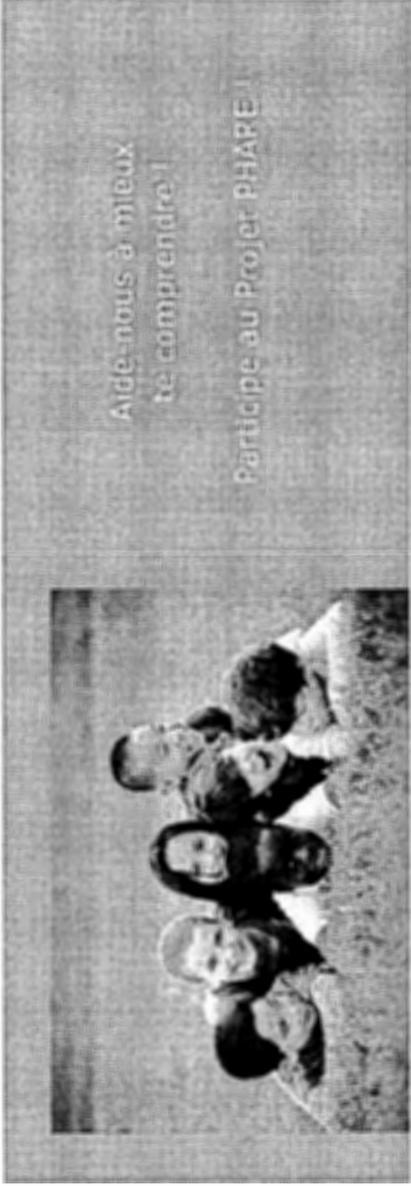
514-912-0815

Isabelle.morin.4@courrier.ugam.ca



FINANCEMENT

La chercheur principale a bénéficié d'une bourse
d'études de la Fédération québécoise des centres de
réadaptations en déficience intellectuelle et en
troubles envahissants du développement
(FQCRDITED) ayant grandement contribué à la
réalisation de ce projet



Et ça va donner quoi ?

Les chercheurs vont écrire l'ensemble des résultats du projet dans un article de recherche. Ils vont en parler de façon générale aux intervenants afin de les aider à mieux comprendre les enfants et adolescents.

Tu as des questions ?

- Tu peux poser toutes les questions que tu veux à ton intervenant et il sera content de t'aider à mieux comprendre.

Tu peux accepter ou refuser, cela ne va rien changer dans ta vie de tous les jours avec tes intervenants.

Si tu es d'accord, tu n'as qu'à signer le formulaire de consentement et c'est terminé!



Salut!

J'aimerais t'inviter à participer à un projet qui veut mieux comprendre la vie et les besoins des jeunes comme toi.

Pour réaliser mon projet, j'aimerais que tes intervenants participent à ce projet.

Comment tu peux nous aider ?

Nous avons besoin que tes intervenants remplissent un questionnaire au sujet de ta vie à la résidence et avec eux. Tu peux nous aider en acceptant qu'ils remplissent le questionnaire.

Est-ce qu'il y a des inconvénients dans ce projet?

Si tu acceptes, il n'y a pas d'inconvénient pour toi.

Tu n'es pas tout seul, on demandera l'aide de plusieurs autres jeunes comme toi.

Seulement les chercheurs responsables du projet pourront regarder les réponses sur les questionnaires. Ton nom ne sera pas écrit sur le questionnaire que ton intervenant va compléter, il restera confidentiel et ne sera jamais mentionné dans le projet, même pas à nous! Jamais tes intervenants nous parleront de toi personnellement.

ANNEXE E

CONSENTEMENT PARENTS

PROJET PHARE



Projet de recherche :

**Les comportements problématiques et les comportements d'attachement
chez les enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle vivant en résidence**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : PARENT / RESPONSABLES LÉGAUX

Chercheuses : Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8
Chantal Cyr, Ph.D., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8

Coordonnatrice: Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, (514) 912-0815
isabelle.morin.4@courrier.uqam.ca

PRÉAMBULE :

Chers parents, nous aimerions que l'intervenant de votre enfant participe à une étude qui vise à mieux comprendre les enfants et les adolescents qui présentent une déficience intellectuelle et des problèmes de comportement. Nous avons besoin de votre consentement pour la participation de l'intervenant de votre enfant car il aura à remplir un questionnaire au sujet de votre enfant. Avant de signer ce formulaire de consentement, il est important de prendre le temps de le lire en entier et de bien comprendre les renseignements. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à communiquer avec la coordonnatrice du projet afin de poser des questions.

Pour la réalisation de ce projet, nous demanderons à des intervenants qui travaillent auprès d'enfants ayant une déficience intellectuelle et vivant en résidence spécialisée de remplir un questionnaire sur les comportements des enfants avec lesquels ils travaillent. Votre enfant ne sera pas sollicité directement pour ce projet et n'aura donc rien à accomplir pour ce projet. Aucun chercheur ne va rencontrer votre enfant et toutes les données collectées resteront confidentielles. Le nom de votre enfant ne sera pas divulgué aux chercheurs.

1. Objectifs du projet de recherche :

- a. Mieux comprendre les liens existant entre les comportements d'attachement et les comportements problématiques chez des enfants et des adolescents âgés entre 4 et 18 ans, ayant une déficience intellectuelle et vivant en résidence spécialisée, selon les observations faites par leurs intervenants;
- b. Contribuer au développement de la qualité des services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle.

2. Implication pour votre enfant suite à votre consentement :

- a. Les intervenants qui seront intéressés à participer devront remplir un questionnaire sur les comportements qu'ils observent chez votre enfant. La participation de votre enfant sera donc indirecte car votre enfant n'aura rien à faire pour participer à cette étude. Les chercheurs n'iront pas le rencontrer ni le questionner. Aucune autre personne ne posera d'action auprès de votre enfant en lien avec cette étude.

3. Avantages de la participation au projet

- a. La participation de l'intervenant et la participation indirecte de votre enfant permettra d'avancer les connaissances sur les problématiques comportementales des enfants et des

PROJET PHARE

adolescents ayant une déficience intellectuelle, des troubles de comportement et vivant en résidence spécialisée.

- b. Une meilleure compréhension de ces enfants et des difficultés qu'ils vivent pourraient contribuer à améliorer la qualité des services qui leur sont donnés.

4. Risques et inconvénients liés à la participation au projet

Ce projet de recherche ne comporte pas de risque ou inconvénient.

5. Confidentialité

- a. Toute information obtenue dans le cadre de cette étude demeure strictement confidentielle. Dans les dossiers de recherche, tous les enfants évalués par les participants seront identifiés par des codes d'identification numériques. Les chercheurs n'auront pas les noms des enfants évalués.
- b. Les renseignements inclus dans les questionnaires ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche, conservés à l'UQAM dans des classeurs sous clé par le chercheur principal et détruits (matériel papier déchiqueté) cinq ans suivant la fin du projet de recherche. Aucune information permettant d'identifier votre enfant ne sera publiée, diffusée ou transmise à qui que ce soit. Le CRDITED n'aura pas accès aux dossiers de recherche.
- c. Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

6. Résultats de la recherche

- a. L'équipe de recherche s'engage à transmettre aux participants un résumé des résultats à la fin du projet. Ce résumé représente les résultats de l'ensemble des participants au projet, il ne s'agit pas des résultats individuels de votre enfant. Les évaluations réalisées dans le cadre de ce projet ne constituent en aucun cas une évaluation psychologique personnalisée ou d'expertise psycholégale et ne peuvent donc pas être utilisées à cette fin. Si vous désirez recevoir le résumé des résultats de l'ensemble des participants de cette étude, cochez la case à cet effet au bas de ce formulaire et indiquez vos coordonnées afin que les résultats vous soient transmis une fois la recherche terminée.

7. Participation volontaire

- a. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation indirecte de votre enfant à cette étude sans que vous ayez besoin de vous justifier et sans que cela nuise aux relations que vous et votre enfant avez avec le CRDITED et ses intervenants.

8. Personnes ressources

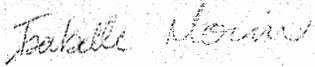
- a. Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, contactez Mme Isabelle Morin de l'UQAM, coordonnatrice du projet de recherche au (514) 912-0815 ou à isabelle.morin.4@courrier.uqam.ca
- b. Vous pouvez également contacter Karoline Girard, coordonnatrice à l'éthique de la recherche du CERC-CRDITED au (819) 376-3984, poste 12347 ou par courriel à karoline.girard_csdi@ssss.gouv.qc.ca.
- c. Si vous désirez porter plainte au sujet de ce projet, vous pouvez vous adresser au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement. Les coordonnées vous ont été données avec les documents relatifs à cette étude.

PROJET PHARE

9. Déclaration du chercheur

- a. Je certifie avoir pris les moyens nécessaires afin que les parents des enfants participants puisse obtenir toutes les informations concernant l'implication de leur enfant à cette étude et lui avoir clairement indiqué qu'il peut refuser la participation de l'intervenant de son enfant sans explications.
- b. Le parent pourra conserver une copie signée par les chercheurs du présent formulaire d'informations et de consentement.

SIGNATURES :



Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8



Chantal Cyr, Ph.D., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8

10. Consentement à la recherche

- a. Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens, sans contrainte ni pression, à ce que l'intervenant de mon enfant remplisse un questionnaire au sujet de mon enfant pour ce projet de recherche. J'ai eu les moyens nécessaires pour poser toutes mes questions et si je l'ai fait, j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.
- b. Je comprends que je suis libre de décider de la participation indirecte de mon enfant sans que cela ne me cause un tort.
- c. Je comprends aussi qu'en acceptant les termes ce formulaire, je ne renonce pas à mes droits légaux et ne libère pas les chercheurs de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

SIGNATURES :

Nom de l'enfant : _____

Nom de la mère / du père / responsable légal: _____

Signature de la mère / du père / responsable légal: _____

Date : _____

Veuillez cocher cette case si vous désirez recevoir un résumé des résultats de cette étude.

La chercheuse principale a reçu une bourse d'étude de la Fédération québécoise des centres de réadaptations en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED) ayant grandement favorisé la réalisation de ce projet.

ANNEXE F

CONSENTEMENT INTERVENANT

PROJET PHARE



Projet de recherche :

Les comportements problématiques et les comportements d'attachement chez les enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle vivant en résidence

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'INTERVENANT

Chercheuses : Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8
Chantal Cyr, Ph.D., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8

Coordonnatrice: Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, (514) 912-0815
isabelle.morin.4@courrier.uqam.ca

PRÉAMBULE :

Vous êtes invités(es) à participer à un projet de recherche qui vise à mieux comprendre les enfants et les adolescents qui présentent une déficience intellectuelle et des problèmes de comportement. Avant d'accepter de participer à ce projet, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. Ce formulaire vise à obtenir votre consentement pour votre participation à ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à communiquer avec la coordonnatrice du projet afin de poser des questions.

Pour réaliser notre projet, nous vous demandons de remplir un questionnaire sur les comportements problématiques et d'attachement des enfants ayant une déficience intellectuelle avec lesquels vous travaillez.

Objectifs du projet de recherche :

- a. Mieux comprendre les liens existant entre les comportements d'attachement et les comportements problématiques chez des enfants et des adolescents ayant une déficience intellectuelle, âgés entre 4 et 18 ans et vivant en résidence spécialisée, selon les observations faites par les intervenants.

2. Votre implication en tant que participant :

- a. Nous vous demandons de remplir un questionnaire d'observation sur les comportements problématiques et les comportements d'attachement des enfants avec qui vous travaillez. Ce questionnaire est rempli en ligne à partir d'un logiciel de collecte de données et est d'une durée d'environ 60 minutes.

3. Avantages de la participation au projet

- a. Votre participation vous permettra de contribuer à faire avancer les connaissances sur les problématiques comportementales des enfants et des adolescents ayant une déficience intellectuelle, des troubles de comportement et vivant en résidence spécialisée.

4. Risques et inconvénients liés à la participation au projet

- a. Ce projet de recherche ne comporte pas de risque ou inconvénient.

PROJET PHARE

5. Confidentialité

- a. Toute information obtenue dans le cadre de cette étude demeure strictement confidentielle. Dans les dossiers de recherche, tous les enfants évalués par les participants seront identifiés par des codes d'identification numériques.
- b. Les renseignements inclus dans les questionnaires ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche, conservés à l'UQAM dans des classeurs sous clé par le chercheur principal et détruits (matériel papier déchiqueté) cinq ans suivant la fin du projet de recherche. Aucune information permettant de vous identifier ou d'identifier l'enfant évalué ne sera publiée, diffusée ou transmise à qui que ce soit. Votre employeur n'aura pas accès aux dossiers de recherche.
- c. Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

6. Résultats de la recherche

- a. L'équipe de recherche s'engage à transmettre aux participants un résumé des résultats à la fin du projet. Ce résumé représente les résultats de l'ensemble des participants au projet, il ne s'agit pas des résultats individuels du jeune de suivi ou de vos activités réalisées avec lui. Les évaluations réalisées dans le cadre de ce projet ne constituent en aucun cas une évaluation psychologique personnalisée ou d'expertise psycholégale et ne peuvent donc pas être utilisées à cette fin.

7. Compensation des participants

- a. Votre participation à cette recherche est importante pour avancer les connaissances et les retombées cliniques quant au développement des pratiques auprès de la clientèle présentant des troubles du comportement et une déficience intellectuelle. Si vous devez remplir ce questionnaire en dehors de vos heures de travail, vous recevrez avec les documents de la recherche, un code qui vous donnera accès à une compensation de \$25 afin de vous remercier de votre participation. Pour obtenir cette compensation, à la fin du questionnaire rempli sur internet, vous n'aurez qu'à entrer votre code et vous pourrez inscrire le courriel de votre choix dans une case spécifique afin de recevoir votre paiement par virement interactif. Si vous préférez recevoir votre paiement par la poste, vous pourrez inscrire votre adresse postale et vous aurez à donner un nom auquel nous pourrions faire le chèque. Cette information sera soumise aux mêmes règles de confidentialité décrites plus haut.

8. Participation volontaire

- a. Vous êtes libre de ne pas vouloir participer à ce projet de recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier et sans que cela nuise aux relations que vous avez avec votre employeur.
- b. Si vous acceptez de participer et commencez à remplir le questionnaire, vous pouvez vous désister en tout temps et cesser de remplir le questionnaire, sans explications, sans que cela ne vous cause un quelconque tort, ou n'affecte vos liens avec votre employeur.

9. Personnes ressources

- a. Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, contactez Mme Isabelle Morin de l'UQAM, coordonnatrice du projet de recherche au (514) 912-0815 ou à isabelle.morin.4@courrier.uqam.ca.
- b. Vous pouvez également contacter Karoline Girard, coordonnatrice à l'éthique de la recherche du CERC-CRDITED au (819) 376-3984, poste 12347 ou par courriel à karoline_girard_csdi@ssss.gouv.qc.ca.

PROJET PHARE

- c. Si vous désirez porter plainte au sujet de ce projet, vous pouvez vous adresser au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement. Les coordonnées vous en seront données avec les documents relatifs à cette étude.

10. Consentement à la recherche

- a. Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer, sans contrainte ni pression. J'ai eu les moyens nécessaires pour poser toutes mes questions et si je l'ai fait, j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.
- b. Je comprends que je suis libre de décider de participer ou non sans que cela me nuise. Je sais que je peux cesser de participer en tout temps, sans explications et sans que cela ne me cause un tort.
- c. Je comprends aussi qu'en acceptant les termes ce formulaire, je ne renonce pas à mes droits légaux et ne libère pas les chercheurs ni le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.
- d. Je comprends que je n'ai pas à signer ce formulaire. Je pourrai donner mon consentement en ligne juste avant de remplir le formulaire.

11. Déclaration du chercheur

- a. Je certifie avoir pris les moyens nécessaires afin que le participant puisse obtenir toutes les informations concernant son implication et sa participation au projet de recherche et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre d'y mettre un terme sans explications.
- b. Le participant pourra conserver une copie signée par les chercheurs du présent formulaire d'informations et de consentement.

SIGNATURES :



Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8



Chantal Cyr, Ph.D., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8

La chercheure principale a reçu une bourse d'étude de la Fédération québécoise des centres de réadaptations en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED) ayant grandement contribué à rendre possible la réalisation de ce projet.

ANNEXE G

CONSENTEMENT ADOLESCENT

PROJET PHARE

Projet de recherche : PHARE

**Les comportements problématiques et les comportements d'attachement
chez les enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle vivant en résidence**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : PARTICIPANTS ADOLESCENTS

Chercheures : Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8
Chantal Cyr, Ph.D., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8

Coordonnatrice: Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, (514) 912-0815
isabelle.morin.4@courrier.uqam.ca

PRÉAMBULE :

Salut!

J'aimerais t'inviter à participer à un projet qui veut mieux comprendre la vie et les besoins des jeunes comme toi. Pour réaliser mon projet, j'aimerais que tes intervenants participent à ce projet.

Comment peux-tu nous aider?

Nous avons besoin que tes intervenants remplissent un questionnaire au sujet de ta vie à la résidence et avec eux. Tu peux nous aider en acceptant qu'ils remplissent le questionnaire.

Est-ce qu'il y a des inconvénients dans ce projet?

Si tu acceptes, il n'y a pas d'inconvénient pour toi. Tu n'es pas tout seul, on demandera l'aide de plusieurs autres jeunes comme toi. Seulement les chercheurs responsables du projet pourront regarder les réponses sur les questionnaires. Ton nom ne sera pas écrit sur le questionnaire que ton intervenant va compléter, il restera confidentiel et ne sera jamais mentionné dans le projet, même pas à nous! Jamais tes intervenants nous parleront de toi personnellement.

Et ça va donner quoi?

Les chercheurs vont écrire l'ensemble des résultats du projet dans un article de recherche. Ils vont en parler de façon générale aux intervenants afin de les aider à mieux comprendre les enfants et adolescents.

Tu as des questions?

Tu peux poser toutes les questions que tu veux à ton intervenant et il sera content de t'aider à mieux comprendre.

Tu peux accepter ou refuser, cela ne va rien changer dans ta vie de tous les jours avec tes intervenants.

Si tu es d'accord, tu n'as qu'à signer le formulaire de consentement et c'est terminé!

PROJET PHARE

1. Déclaration du chercheur

- a. Je certifie avoir pris les moyens nécessaires afin que les adolescents puissent obtenir toutes les informations concernant leur participation à cette étude et avoir clairement indiqué qu'ils peuvent refuser la participation de leur intervenant sans explications.
- b. L'adolescent pourra conserver une copie signée par les chercheurs du présent formulaire d'informations et de consentement.

SIGNATURES :

Isabelle Morin

Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8

Chantal Cyr

Chantal Cyr, Ph.D., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8

2. Consentement à la recherche

- a. Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens, sans contrainte ni pression, à ce que mon intervenant remplisse un questionnaire à mon sujet pour ce projet de recherche. J'ai eu les moyens nécessaires pour poser toutes mes questions et si je l'ai fait, j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.
- b. Je comprends que je suis libre de décider de la participation de mon intervenant sans que cela ne me cause un tort.
- c. Je comprends aussi qu'en acceptant les termes ce formulaire, je ne renonce pas à mes droits légaux et ne libère pas les chercheurs de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

SIGNATURES :

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : _____

Signature de l'enfant (si plus de 14 ans) _____

Date : _____

Veuillez cocher cette case si vous désirez recevoir un résumé des résultats de cette étude.

La chercheuse principale a reçu une bourse d'étude de la Fédération québécoise des centres de réadaptations en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED) ayant grandement favorisé la réalisation de ce projet.

ANNEXE H

MODE D'EMPLOI DU SUPERVISEUR

PROJET PHARE



Projet de recherche sur les comportements problématiques et les comportements d'attachement des enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle vivant en résidence

MODE D'EMPLOI DU SUPERVISEUR POUR LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Afin de vous guider pour le recrutement des participants, nous vous proposons un mode d'emploi comportant une liste des documents relatifs à cette étude et les étapes simples à suivre pour le bon fonctionnement de votre participation à cette étude.

Bonne route!

Description de la documentation :

Documents du superviseur :

- Mode d'emploi du superviseur pour la sollicitation des participants
- Feuillet contenant les codes à attribuer aux enfants à évaluer.

Documents pour le parent/responsable légal :

- Dépliant de promotion de l'étude
- Lettre de présentation de l'étude
- Formulaire de consentement des parents signés par les chercheurs (en deux copies)
- Dépliant comportant les coordonnées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement (Vous devrez ajouter ce document)

Documents pour l'intervenant :

- Dépliant de promotion de l'étude
- Formulaire d'informations et de consentement signés par les chercheurs
- Lettre de présentation de l'étude
- Dépliant comportant les coordonnées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement (Vous devrez ajouter ce document)
- Feuillet contenant le code numérique correspondant à l'enfant à évaluer

Étapes à suivre pour la participation au projet :

1. Identifier d'abord si des enfants ou des adolescents présentant une déficience intellectuelle et des troubles de comportement, sans diagnostic d'autisme, de 4 à 18 ans, sont hébergés dans une de vos ressources d'hébergements (RAC ou autre ressource offrant des services spécialisés pour les troubles du comportement). Les ressources de type familial sont exclues de cette étude.
2. Prendre contact avec les parents et leur distribuer les documents pour leur participation à l'étude.
3. Une fois les consentements des parents obtenus, distribuer les documents aux intervenants travaillant auprès de ces enfants. Veuillez attribuer deux intervenants par enfant en prenant soin de vous assurer que chaque enfant soit évalué par un intervenant principal (travaillant plus de 4 jours par semaine auprès de l'enfant) et un intervenant non régulier (travaillant 3 jours et moins par semaine auprès de l'enfant).
4. Une fois l'étude terminée, vous recevrez un résumé de l'ensemble des résultats que vous pourrez partager avec les parents en ayant fait la demande.
5. Aucune autre action ne vous sera demandée pour la participation à cette étude.

Nous vous remercions de votre aide pour la sollicitation des participants à cette étude!

Pour plus d'information, veuillez contacter : Isabelle Morin, M.Ps.
Téléphone : 514-912-0815
Courriel : isabelle.morin.4@courrier.uqam.ca

ANNEXE I
QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES
SUR L'ENFANT

**Pour un éclairage nouveau sur les problématiques comportementales et relationnelles des enfants
et des adolescents ayant une déficience intellectuelle**

Formulaire d'informations et de consentement

Vous trouverez dans ce formulaire les informations relatives au Projet PHARE et au consentement de votre participation à notre étude.

Chercheurs : Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8

Chantal Cyr, Ph.D., UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, H3P 3P8

Coordonnatrice: Isabelle Morin, M.Ps., UQAM, (514) 912-0815

PRÉAMBULE :

Vous êtes invités(es) à participer à un projet de recherche qui vise à mieux comprendre les enfants et les adolescents qui présentent une déficience intellectuelle et des problèmes de comportement. Avant d'accepter de participer à ce projet, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. Ce formulaire vise à obtenir votre consentement pour votre participation à ce projet de recherche. Il est important de lire et comprendre ce formulaire en entier. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à communiquer avec la coordonnatrice du projet afin de poser des questions.

Objectifs du projet de recherche :

Mieux comprendre les facteurs en cause avec l'apparition et le maintien des problèmes de comportement chez les enfants et les adolescents qui présentent une déficience intellectuelle;

Mieux comprendre les facteurs influençant l'intégration des jeunes dans leur milieu de vie ;

Contribuer au développement de la qualité des services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle.

Implication pour le participant :

Lire le formulaire d'informations et de consentement à la première page du questionnaire SurveyMonkey;

Si vous êtes d'accord avec les termes du formulaire, accepter les conditions du formulaire de consentement et remplir les pages suivantes;

Remplir les deux inventaires au sujet de l'enfant à évaluer;

La durée de votre participation est d'environ 60 minutes ;

Inscrire votre courriel à l'endroit prévu à cet effet, à la fin du questionnaire afin de recevoir votre compensation de 25\$ pour vous remercier de votre participation.

À la fin de l'étude, vous recevrez un résumé des résultats de l'ensemble des participants.

Avantages de la participation au projet

Votre participation vous permettra de vous familiariser avec de nouveaux outils d'évaluation des troubles de comportement et de santé mentale chez des enfants et des adolescents présentant une déficience intellectuelle.

De plus, votre participation à ce projet contribuera à faire avancer les connaissances sur les problématiques comportementales des enfants et des adolescents ayant une déficience intellectuelle, des troubles de comportement et vivant en résidence spécialisée.

Une meilleure compréhension de ces enfants et adolescents pourrait également contribuer au développement d'interventions répondant davantage à leurs besoins.

Risques et inconvénients liés à la participation au projet

Le temps de participation est de une heure par participant ce qui peut représenter pour certains un temps considerable.

Confidentialité

Toute information obtenue dans le cadre de cette étude demeure strictement confidentielle. Dans les dossiers de recherche, tous les enfants évalués par les participants seront identifiés par des codes non-identificatoires numériques. Les codes seront composés de quatre chiffres soit: les deux premiers chiffres qui identifieront l'établissement et les deux chiffres suivants qui seront assignés à chaque enfant par les responsables des centres. Ce code aura pour but de pouvoir jumeler les évaluations du même enfant par deux personnes différentes. Les codes ne seront jamais associés aux noms des enfants dans nos dossiers car nous n'auront pas les noms des enfants.

Les renseignements inclus dans les questionnaires ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche, conservés à l'UQAM* dans des classeurs sous clé par le chercheur principal et détruits (matériel papier déchiqueté) cinq ans suivant la fin du projet de recherche. Aucune information permettant de vous identifier ou d'identifier l'enfant évalué ne sera publiée, diffusée ou transmise à qui que ce soit. Votre employeur n'aura pas accès aux dossiers recherche.

Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Résultats de la recherche

L'équipe de recherche s'engage à vous transmettre un résumé des résultats à la fin du projet. Ce résumé représente les résultats de l'ensemble des participants au projet, il ne s'agit pas des résultats individuels de l'enfant évalué ou de vos activités réalisées avec lui. Les évaluations réalisées dans le cadre de ce projet ne constituent en aucun cas une évaluation psychologique personnalisée ou d'expertise psycholégale et ne peuvent donc pas être utilisées à cette fin.

Compensation des participants

Votre participation à cette recherche est importante pour favoriser l'avancement des connaissances et les retombées cliniques pour le développement des pratiques auprès de la clientèle présentant des troubles du comportement et une déficience intellectuelle. Afin de vous remercier de votre participation, nous vous remettons \$25 qui vous seront transmis par courriel une fois le questionnaire rempli.

Participation volontaire

Vous êtes libre de ne pas vouloir participer à ce projet de recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier et sans que cela nuise aux relations que vous avez avec votre employeur.

Si vous acceptez de participer et commencez à remplir le questionnaire, vous pouvez vous désister en tout temps et cesser de remplir le questionnaire, sans explications, sans que cela ne vous cause un quelconque tort, ou n'affecte vos liens avec votre employeur.

Personnes ressources

Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, contactez Mme Isabelle Morin de l'UQAM, coordonnatrice du projet de recherche au (514) 912-0815.

Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer, sans contrainte ni pression. J'ai eu les moyens nécessaires pour poser toutes mes questions et lorsque je l'ai fait, j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je suis libre de décider de participer ou non sans que cela me nuise. Je sais que je peux cesser de participer en tout temps, sans explications et sans que cela ne me cause un tort.

Je comprends aussi qu'en acceptant les conditions de ce formulaire, je ne renonce pas à mes droits légaux et ne libère pas les chercheurs ni le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Déclaration du chercheur

Je certifie avoir pris les moyens nécessaires afin que le participant puisse obtenir toutes les informations concernant son implication et sa participation au projet de recherche et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre d'y mettre un terme sans explications.

Le participant pourra conserver une copie signée par les chercheurs du présent formulaire d'informations et de consentement.

Ce projet a reçu un financement de la Fédération québécoise des centres de réadaptations en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED)

*** 1. Consentement:**

J'accepte de participer à cette étude.

Information sur l'évaluateur

2. Date de naissance de l'intervenant

Date de naissance JJ MM AAAA
 / /

3. Sexe de l'évaluateur:

- Féminin
 Masculin

4. Groupe ethnique:

- Caucasien
 Asiatique
 Autre (veuillez préciser)

5. Formation de l'intervenant

- Éducateur spécialisé
 Psychoéducateur
 Autre (veuillez préciser)

6. Lien de l'évaluateur avec l'enfant:

- Intervenant régulier (travaillant 4 jours ou plus par semaine avec l'enfant)
 Intervenant non régulier (travaillant 3 jours ou moins par semaine avec l'enfant)

7. Depuis combien de temps travaillez-vous avec cet enfant?

- six mois ou moins
 entre sept et 12 mois
 entre 13 et 24 mois
 Autre (veuillez préciser)

ANNEXE J

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

SUR L'ÉVALUATEUR

Informations sur l'enfant:

8. Code numérique de l'enfant qui vous a été assigné avec les documents de l'étude:

9. Date de l'évaluation

Date MM JJ AAAA
 / /

10. Code d'identification lettré composé de la première lettre du prénom de l'enfant évalué et des trois premières lettres de son nom de famille (par ex., Jean Tremblay serait JTRE)

11. Sexe de l'enfant évalué:

- Féminin
 Masculin

12. Date de naissance de l'enfant évalué:

Date MM JJ AAAA
 / /

13. Groupe ethnique

- Caucasien
 Asiatique
 Autre (veuillez préciser)

14. Niveau de déficience intellectuelle

- Légère
- Modérée
- Grave
- Autre (veuillez préciser)

15. Autres troubles ou diagnostics connus?

16. Depuis combien de temps cet enfant habite à cette résidence?

- six mois ou moins
- Entre sept et douze mois
- entre 13 et 24 mois
- Autre (veuillez préciser)

17. Contact avec les parents et la famille:

	hebdomadaires	aux deux semaines	mensuel
Parents biologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parents adoptifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres membres de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (veuillez préciser)

18. Nombre d'hébergements antérieurs depuis la famille naturelle

- Cette résidence est son premier lieu d'hébergement
- Deuxième lieu d'hébergement
- troisième lieu d'hébergement
- Autre (veuillez préciser)

19. Cet enfant a-t-il vécu des abus ou négligences?

Oui

Non

Ne sait pas

Précisez:

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*, Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Atkinson, L., Chisholm, V. C., Scott, B., Goldberg, S., Vaughn, B. E., Blackwell, J., Dickens, S., & Tam, F. (1999). *Chapter III. Maternal sensitivity, child functional level, and attachment in Down syndrome.* Monographs of the Society for Research in Child Development, 64(3), 45-66.
- Baker, B., McIntyre, L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 217-230.
- Berry, P., Gunn, P., & Andrew, R. (1980). Behavior of Down syndrome infants in a strange situation. *American Journal of Mental Deficiency*, 85(3), 213-218.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Buntinx, W. (2008). The logic of the relations and the logic of management. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 588-597.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Rough Guides.
- Causadias, J. M., Salvatore, J. E., & Sroufe, L. A. (2012). Early patterns of self-regulation as risk and promotive factors in development: A longitudinal study from childhood to adulthood in a high-risk sample. *International Journal of Behavioral Development*, 36(4), 293-302.
- Connor, D. F., & Posever, T. A. (1998). A brief review of atypical antipsychotics in individuals with developmental disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 1(4), 93-10.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Finlayson, J., Jackson, A., Allan, L., Williamson, A., Mantry, D., & Morrison, J. (2007). The prevalence, incidence, and factors predictive of mental ill-health in adults with profound intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20: 493-501.

- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). An epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of 1023 adults with intellectual disabilities. *Psychological Medicine*, 37(6), 873-882
- Cormack, K. F. M., Brown, A. C., & Hastings, R.P. (2000). Behavioural and emotional difficulties in students attending schools for children and adolescents with severe intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(2), 124-129.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M.-E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(9), 652-661.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 50(9), 652-661.
- D'Auray, G. (2005). La mobilité des intervenants et ses effets sur les enfants en placement : une étude en Outaouais. Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS)
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. I: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495-505.
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV Disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(8), 915-922.
- Dekker, M. C., Nunn, R., & Koot, H. M. (2002). Psychometric properties of the revised Developmental Behaviour Checklist scales in Dutch children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(1), 61-75.
- DeKlyen, M., Greenberg, M. T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment, second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 637-665). New York: Guilford Press.
- De Knecht, N.C., Pieper, M. J. C., Lobbezoo, F., Schuengel, C., Evenhuis, H. M., Passchier, J., & Scherder, E. J. A. (2013). Behavioral pain indicators in people with intellectual disabilities: A systematic review. *The Journal of Pain*, 14(9), 885-896.
- De Schipper, J. C., & Schuengel, C. (2006). Secure Base Safe Haven

Observation List for child attachment behavior. VU University Amsterdam. Unpublished work.

- 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), 584-496.
- De Schipper, J. C., Stolk, J., & Schuengel, C. (2006). Professionnal caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behavior problems. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 203-216.
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(4), 793.
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C. & Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(8), 1311-1324.
- Dugas, L. & Sarrazin, L. (2011). Un portrait des personnes ayant une incapacité liée à une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement au Québec. *Passerelle: Bulletin de transfert de connaissances sur la participation sociale des personnes handicapées au Québec*. 3(1).
- Einfeld, S. L., Piccinin, A. M., Mackinnon, A., Hofer, S. M., Taffe, J., Gray, K. M.; Bontempo, D. E., Hoffman, L. R., Parmenter, T. & Tonge, B. J. (2006). Psychopathology in young people with intellectual disability. *Journal of the American Medical Association*, 296(16), 1981-1989.
- Einfeld, S. L., & Tonge, B. J. (1995). The Developmental Behavior Checklist: The development and validation of an instrument to assess behavioral and emotional disturbance in children and adolescents with mental retardation. *Journal of autism and developmental disorders*, 25(2), 81-104.
- 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.
- Emerson, E. (2003). The prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58.

- Emerson, E., Robertson, J., & Wood, J. (2005). Emotional and behavioural needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(1), 16-24.
- Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M.H., Lapsley, A.M., & Roisman, G.I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435-56.
- Fédération des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. (Octobre 2014) Compilation des résultats de la première collecte de données visant à mesurer l'implantation des guides de pratique de la FQCRDITED, Direction de la qualité, de la recherche, du développement et de l'innovation CRDITED MCQ-IU
- Feldman, M. A., Hancock, C. L., Rielly, N., Minnes, P., & Cairns, C. (2000). Behavior problems in young children with or at risk for developmental delay. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 247-261.
- Forster, S., Gray, K. M., Taffe, J., Einfeld, S. L., & Tonge, B. J. (2011). Behavioural and emotional problems in people with severe and profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(2), 190-198.
- Fox, N. A., & Hane, A. A. (2008). Studying the biology of human attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment, second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 217-240). New York: Guilford Press.
- Ganiban, J., Barnett, D., & Cicchetti, D. (2000). Negative reactivity and attachment: Down syndrome's contribution to the attachment-temperament debate. *Development and Psychopathology*, 12(1), 1-21.
- Gardner, W. I. & Whalen, J. P. (1996). A multimodal behavior analytic model for evaluating the effects of medical problems on nonspecific behavioral symptoms in persons with developmental disabilities. *Behavioral Interventions*, 11(3): 147-161.
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312.
- Gray, K. M., Picinnin, A. M., Hofer, S. M., MacKinnon, A., Bontempo, D. E., Einfeld, S. L., Parmenter, T., & Tonge, B. J. (2011). The longitudinal relationship between behavior and emotional disturbance in young people with intellectual disability and maternal mental health. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1194-1204.

- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 27(3), 149-160.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability*. 46(6), 445-453.
- Koskentausta, T., & Almqvist, F. (2004). Developmental Behaviour Checklist (DBC) in the assessment of psychopathology in Finnish children with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(1), 27-39.
- Lightfoot, E., Hill, K. & LaLiberte, T. (2011). Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2069-2075.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2012). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology*. Advance online publication.
- Morin, D., Cobico, V., Rivard, M. & Lepine, M. (2010). Intellectual disabilities and depression: How to adapt psychological assessment and intervention. *Canadian Psychology*. *Canadian Psychological Association*, 51(3), 185-193.
- Morin, D., Méryneau-Côté, J., Ouellette-Kuntz, H., Tassé, M. J., & Kerr, M. (2012). A comparison of the prevalence of chronic disease among people with and without intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(6), 455-463.
- Niccols, A., & Feldman, M. (2006). Maternal sensitivity and behaviour problems in young children with developmental delay. *Infant and Child Development*, Vol 15(5), Sep-Oct 2006, 543-554.
- Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 535-543.
- Petrowski, K., Pokorny, D., Nowacki, K., & Buchheim, A. (2013). The therapist's attachment representation and the patient's attachment to the therapist. *Psychotherapy Research*, 23(1), 25-34.
- Reiss, S. (1994). *Handbook of challenging behavior: Mental health aspects of mental retardation*. Worthington, OH: IDS Publishing.

- Ryan, R. & Sunada, K. (1997). Medical evaluation of persons with mental retardation referred for psychiatric assessment. *General Hospital Psychiatry*, 19(4), 274-280.
- Savoie, V., & Gascon, H. (2008). Nature et intensité des comportements-défis d'élèves du primaire ayant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 19, 80-95.
- Schuengel, C., Clegg, J., de Schipper, J. C., Kef, S., Fletcher, H. K., Flood, A., & Hare, D. J. (2016). Adult attachment and care staff functioning. *Attachment in intellectual and developmental disability: A clinician's guide to practice and research*, 151.
- Schuengel, C., De Schipper, J. C., Sterkenburg, P. S., & Kef, S. (2013) Attachment, intellectual disabilities and mental health: Research, assessment and intervention. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(1), 34-46.
- Schuengel, C. & Sterkenburg, P. (2010). Attachement, stress et trouble du comportement : évaluation et traitement. Conférence donnée dans le cadre du colloque 2010 du service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC).
- Schuengel, C. & Janssen, C. G. C. (2006). People with mental retardation and psychopathology: stress, affect regulation and attachment: a review. *International Review of Research in Mental Retardation*, 32, 229-60.
- Sipal, R. F., Schuengel, C., Voorman, J. M., Van Eck, M., & Becher, J. G. (2010). Course of behaviour problems of children with cerebral palsy: The role of parental stress and support. *Child: Care, Health and Development*, 36(1), 74-84.
- Skelly, A. (2016). Maintaining the bond: Working with people who are described as showing challenging behaviour using a framework based on attachment theory. In H. K. Fletcher, A. Flood, & D. J. Hare (Eds.), *Wiley series in clinical psychology. Attachment in intellectual and developmental disability: A clinician's guide to practice and research* (pp. 104-129). : Wiley-Blackwell.
- Smyth, E., Healy, O., & Lydon, S. (2015). An analysis of stress, burnout and work commitment among disability support staff in the UK. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 297-305.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4), 349-367.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., Collins, W. A. (2005). Placing Early Attachment Experiences in Developmental Context: The Minnesota Longitudinal Study. In Klaus E., Grossmann, K., & Waters, E. (Eds.),

- Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 48-70). New York, NY, US: Guilford Publications.
- Steele, H., & Steele, M. (Eds.). (2017). *Handbook of attachment-based interventions*. Guilford Publications.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 1-25.
- Tassé, M. J., Aman, M. G., Hammer, D., & Rojahn, J. (1996). The Nisonger Child Behavior Rating Form: age and gender effects and norms. *Research in developmental disabilities*, 17, 59-76.
- Tasse, M. J., & Craig, E. M. (1999). Methodological issues in the cross-cultural assessment of adaptive behavior. In R.L. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation* (pp. 119-140). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Tassé, M. J., Girouard, N., & Morin, I. N. (1996). GECEN: Grille d'évaluation pour enfants: Nisonger.
- Tassé, M. J., & Morin, D. (2003). *La déficience intellectuelle*. G. Morin éd.
- Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. Guilford Press.
- Thompson, R. A., Cicchetti, D., Lamb, M. E., & Malkin, C. (1985). Emotional responses of Down syndrome and normal infants in the Strange Situation: The organization of affective behavior in infants. *Developmental Psychology*, 21(5), 828-841.
- Tremblay, K. N., Richer, L., Lachance, L., & Côté, A. (2010). Psychopathological manifestations of children with intellectual disabilities according to their cognitive and adaptive behavior profile. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 57-69.
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & Fallot, R. D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 725.
- Van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. (1992) The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63(4), 840-858.

- 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(2), 225-249.
- Van Ijzendoorn, M. H., Vereijken, C. M. J. L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Riksen-Walraven, J. M. (2004). Assessing Attachment Security with the Attachment Q Sort: Meta-Analytic Evidence for the Validity of the Observer AQS. *Child Development*, 75(4), 1188-1213.
- Vaughn, B. E., Goldberg, S., Atkinson, L., Marcovitch, S., MacGregor, D., & Seifer, R. (1994). Quality of toddler-mother attachment in children with Down-syndrome limits to interpretation of strange situation behavior. *Child Development*, 65, 95-108.
- Vrijmoeth, C., Monbaliu, E., Lagast, E., & Prinzie, P., (2012). Behavioral problems in children with motor and intellectual disabilities: Prevalence and associations with maladaptive personality and marital relationship. *Peter Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1027-1038.
- Walker, S., Penketh, V., Lewis, H., & Hare, D. J. (2016). Assessing attachment relationships in people with intellectual disabilities. In H. K. Fletcher, A. Flood, & D. J. Hare (Eds.), *Wiley series in clinical psychology. Attachment in intellectual and developmental disability: A clinician's guide to practice and research* (pp. 59-78).
- Wallander, Jan L.; Dekker, Marielle C.; Koot, Hans M. Glidden, Laraine Masters (Ed). (2003). Psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: Measurement, prevalence, course, and risk. *International review of research in mental retardation*, 26, (pp. 93-134). San Diego, CA, US: Academic Press, xiii, 334 pp.
- Walsh M., Morrisson, T.G., & McGuire, B. E. (2011). Chronic pain in adults with an intellectual disability: Prevalence, impact, and health service use based on caregiver report. *Pain*, 152, 1951-1957.
- Waters, E., & Deane, K. E. (1987). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-Methodology and the organization of behavior in infancy and childhood.