

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

FAVORISER LA SÉCURITÉ D'ATTACHEMENT DE L'ENFANT AUTISTE À SON PARENT À PARTIR DE
L'INTERVENTION RELATIONNELLE EN LIGNE DURANT LA PANDÉMIE LIÉE AU COVID-19

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

NATHALIE FORTIN

SEPTEMBRE 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). 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

En premier lieu, je tiens à exprimer ma grande gratitude à ma directrice de recherche, la professeure Chantal Cyr, sans qui mon parcours et mon projet doctoral n'auraient été possibles. Les mots ne sont pas suffisants pour t'exprimer ma reconnaissance de m'avoir offert cette opportunité. En plus de ta guidance, ton aide et tes précieux conseils, je te remercie pour ta compréhension et ta flexibilité qui m'ont permis de mener à terme ce projet à travers les aléas de la vie. Ton expertise, ton soutien, tes commentaires toujours constructifs et supportants m'ont grandement aidée tout au long de la rédaction de cet essai, un exercice qui s'est avéré fort fastidieux, encore plus que tous les travaux de rédaction demandés durant le parcours doctoral. Tout au long de mon parcours, tu as su créer un environnement de travail sécurisant et stimulant qui m'a été enrichissant bien au-delà de la transmission du savoir. Ce fut un plaisir de travailler sous ta direction et je suis reconnaissante des nombreuses opportunités d'apprentissages que tu m'as offertes et de la confiance que tu m'as accordée tout au long de mon parcours doctoral. Merci aussi pour avoir continué à croire en ce projet et de l'avoir maintenu en vie malgré les obstacles, les rebondissements et les nombreux ajustements qui ont été nécessaires.

Merci également à Dre Nathalie Poirier pour ses éclairages lors de la rédaction de mon projet doctoral et à Dr Éric Feugé. Merci à vous d'avoir accepté de me lire et de consacrer du temps à l'évaluation de cet essai.

Je tiens aussi à remercier tous mes collègues du laboratoire LEDEF, notamment Gabrielle, Elke, Valérie, Marie-Andrée, Laurence, Houria, et William ainsi que les membres de l'équipe de la Clinique de développement du CHU Ste-Justine qui ont contribué de près ou de loin au Projet Pirate et par le fait même à cette étude. En particulier Mme Barbara Dufour, psychologue, pour sa générosité, nos échanges enrichissants, ses précieux conseils, son soutien et plus globalement son implication dans ce projet de recherche, malgré les hauts et les bas, et les nombreux rebondissements. Merci également à M. Hugues Charron pour sa précieuse collaboration, sa disponibilité, ses suggestions, toujours dans la bonne humeur.

Je remercie également tous les enseignants qui ont joué un rôle dans mon parcours académique au cours de ce doctorat, mais aussi ceux qui ont été présents au début de mon parcours universitaire lors de mon retour aux études, en particulier M. Jean-Serges Bergeron pour ses cours stimulants et les réflexions profondes et les échanges qu'ils suscitent. Un grand merci également à mes collègues de classe, Josée, Luc

et Sébastien, qui êtes devenus des amis chers avec qui il est toujours agréable, enrichissant et nourrissant d'échanger. Chacun à votre façon, vous avez facilité et allégé mon retour aux études. Vous m'avez accompagnée tout au long de mon parcours.

En terminant, une mention spéciale à Jocelyn, mon conjoint, et à mes enfants : Guillaume, Gabrielle et Alexandre. Merci pour votre patience, votre compréhension ainsi que votre soutien inébranlable et inconditionnel tout au long de ces longues années d'études. Merci pour vos encouragements, votre résilience et votre humour! Sans vous, ce parcours doctoral n'aurait certainement pas été possible.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 CONTEXTE THÉORIQUE	3
1.1 Trouble du spectre de l'autisme	3
1.2 Prévalence	4
1.3 Bien-être psychologique des parents d'enfants autistes (stress, détresse et auto-efficacité parentale) et comportements problématiques de l'enfant	5
1.4 Attachement et sensibilité parentale	10
1.5 Autisme et attachement de l'enfant.....	14
1.6 Autisme et intervention fondée sur l'attachement	18
1.7 Autisme et intervention parent-enfant en ligne.....	20
CHAPITRE 2 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	24
2.1 Objectifs et hypothèses	24
CHAPITRE 3 MÉTHODE	25
3.1 Projet PIRATE : Promouvoir l'Interaction parent-enfant avec la RétroAction vidEo.....	25
3.2 Participants	25
3.3 Devis	26
3.4 Recrutement	27
3.5 Considérations éthiques	29
3.6 Procédure	29
3.7 Instruments de mesure.....	32
3.8 Plan d'analyses.....	36
3.9 Données manquantes.....	37
CHAPITRE 4 RÉSULTATS.....	38

4.1	Objectif 1 : Examiner les liens entre le bien-être psychologique des parents et les symptômes autistiques et la sécurité d’attachement de leurs enfants.....	38
4.2	Objectif 2 : Efficacité de l’Intervention relationnelle	40
	CHAPITRE 5 DISCUSSION	41
5.1	Discussion	41
5.2	Bien-être psychologique des parents d’enfants autistes : Stress parental	41
5.3	Bien-être psychologique des parents d’enfants autistes : détresse psychologique	42
5.4	Bien-être psychologique (stress parental, détresse psychologique et sentiment d’auto-efficacité parentale) et sévérité des symptômes autistiques des enfants	43
5.5	Bien-être psychologique des parents et sécurité d’attachement des enfants autistes.....	45
5.6	Intervention relationnelle, une stratégie efficace pour améliorer la sécurité d’attachement de l’enfant autiste à son parent.....	46
5.7	Forces et limites.....	47
5.8	Défis d’implantation	48
5.9	Études futures.....	49
5.10	Intervention relationnelle	50
	CHAPITRE 6 CONCLUSION	54
	ANNEXE A Projet Pirate – dépliant.....	56
	ANNEXE B Projet Pirate – Formulaire de consentement	58
	ANNEXE C Certificat d’approbation éthique – CHUSJ et CIEREH.....	62
	ANNEXE D Questionnaire sociodémographique	66
	LISTE DES RÉFÉRENCES.....	71

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Modèle illustrant les liens bidirectionnels entre les comportements problématiques de l'enfant, le bien-être parental et les comportements parentaux.....	6
Figure 1.2 Modèle illustrant les liens bidirectionnels entre les comportements difficiles de l'enfant, le bien-être et les comportements parentaux et l'attachement de l'enfant	18
Figure 3.1 Diagramme de flux des participants depuis le processus de sélection jusqu'à la complétion de l'évaluation post-test de l'étude	28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 Statistiques descriptives des variables de l'étude au prétest.....	26
Tableau 4.1 Corrélations entre les variables de bien-être psychologique des parents, les symptômes autistiques et la sécurité d'attachement des enfants au prétest.....	39
Tableau 4.2 Statistiques comparant les groupes cible et contrôle sur la sécurité de l'attachement de l'enfant à son parent au post-test.....	40

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA American Psychiatric Association

CHU Centre hospitalier universitaire

CHUSJ Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

CIEREH Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains

ECSEJ Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes

FPI Focus Play Time

IR Intervention Relationnelle

PACT Preschool Autism Communication Trial

PACT-G Paediatric Autism Communication Therapy-Generalised

PCIT Parent-Child Intervention Therapy

p. ex. par exemple

SCL Symptoms Checklist

TSA Trouble du spectre de l'autisme

VIPP Videofeedack Intervention to Promote Positive Parenting

VIPP-AUTI Videofeedack Intervention to Promote Positive Parenting – Autism

RÉSUMÉ

Les écrits scientifiques qui portent sur la sécurité d'attachement des enfants autistes envers leurs parents ont largement montré que ces enfants sont plus à risque de développer un attachement insécurisant que les enfants non autistes (Rutger et al., 2004), et leurs parents de vivre une détresse psychologique. Une récente méta-analyse (Sandbank et al., 2020) suggère que les interventions les plus prometteuses sont les interventions développementales, dont celles qui permettent d'améliorer la sécurité d'attachement de l'enfant à son parent. Les interventions fondées sur l'attachement sont efficaces pour améliorer l'attention conjointe et les comportements d'attachement des enfants autistes (p. ex. Green et al., 2015; Siller et al., 2014). Depuis la pandémie de COVID-19, plusieurs de ces interventions ont été administrées en ligne avec succès (p. ex. van IJzendoorn et al., 2023). Cependant, les études d'efficacité à leur sujet sont peu nombreuses et aucune n'a porté sur les enfants autistes. Le grand objectif de cette étude est de mieux comprendre les liens entre l'attachement des enfants autistes et le bien-être psychologique de leur parent, et vérifier s'il est possible d'améliorer la relation d'attachement de l'enfant à son parent. Pour répondre à ce grand objectif, deux sous-objectifs composent l'étude. Le premier vise à documenter l'ampleur des difficultés du bien-être parental, plus précisément le stress, la détresse psychologique et l'auto-efficacité des parents d'enfants autistes. Le second est de vérifier si la participation à l'Intervention relationnelle (IR) en ligne améliore la sécurité d'attachement des enfants autistes à leur parent.

À partir des données du Projet Pirate, nous avons recruté un total de 28 parents et leurs enfants autistes (*M.* âge = 58,75 mois, *E.T.* = 10,67; 78,6% garçons). Ils ont été assignés aléatoirement à un groupe cible (IR, *n* = 15) ou contrôle (traitement usuel, *n* = 13). Durant les évaluations prétest et post-test, les parents ont rempli des questionnaires en ligne. Avec leurs enfants, ils ont aussi participé à des tâches d'interaction parent-enfant pour une durée d'environ 20 minutes d'interactions, soit une période de jeux et de collation qui ont été filmées. À partir de ces séquences vidéo, des observateurs indépendants ont évalué la sécurité d'attachement (Attachment Q-Sort, Waters et Deane, 1985) aux prétest et post-test, et les symptômes autistiques au prétest (CARS-T, Schopler et al., 1988).

En lien avec le premier objectif qui visait à documenter les difficultés du bien-être parental, les résultats montrent que les parents d'enfants autistes rapportent des niveaux élevés de détresse psychologique. De plus, les parents ayant plus de symptômes de détresse psychologique et un sentiment d'auto-efficacité plus faible ont des enfants avec un degré de sécurité d'attachement significativement plus faible. Le second objectif visait à vérifier si la participation à l'IR permettait d'améliorer la sécurité d'attachement des enfants autistes à leur parent. Les résultats, en considérant la sécurité d'attachement et les symptômes autistiques au prétest, montrent que la sécurité d'attachement est plus élevée au post-test chez les enfants du groupe IR que chez ceux du groupe contrôle, et la différence est grande ($d = 0,89$).

Les résultats de cette étude montrent que l'IR en ligne peut améliorer la qualité de la relation entre l'enfant autiste et son parent, peu importe le degré de sévérité des atteintes autistiques. L'efficacité de l'IR constitue aussi un indice de l'applicabilité de la théorie d'attachement auprès de cette population. Comme l'échantillon est petit, d'autres études seront nécessaires pour confirmer ces résultats.

Mots clés : autisme, relation parent-enfant, attachement, intervention, intervention relationnelle, intervention en ligne, bien-être parental, stress, détresse, auto-efficacité

INTRODUCTION

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est principalement caractérisé par des déficits sociaux et de la communication ainsi que des comportements répétitifs incluant des intérêts restreints (APA, 2022). Les difficultés propres à l'autisme affectent la qualité des signaux communiqués par l'enfant (Esposito et al., 2014), lesquels sont souvent subtils et manifestés à des moments inattendus (Wetherby et al., 1998). Bien souvent, ces difficultés compliquent la relation parent-enfant, car elles affectent le sentiment de compétence parentale et augmentent le stress et la détresse psychologique des parents (Hayes et Watson, 2013), qui peuvent dès lors émettre envers leurs enfants des comportements insensibles tels que des consignes trop directives ou une approche intrusive (Doussard-Roosevelt et al., 2003). Selon une boucle de rétroaction négative, l'insensibilité parentale, à laquelle s'ajoutent les difficultés de communication inhérente à l'enfant, risquent de contribuer au maintien d'une relation difficile avec ce dernier, au stress parental et, finalement, au développement d'une relation d'attachement insécurisante avec l'enfant (Dubois-Comtois et al., 2017). Alors que l'attachement sécurisant est un facteur de protection dans le développement de l'enfant (Rutter, 1985), il est nécessaire d'intervenir auprès de ces familles pour améliorer la lecture des signaux de communication de l'enfant par le parent, voire sa sensibilité parentale, et la sécurité d'attachement de l'enfant.

Les interventions centrées sur l'attachement mettent l'accent sur le renforcement des comportements de sensibilité parentale en aidant le parent à mieux observer, interpréter et répondre aux signaux de l'enfant, incluant ses besoins quotidiens et ses signaux de détresse. Quelques interventions de ce type destinées aux parents et leurs enfants autistes ont montré des résultats prometteurs sur l'amélioration de la sensibilité parentale, mais celles-ci sont peu nombreuses et non pas spécifiquement examiné l'effet sur la sécurité d'attachement de l'enfant (p. ex. Green et al., 2010; Green et al., 2013; Green et al., 2015; Hatamzadeh et al., 2010; Hudry et al., 2013; Poslawsky et al., 2014; Poslawsky et al., 2015; Rogers et al., 2019; Siller et al., 2014), et aucune n'a été menée en ligne pour cette population.

Le grand objectif de cette étude est d'examiner l'effet de l'Intervention-Relationnelle (IR), une intervention fondée sur l'attachement et visant l'amélioration de la sensibilité parentale, sur la sécurité d'attachement de l'enfant présentant un TSA à son parent. D'abord, il est question de décrire l'échantillon à l'étude en termes de difficultés présentées par les enfants (symptômes autistiques) et les parents (stress parental,

détresse psychologique parentale, sentiment d'auto-efficacité parentale. Ensuite, l'efficacité de l'IR sur la sécurité d'attachement de l'enfant est évaluée.

Cet essai est composé de six chapitres. D'abord, le premier chapitre fait une description du TSA, ses symptômes et sa prévalence. Il présente aussi les conséquences de l'autisme sur le bien-être psychologique (stress, détresse, sentiment d'auto-efficacité parentale) du parent et ses comportements parentaux, notamment sa sensibilité parentale. Ensuite, il décrit ce qu'est l'attachement dans le développement des enfants ne présentant pas de TSA, et recense les études menées sur l'attachement des enfants avec un TSA. Le premier chapitre présente également les études d'intervention centrées sur l'attachement auprès des enfants autistes et leurs parents. Le second chapitre expose les objectifs et les hypothèses de l'étude. Le troisième chapitre présente la méthode utilisée pour répondre aux objectifs de l'étude. Une description des participants est faite, incluant les méthodes de recrutement, la procédure et les instruments de mesure utilisés, ainsi que les considérations éthiques de l'étude et un plan des analyses effectuées. Les considérations éthiques de l'étude y sont aussi détaillées. Un plan des analyses effectuées est aussi présenté. Le quatrième chapitre présente les résultats de l'étude. Le cinquième chapitre en fait la discussion en considérant les limites de l'étude. Le dernier chapitre propose des recommandations cliniques, suggère des pistes de recherche futures et présente une conclusion.

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1/ Trouble du spectre de l'autisme

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par un déficit permanent des interactions sociales et de la communication ainsi que par des comportements et des intérêts restreints (anormalement marqués pour un objet, un animal, une personne ou un aspect de l'environnement sensoriel) et répétitifs (APA, 2015, 2022). Les comportements, les intérêts ou les activités restreintes ou répétitives peuvent prendre la forme de stéréotypies (p. ex. mouvements de mains ou de doigts répétitifs), une adhésion rigide aux routines. Les intérêts des enfants autistes peuvent être peu nombreux ou encore très développés et anormalement intenses. Par exemple, des enfants ayant un TSA peuvent se montrer fascinés par des objets qui tournent (p. ex. ventilateur, sècheuse, etc.) ou passer beaucoup de temps à aligner des objets (p. ex. voitures, trains, figurines, etc.). Lorsqu'ils sont interrompus ou qu'il y a un changement dans leur routine, cela peut provoquer une détresse importante et générer des réactions émotionnelles démesurées (p. ex. faire des crises de larmes ou de colère, se désorganiser, etc.). Les déficits de la communication et des interactions sociales prennent la forme d'anomalies dans la réciprocité sociale ou émotionnelle ou de difficultés à ajuster le comportement social à celui des autres ou au contexte. La compréhension et l'utilisation de la communication non verbale sont aussi problématiques et peuvent se manifester par un contact visuel ou un langage corporel atypique, des expressions faciales inappropriées ou absentes. Des particularités sont également trouvées sur le plan sensoriel notamment une hyper- ou une hypo-réactivité aux stimulations sensorielles du corps ou pour des stimuli de l'environnement. Par exemple, l'enfant peut avoir peu de réactions à la douleur, à la température, aux sons, à différentes textures ou y être extrêmement sensible. Il peut également montrer une indifférence, une résistance ou une aversion au toucher, des particularités sur le plan du goût ou de l'odorat, un intérêt pour ce qui représente la symétrie ou encore une crainte des bruits forts, etc. (APA, 2015, 2022). Le DSM-5-TR distingue trois niveaux de sévérité des symptômes autistiques sur un continuum allant de léger à sévère selon le besoin de soutien de l'individu. Pour déterminer le degré de sévérité, le clinicien doit évaluer les déficits sur le plan de la communication sociales ainsi que des comportements et intérêts restreints et répétitifs. Ainsi, l'autisme de niveau 3 nécessite une aide très importante en raison de déficits sévères dans la communication sociale verbale et non verbale qui impactent sévèrement le fonctionnement et les interactions. Le fonctionnement quotidien est également très hypothéqué du au

fait des rigidités et de comportements restreints ou répétitifs. Le niveau 2 nécessite une aide importante alors que le niveau 1 nécessite une aide moins soutenue). De plus, le clinicien doit spécifier si le TSA est accompagné d'autres comorbidités telles : un handicap intellectuel, un trouble du langage, un autre trouble neurodéveloppemental, un catatonie ou une condition médicale ou génétique ou facteur environnemental (APA, 2022).

Les comportements autistiques de l'enfant peuvent donner lieu à des échanges inhabituels avec l'autre ou qui ne sont pas adaptés à son développement. Ainsi, les enfants présentant un TSA éprouvent des difficultés à adapter leur comportement aux différents contextes sociaux (APA, 2015, 2022). Ils initient peu les interactions et tendent à ne pas partager leurs émotions ou à orienter les communications vers l'adulte (Landa et al., 2007). Ils peuvent avoir des difficultés à se faire des amis ou encore montrer une absence d'intérêt pour les autres enfants (APA, 2015, 2022). La capacité à communiquer leurs intentions est aussi souvent déficitaire. Ceci s'observe chez le jeune enfant qui ne pointe pas vers un objet, ne montre pas d'objet à ses proches pour partager son intérêt et ne suit pas du regard celui d'une autre personne, etc. (APA, 2015). Sur le plan non verbal, le contact visuel avec le parent ou un autre individu peut être difficile ou inapproprié (APA, 2015). De plus, les déficits de langage (p. ex. ne babille pas, fait des répétitions, des écholalies, montre des difficultés de compréhension, etc.) sont fréquents (APA, 2015).

Les symptômes autistiques diffèrent d'une personne à l'autre tant dans leurs présentations que de leur intensité. Les caractéristiques autistiques sont généralement observables dès la petite enfance, mais deviennent plus apparentes lorsque les demandes et les exigences sociales dépassent les capacités individuelles ou les stratégies apprises (APA, 2015). Chez un grand nombre d'enfants présentant un TSA, la présence de comorbidités est fréquente (APA, 2015). Des troubles neurodéveloppementaux tels que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, un trouble du langage, un handicap intellectuel, ou d'autres troubles psychiatriques (anxiété, dépression, trouble obsessionnel compulsif, trouble alimentaire avec restriction ou évitement ou préférence alimentaire extrême et sélective... etc.), neurologiques (épilepsie), gastro-intestinaux (constipation) et du sommeil sont fréquents (APA, 2015, 2022; Casanova et al., 2020; Khachadourian et al., 2023; Matson et al., 2013).

1.2/ Prévalence

La prévalence du TSA aux États-Unis (APA, 2015) et à travers le monde (Zeidan et al., 2022 pour une revue systématique) se situe autour de 1% de la population. Au Canada, selon les données de l'Enquête

canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) de 2019, 1 enfant âgé entre 1 à 17 ans sur 50 a reçu un diagnostic de TSA (Agence de la Santé Publique du Canada, 2022). Dans plus de la moitié des cas, le diagnostic est posé avant que l'enfant atteigne l'âge de 5 ans, l'âge médian étant de 3,7 ans (Agence de la Santé publique du Canada, 2022). Au Québec, l'estimation de la prévalence populationnelle de l'autisme s'élève est de 1,7% (Agence de la Santé Publique du Canada, 2022). En Amérique du Nord, la prévalence de l'autisme est en augmentation et les garçons demeurent plus touchés que les filles (4 :1) (Agence de la Santé Publique du Canada, 2018; Baio et al., 2018; Landrum, 2018). Différents facteurs pourraient expliquer l'augmentation importante de la prévalence au cours des dernières années, notamment, la substitution ou l'omission de diagnostics (des enfants qui n'auraient pas reçu de diagnostic sont aujourd'hui considérés comme ayant un TSA), l'élargissement des critères diagnostiques, les facteurs méthodologiques, la disparité du processus diagnostique, l'accessibilité aux services et la hausse réelle du trouble (Hansen et al., 2015; Poirier et des Rivières-Pigeon, 2013; Zeidan et al., 2022).

1.3/ Bien-être psychologique des parents d'enfants autistes (stress, détresse et auto-efficacité parentale) et comportements problématiques de l'enfant

Les difficultés propres à l'autisme impliquent pour les parents des demandes qui dépassent largement celles des parents d'enfants qui ont un développement typique (Isa et al., 2016). Entre autres, les besoins particuliers de l'enfant ayant un TSA peuvent nécessiter une réorganisation importante des tâches familiales, entraîner des modifications dans la dynamique du couple et avec les autres enfants, en plus d'exiger un investissement financier considérable (Cappe et al., 2012). Aussi, plus les symptômes autistiques sont sévères, particulièrement les difficultés de langage et de communication, plus la qualité de vie familiale et le bien-être psychologique du parent sont atteints (Cappe et al., 2012). Les familles avec un enfant autiste doivent composer avec les particularités et les comportements problématiques de l'enfant. Les travaux du domaine suggèrent que ces difficultés, qui tendent à perdurer dans le temps, représentent une source de stress parental importante et continue pour les parents d'enfants autistes. Ces difficultés sont susceptibles de diminuer leur sentiment d'auto-efficacité parentale, augmenter leur détresse psychologique et maintenir les comportements problématiques des enfants (Hastings, 2002).

Selon un modèle transactionnel, Hastings (2002), propose une relation bidirectionnelle entre les comportements difficiles des enfants atteints de troubles neurodéveloppementaux et le stress parental dans le temps. Dans les familles avec un enfant qui présente un TSA, les difficultés de l'enfant peuvent compromettre, via un stress parental plus élevé, la capacité du parent à s'engager dans des

comportements positifs et sensibles qui soutiendraient le fonctionnement émotionnel et comportemental de l'enfant, perpétuant ainsi les difficultés de ce dernier et le stress parental associé (Hastings, 2002; Yorke et al., 2018). Cette chaîne d'interactions négatives et bidirectionnelles diminuerait le sentiment d'auto-efficacité parentale, qui contribuerait subséquemment à élever les symptômes de détresse psychologique (p. ex., anxiété, dépression) du parent ainsi que son stress parental (Hastings et Brown, 2002). La Figure 1.1, inspirée des travaux de Hasting (2002), illustre les liens bidirectionnels entre les comportements problématiques des enfants et les atteintes au bien-être psychologique des parents, lesquelles peuvent prendre la forme d'un stress parental, d'une détresse psychologique et d'une faible auto-efficacité parentale.

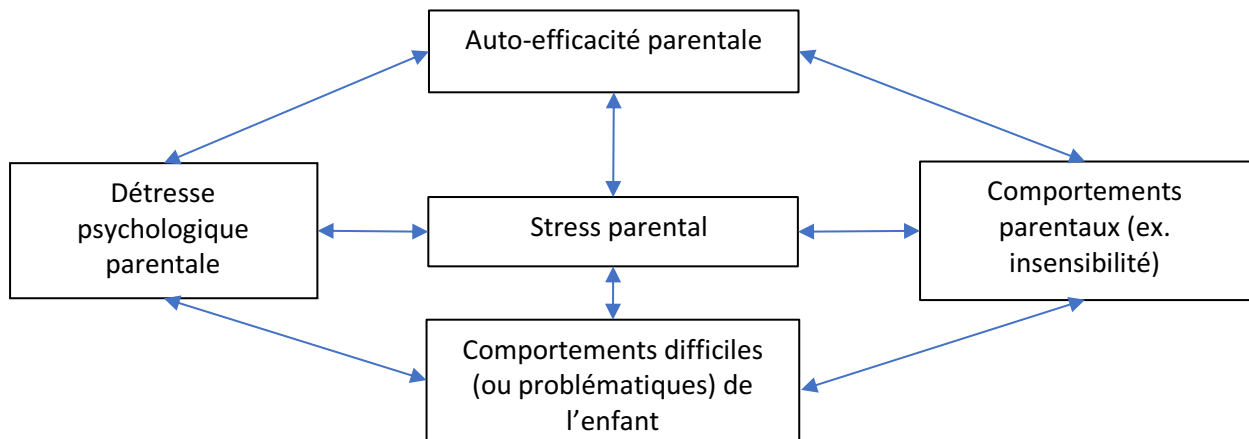


Figure 1.1 Modèle illustrant les liens bidirectionnels entre les comportements problématiques de l'enfant, le bien-être parental et les comportements parentaux

Le stress parental est l'expérience d'une détresse ou d'un inconfort qui résulte d'une demande associée au rôle de parent (Deater-Deckard, 1998). Il découle de la perception du parent de sa propre compétence dans le rôle parental ainsi que de la perception du comportement de son enfant (Abidin, 1997; Abidin et Burke, 1978). En particulier, le stress parental tend à survenir lorsque les stratégies d'adaptation du parent ne sont plus suffisantes pour rencontrer les exigences associées au rôle parental. Lorsque cela se produit, la capacité du parent à éprouver du plaisir et à apprécier la relation avec son enfant est en partie compromise (Abidin, 1995, 1992). Pour Abidin (1990), le stress parental émerge de trois grandes sources : 1) la détresse parentale 2) les difficultés de l'enfant et 3) le caractère dysfonctionnel des interactions entre

le parent et l'enfant. La détresse parentale réfère au sentiment de restriction dans les activités personnelles, au sentiment de compétence dans le rôle de parent, à l'alliance parentale, au soutien social et à la santé du parent. Dans ce sens, un parent qui se sent incompetent dans son rôle pourrait ressentir un plus haut degré de stress. Les conflits ou le manque de soutien entre les conjoints, un réseau social limité ou peu soutenant ainsi que les problèmes de santé mentale du parent comme par exemple l'anxiété et la dépression sont aussi des facteurs connus pour contribuer au stress du parent. Les difficultés de l'enfant concernent la soumission du parent aux nombreuses demandes de l'enfant particulièrement si ce dernier a un tempérament difficile. Ainsi, les parents d'enfants qui présentent des difficultés à s'adapter aux changements, qui ont des comportements perturbateurs, difficiles à gérer (p. ex. hyperactivité, distractabilité) ou qui sont plus réactifs ou demandants sur le plan émotionnel sont à risque de vivre un plus haut degré de stress. Quant aux interactions dysfonctionnelles, elles concernent les interactions parent-enfant difficiles, conflictuelles ou qui sont insatisfaisantes pour le parent. Ceci inclut les attentes parentales qui ne sont pas comblées et le manque de renforcement du parent, par l'enfant, dans son rôle parental.

Les parents qui éprouvent plus de stress tendent à avoir une moins bonne santé mentale. Des recherches ont montré un effet négatif du stress sur la santé physique et psychologique des parents (Abidin, 1992; Crnic et Greenberg, 1990). Une relation réciproque est aussi trouvée entre le stress parental et les problèmes de comportement de l'enfant (Neece et al., 2012). Les difficultés parentales auto-perçues sont une source majeure de stress pour les parents (Belsky, 1984; Vondra et Belsky, 1993), en particulier lorsque le parent perçoit son enfant comme étant irritable ou demandant et que les interactions avec son enfant sont considérées difficiles (Östberg et Hagekull, 2000). En retour, des interactions difficiles entre le parent et son enfant sont une source de stress parental. De plus, les parents qui se sentent moins compétents dans leur rôle vivent plus de stress tandis que ceux qui se sentent plus compétents vivent moins de stress.

Des études menées auprès de parents tout-venant ont montré que les parents affichant un degré plus élevé de stress parental présentent moins de synchronie parent-enfant (Azhari et al. 2019; Im-Bolter et al., 2015), davantage de pratiques parentales incohérentes et punitives (Shea et Coyne, 2011), des réponses parentales moins sensibles (Ponnet et al., 2013), moins d'empathie (Goldberg, 2018) et une moins bonne relation parent-enfant (Guajardo et al., 2009). Les parents avec un degré de stress parental plus élevé adoptent aussi un style parental plus autoritaire, s'engagent dans des pratiques parentales plus punitives et ils sont moins impliqués auprès de leur enfant (Mak et al., 2020; Spinelli et al., 2021). Les études

montrent que les parents qui ont un stress parental plus élevé ont une perception plus négative de leur enfant, tendent à être moins réceptifs aux signaux de ce dernier, moins chaleureux et moins engagés dans des interactions positives (Crawford et Manassis, 2001; Landry et al., 2006). Parallèlement, les parents avec un stress parental plus élevé ont des enfants plus à risque de présenter un attachement insécurisant et des problèmes de comportement (Belsky et al., 1996, Rholes et al., 2006, Tharner, et al., 2012, Yan et al., 2021). Des recherches ont aussi montré des liens entre un stress parental élevé et un risque de détresse psychologique élevé chez les parents, ceux-ci étant plus à risque de présenter des symptômes d'anxiété et de dépression (Fernandes et al., 2021; Gelfand et al., 1992; Johansson et al., 2017; Miller et al., 1992; Saisto et al., 2008; Sepa et al., 2004).

Crnic et Ross (2017) ont élaboré davantage sur les liens entre le stress parental et le sentiment d'auto-efficacité parental chez des parents de familles tout venant. Ils proposent que ces deux états s'influencent mutuellement à travers le temps et d'une façon qui en perpétue le lien. Lorsque le parent présente un stress élevé, il se sent moins efficace. Lorsque le sentiment d'auto-efficacité est faible, le parent devient plus stressé et le cycle entre ces deux états interdépendants se maintient. L'auto-efficacité parentale est la perception qu'a le parent de sa compétence dans son rôle parental, incluant ses croyances à propos de sa capacité à répondre aux enjeux développementaux de son enfant et à influencer positivement son développement et son adaptation (Bandura, 1997; Jones et Prinz, 2005, pour une recension). L'auto-efficacité parentale est donc un processus dynamique modulé par l'évolution des exigences associées au rôle parental, du contexte situationnel et des facteurs individuels propres au parent (Bandura, 1997; Sevigny et Loutzenhiser, 2010), à savoir ses croyances, ses pensées, ses valeurs et ses attentes (Coleman et Karraker, 2003; Meunier et Roskam, 2007). Selon Crnic et Ross (2017), les parents qui ont un fort sentiment d'auto-efficacité se sentent compétents dans leur rôle. Ils ont le sentiment qu'ils peuvent accomplir avec succès leurs tâches parentales et ils croient pouvoir influencer positivement le développement de leur enfant.

Les résultats d'études sur l'auto-efficacité de parents tout-venant ont montré que les parents qui se perçoivent plus compétent évaluent les situations comme étant moins problématiques et ils sont confiants que les difficultés peuvent être résolues (Coleman et Karraker, 1998, 2003; Jones et Prinz, 2005; Mash et Johnston, 1990). L'auto-efficacité parentale est liée à une variété d'issues pour le parent et l'enfant (Jones et Prinz, 2005) comme par exemple des stratégies parentales positives, l'adaptation et la persévérance dans les situations exigeantes comme les comportements difficiles de l'enfant. De plus, des études

montrent qu'un sentiment d'auto-efficacité parentale plus faible est associé à des symptômes de dépression maternelle, des symptômes de psychopathologie et de détresse psychologique chez les parents (Coleman et Karraker, 1998; Hastings et Brown, 2002; Jones et Prinz, 2005). L'auto-efficacité parentale a aussi été identifiée comme un déterminant important des comportements parentaux et étroitement liés aux au développement de l'enfant ne présentant pas de trouble neurodéveloppemental et à son adaptation socioémotionnelle (Coleman et Karraker, 2003; Jones et Prinz, 2005; Teti et Gelfand, 1991). Les résultats des études auprès de familles tout-venant qui se sont intéressées aux liens entre l'auto-efficacité et la relation parent-enfant sont toutefois mitigés. Par exemple, dans une tâche suscitant un stress émotionnel chez l'enfant, les parents qui avaient une meilleure auto-efficacité démontraient plus de comportements sensibles envers leur enfant (Leerkes et Crockenberg, 2002). Une autre étude a montré qu'un sentiment d'auto-efficacité parentale plus élevé prédisait une réduction de l'hostilité, mais également une augmentation de comportements parentaux intrusifs et de surprotection, ce qui laisse croire qu'un degré trop élevé d'auto-efficacité est néfaste (Grimes, 2012). Wilson et al. (2014), arrivent à la conclusion que l'association entre l'auto-efficacité et la sensibilité parentale n'est pas linéaire, car ces auteurs ont montré que les parents qui rapportent une auto-efficacité modérée sont plus sensibles aux besoins de leur enfant alors que ceux qui rapportent une auto-efficacité élevée apparaissent peu sensibles à leur enfant. Par ailleurs, les parents avec un sentiment d'auto-efficacité plus élevé ont des enfants qui présentent moins de comportements de recherche d'aide du parent (Fleisher, 2003).

Chez les familles avec un enfant autiste, plusieurs études ont montré que les parents d'enfants autistes rapportent un degré de stress parental plus élevé que les parents d'enfants avec d'autres troubles neurodéveloppementaux (p. ex. Barrozo et al., 2018; Craig et al., 2016; Hayes et Watson, 2013). Notamment, les résultats de la méta-analyse de Hayes et Watson (2013) révèlent des différences de taille moyenne à grande entre le niveau de stress parental présenté par les parents d'enfants autistes et ceux d'enfants présentant un développement typique ($d = 1,58$) ou avec d'autres troubles neurodéveloppementaux ($d = 0,64$). Une revue systématique de 45 études (Enea et Rusu, 2020) souligne aussi que les problèmes de comportement et les problèmes sensoriels des enfants autistes sont les sources de stress les plus importantes pour les parents. Les auteurs ajoutent que les mères monoparentales qui présentent moins de stratégies de coping adaptées et ont un enfant autiste avec davantage de problèmes comportementaux et de difficultés sensorielles, sont les parents les plus à risque d'éprouver des degrés de stress parental et de détresse psychologique plus élevés. D'autres études ont examiné les liens entre le stress parental et la détresse psychologique de parents d'enfants autistes, lesquels sont à risque de

symptômes dépressifs et d'anxiété (Estes et al., 2009; Hamlyn-Wright et al., 2007; Hayes et Watson, 2013; Shobana et Saravanan, 2014; Stein et al., 2011). En particulier, une étude indique que l'augmentation du stress parental est liée à une augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression chez le parent d'enfants ayant un TSA (Rezendes et Scarpa, 2011). De plus, dans cette étude, l'auto-efficacité parentale agit comme un médiateur partiel de ce lien même après avoir contrôlé pour le diagnostic de l'enfant et la sévérité de ses atteintes fonctionnelles. D'autres études indiquent que l'auto-efficacité parentale est aussi un médiateur du lien entre la détresse psychologique du parent et les problèmes de comportement des enfants autistes (Hastings et Brown, 2002).

Dans l'ensemble, les études du domaine de l'autisme montrent clairement les atteintes au bien-être psychologique (stress, détresse et auto-efficacité parentale) des parents d'enfants autistes, ainsi que des liens bidirectionnels entre ces atteintes et les comportements problématiques des enfants. Ces résultats suggèrent combien il est nécessaire d'intervenir auprès des enfants autistes et leurs parents. Par ailleurs, il faut noter le peu d'études ayant examiné les liens entre le bien-être psychologique de ces parents et la qualité de la relation parent-enfant, en particulier la qualité du lien d'attachement de l'enfant à son parent (Lapointe et al. 2020). Comme les enfants autistes présentent d'importantes difficultés de communication, il leur est difficile dès leur jeune âge de signaler avec clarté leurs besoins d'attachement et, conséquemment pour leurs parents, de bien détecter leurs besoins d'attachement, de percevoir la réceptivité de l'enfant à un attachement sélectif et d'être gratifiés par cette relation. De plus, les réponses habituellement apaisantes des parents aux besoins de leurs enfants sont à risque d'être rejetées par les enfants eux-mêmes, exacerbant la détresse psychologique chez le parent et le maintien des comportements problématiques chez l'enfant. Mieux comprendre cette première relation d'attachement de l'enfant à son parent et ses liens avec le bien-être psychologique du parent semble essentielle pour aider les parents d'enfants autistes dans le décodage des besoins d'attachement de leurs enfants et l'amélioration du lien d'attachement de l'enfant à leur égard.

1.4/ Attachement et sensibilité parentale

L'attachement est un lien affectif qui s'établit entre l'enfant et son parent (généralement la mère en tant que figure de soins principale) au cours des premiers mois de vie de l'enfant. La construction du lien d'attachement est une tâche développementale normative et fondamentale, car elle est liée à la survie de l'enfant (Bowlby, 1969/1982). Lorsque le système d'attachement de l'enfant s'active en raison d'un stress (p. ex. l'enfant ressent de la peur, a faim, est blessé, etc.), il émet des comportements d'attachement (p.

ex. regarde ou touche le parent, s'approche du parent, tend les bras, pleure, crie, etc.) qui visent principalement à maintenir son parent à proximité. Cette proximité permet à l'enfant d'assurer sa protection, d'obtenir réponse à ses besoins et d'être apaisé. Le lien d'attachement de l'enfant à son parent se construit dès la première année de vie à travers les interactions quotidiennes entre le parent et son enfant. Sur la base de cette histoire d'interaction, l'enfant se forme des attentes sur les réponses parentales à ses besoins, qui graduellement influenceront ses représentations de soi, des autres et des relations, de même que sa façon d'agir avec ses figures d'attachement et les autres. La qualité du lien d'attachement est donc appelée à varier selon la qualité des réponses parentales à ses besoins et signaux de détresse. Plusieurs études ont examiné la qualité des réponses parentales aux besoins des enfants (Fearon et Belsky, 2016, p. 291). De celles-ci, la sensibilité parentale apparaît comme l'un des facteurs s'étant le plus souvent illustré comme prédicteur significatif de la qualité du lien d'attachement (Verhage et al. 2016).

La sensibilité parentale réfère à la capacité du parent à percevoir, interpréter et répondre aux besoins de l'enfant de façon adéquate, dans un délai raisonnable (Ainsworth et al., 1978). Les parents qui répondent de façon suffisamment sensible aux besoins de leur enfant favorisent l'adoption de comportements d'attachement sécurisant, comme la recherche de proximité envers le parent en situation de détresse et l'exploration de l'environnement une fois apaisé. Une relation d'attachement sécurisante entre l'enfant et son parent témoigne de réciprocité et de synchronie dans les interactions (Ainsworth et al., 1978). L'enfant avec un attachement sécurisant se dirige vers sa figure de soins pour obtenir le réconfort dont il a besoin. Une fois apaisé, il y recourt comme base de sécurité pour explorer l'environnement, étant de nouveau disponible aux apprentissages. En grandissant, l'enfant avec un attachement sécurisant montre des relations plus positives avec les pairs et il est perçu comme étant plus compétent socialement (Simard et al., 2011).

Les parents qui répondent de façon insensible aux besoins de leur enfant vont plutôt favoriser un attachement insécurisant. Notamment, des comportements parentaux rejetant, distants, négatifs, ou intrusifs envers l'enfant vont davantage mener à l'établissement d'un lien d'attachement insécurisant-évitant avec le parent. Ces parents ont des difficultés à reconnaître les besoins relationnels, émotionnels et de détresse de l'enfant. Pour atténuer sa détresse, l'enfant avec un attachement évitant tend alors à minimiser l'expression de ses émotions et ne cherche pas le réconfort auprès de sa figure de soins en cas de détresse (Ainsworth et al., 1978). Il va activement ignorer ou éviter la proximité et le contact physique

avec la figure d'attachement. Il ne sollicitera pas d'aide dans les situations de stress ou de détresse (Moss et St-Laurent, 2001). La relation avec le parent peut sembler paisible, mais elle révèle une absence d'interactions et de réciprocité émotionnelle et relationnelle (Ainsworth et al., 1978). Les interactions avec le parent apparaissent plutôt instrumentales (Moss et St-Laurent, 2001).

Lorsque les comportements du parent sont inconstants, car il présente des difficultés à interpréter les signaux de détresse de l'enfant, le parent est parfois sensible et d'autres fois insensible. Ce faisant, il tend à répondre avec délais et de façon inappropriée, ce qui favorise le développement d'un attachement insécurisant-ambivalent chez l'enfant (Ainsworth et al., 1978). L'enfant qui développe un tel attachement recherche la proximité et accentue sa dépendance au parent, mais, une fois obtenu, il manifeste de la colère et résiste au réconfort du parent. Pour atténuer sa détresse et ses incertitudes, l'enfant tend ainsi à exagérer ses comportements et ses émotions négatives. Même si les enfants avec un attachement insécurisant-évitant ou insécurisant-ambivalent ne recourent pas leur figure d'attachement de façon optimale pour apaiser leur stress et leur détresse, ils s'appuient tout de même sur des stratégies organisées pour réguler leurs émotions et leurs comportements autour des réponses de leurs parents (Main et Solomon, 1990).

Certains enfants ne développent aucune stratégie organisée ou cohérente pour recourir à leur parent en situation de détresse (Main et Solomon, 1986, 1990). On dit de ces enfants qu'ils présentent des comportements d'attachement insécurisant-désorganisé. L'enfant qui a un attachement insécurisant-désorganisé manifeste des comportements d'approche contradictoires, de la désorientation et de la peur en présence de son parent. À l'approche de son parent, cet enfant peut figer, aller vers son parent puis arrêter soudainement, approcher en détournant la tête, prendre la fuite, attaquer, etc. (Main et Solomon, 1986). Plusieurs études montrent que les parents de ces enfants émettent davantage de comportements dits effrayant pour l'enfant ou ils se comportent de façon effrayée et dysrégulée en interaction avec l'enfant. Ces enfants seraient coincés, leur source potentielle de réconfort étant à la fois une source de peur.

La situation étrangère est la mesure étalon par excellence du domaine de l'attachement pour évaluer la sécurité et l'insécurité de l'attachement selon les quatre grandes classifications d'attachement décrites précédemment. Elle a été largement utilisée et validée auprès d'enfants qui présentent un développement typique. Une récente méta-analyse comprenant (Madigan et al., 2023) 285 études (20 720 dyades) a été

menée sur la distribution des classifications d'attachement dans la population générale, telle qu'évaluée avec la situation étrangère auprès de jeunes enfants. Les résultats montrent que 51.6% des enfants ont un attachement sécurisant, 14.7% un attachement insécurisant-évitant, 10.2% un attachement insécurisant-ambivalent, et 23.5% un attachement insécurisant-désorganisé. Dans leur étude, ces chercheurs notent des changements dans les proportions entre les quatre patrons d'attachement depuis les premières études qui se sont intéressées à ce sujet (Ainsworth et Wittig, 1969; van Ijzendoorn et al., 1999). Plus précisément, une augmentation de l'attachement insécurisant-évitant dans les populations considérées à risque sur le plan sociodémographique et maltraitantes. Une plus grande proportion d'attachement insécurisant-désorganisé est aussi retrouvée dans les échantillons où les parents ont une psychopathologie ainsi que chez les enfants adoptés ou placés. Selon ces chercheurs, différents facteurs pourraient expliquer les différences observées à travers le temps dans les proportions entre les quatre patrons d'attachement dont des enjeux méthodologiques (p. ex. : la variabilité intercodeur, la codification de l'attachement insécurisant désorganisé qui n'était pas considéré dans l'étude de Ainsworth et Wittig (1969) ainsi que la taille et la variabilité des échantillons (p. ex.: populations à risque, région géographique, culture).

Une autre mesure étalon de la qualité du lien d'attachement de l'enfant à son parent est le Q-Sort d'attachement (Waters et Deane, 1985). Cette mesure permet d'évaluer l'attachement de l'enfant selon un continuum de sécurité (moins sécurisé à plus sécurisé). Bien que cet outil ne puisse distinguer les différentes formes d'attachement insécurisant, il ne requiert pas de l'évaluateur d'observer l'enfant dans le contexte contrôlé et expérimental de la situation étrangère. Il a été conçu pour observer les comportements d'attachement de l'enfant dans son milieu naturel, voire à son domicile sans aucune séparation parent-enfant pendant l'observation. Le Q-Sort d'attachement est donc considéré par les experts du domaine comme une mesure de l'attachement ayant une plus grande validité écologique que la situation étrangère (Cadman et al., 2018). Sur la base d'études ayant examiné la correspondance entre la situation étrangère et le Q-Sort d'attachement, des chercheurs ont utilisé un score moyen minimal de 0,32 comme seuil au-dessus duquel les enfants sont considérés comme ayant un attachement sécurisant (Colonesi et al., 2013; Howes et al., 1988; van Ijzendoorn et al., 2004). La méta-analyse de Cadman et al. (2018), comprenant 145 échantillons d'enfants non cliniques ($n = 12\ 949$), montre qu'en moyenne les enfants obtiennent un score moyen de 0,37 à l'échelle du Q-Set d'attachement.

1.5/ Autisme et attachement de l'enfant

Plusieurs études ont documenté la présence de comportements d'attachement chez les enfants autistes (p. ex. Buitelaar, 1995; Capps et al., 1994; Willemsen-Swinkels et al., 2000). D'abord, il est montré que les enfants autistes ont plus de difficultés à développer un attachement sélectif à leur figure de soins, ils demeurent souvent inhibés dans leur contact avec leur mère et ils recherchent peu la proximité et le contact physique de celle-ci. Cependant, des études montrent qu'ils peuvent manifester une préférence claire pour leur mère en présence d'un étranger et plusieurs enfants vont même augmenter leur recherche de proximité suite à une séparation d'avec leur mère (Oppenheim et al., 2019; Rogers et al., 1993). Une récente revue systématique fondée sur 40 études sur l'attachement d'enfants autistes âgés entre 2 et 11 ans conclut que les enfants autistes sont capables de former un lien d'attachement à leur parent, avec en moyenne 47% d'entre eux montrant un attachement sécurisant (Teagues et al., 2017). Ce taux est similaire à la population générale (Madigan et al. 2023), cependant Teagues et al. (2017) soulignent que les parents d'enfants autistes rapportent plus de conflits et moins de proximité dans la relation d'attachement que les parents d'enfants avec d'autres troubles neurodéveloppementaux. Aussi, cette étude souligne que les enfants autistes présentent plus de comportements d'attachement inhibés, moins de comportements prosociaux envers leur parent, une plus grande résistance au contact physique, moins de recherche de contact physique et plus de déficits interpersonnels dans les interactions sociales lorsqu'il s'agit de montrer, donner ou de partager un jeu mutuel. La recension de Teagues et al. (2017) corrobore les résultats d'une précédente méta-analyse qui examinait l'attachement mesuré à partir de la situation étrangère auprès d'enfants âgés entre 3 et 6 ans. À partir de 4 études, la méta-analyse révélait que 53% des enfants autistes avaient un attachement insécurisant. Aussi, sur la base de 16 études ayant utilisé la situation étrangère et le Q-sort d'attachement, cette même méta-analyse montrait que les enfants autistes étaient plus à risque de présenter un attachement insécurisant que les enfants non autistes ($r = 0,24$; Rutgers et al., 2004).

Le risque plus élevé d'un attachement insécurisant chez les enfants autistes en comparaison aux enfants non autistes peut s'expliquer par la qualité du comportement parental, tout comme chez les enfants non autistes. Notamment, une méta-analyse comprenant 16 études observationnelles a comparé les comportements parentaux d'enfants autistes à ceux des parents d'enfants au développement typique (Ku et al., 2019). Les résultats ne révèlent aucune différence significative en ce qui a trait aux comportements chaleureux/soutenant et neutres des parents envers l'enfant, mais montrent que les parents d'enfants autistes sont plus négatifs envers leurs enfants et exercent davantage de contrôle sur leurs enfants que

les parents d'enfants non autistes. Récemment, une méta-analyse de Cossette-Côté et al. (2022) a examiné le lien entre la sensibilité/disponibilité maternelle et la sécurité d'attachement chez des enfants autistes âgés entre 1 et 7 ans. Leurs résultats montrent une taille d'effet modérée entre la sensibilité/disponibilité maternelle et la sécurité d'attachement chez les enfants autistes ($k = 7, r = 0,47; p < 0,001$). La taille de cet effet est même plus grande que celle trouvée dans la population générale ($r = 0,24$).

Néanmoins, dans leur méta-analyse, Rutgers et al. (2004) ont aussi trouvé que la différence dans le risque d'insécurité entre les enfants autistes et non autistes n'était pas présente chez les enfants dont la déficience intellectuelle et les symptômes autistiques étaient moins sévères. En d'autres mots, le risque plus élevé d'attachement insécurisant chez les enfants autistes serait davantage lié à la sévérité des difficultés propres à l'autisme, telles que les difficultés de contact social et de communication, qui auraient pour effet d'atténuer la capacité même de l'enfant à émettre des signaux d'attachement. Par exemple, Beurkens et al. (2013) ont observé un lien entre des symptômes autistiques plus sévères et des difficultés dans plusieurs sphères de l'interaction parent-enfant (p. ex. la façon dont le parent et l'enfant négocient et structurent leurs actions vers un but commun [coordination], la qualité des échanges [communication], la qualité des échanges émotionnels verbaux et non verbaux [expression émotionnelle], la capacité de l'enfant et du parent à considérer les demandes et besoins de l'autre et y répondre dans un délai raisonnable [réponse] et l'humeur de l'enfant et du parent vis-à-vis l'autre et la tâche [humeur]). Une autre étude indique que plus les symptômes autistiques sont élevés, plus le sentiment de connexion maternel est faible (Goldberg, 2018). Dans le même ordre d'idées, lorsque les habiletés verbales et cognitives de l'enfant autiste sont développées, leurs parents s'engagent plus activement dans un jeu mutuel et fournissent une rétroaction positive à l'enfant, tandis que les parents d'enfants autistes non verbaux ou dont les habiletés d'attention conjointe et de langage expressif sont limitées exécutent plus de comportements d'approche, passent plus de temps à contraindre leur enfant physiquement et sont plus orientés sur la tâche (Doussard-Roosevelt et al., 2003; Kasari et al., 1988). Ainsi, le degré d'atteinte du TSA voire les déficits langagiers et intellectuels est susceptible de perturber sévèrement plusieurs aspects de l'interaction entre le parent et l'enfant, et par conséquent la qualité du lien d'attachement de l'enfant à son parent.

Sans rejeter cette hypothèse voulant que les contraintes neurobiologiques des enfants autistes avec des symptômes sévères limitent leur capacité à développer un attachement sécurisant, il faut reconnaître que les difficultés des enfants autistes à communiquer leurs besoins d'attachement compliquent la lecture et

la réponse à leurs besoins. Ceci est d'autant plus vrai qu'ils tendent à les manifester subtilement et à des moments souvent inopportuns (Wetherby et al., 1998). Le manque de clarté dans l'expression des signaux et des besoins d'attachement des enfants peut mener le parent à une compréhension erronée des besoins de l'enfant. D'ailleurs, Oppenheim et al. (2019) invitent à un élargissement des critères d'évaluation de la sécurité d'attachement afin de considérer la façon particulière et subtile des enfants autistes d'exprimer leurs besoins d'attachement.

Des travaux soulèvent combien il peut être complexe de répondre aux besoins d'attachement des enfants autistes, mais aussi émotionnellement éprouvant et difficile pour les parents. Par exemple, Doussard-Roosevelt et al. (2003) montrent qu'en réponse aux comportements d'approche de leur mère, les enfants autistes tendent à ignorer les demandes ou à changer leur focus attentionnel sur autre chose, menant le plus fréquemment à une réponse évitante de leur part. Par contre, lorsque leur mère utilise des comportements d'approche directs, la réponse des enfants autistes est plus contingente aux comportements maternels (Doussard-Roosevelt et al., 2003). Ceci corrobore les conclusions d'autres études qui soutiennent que les enfants autistes répondent mieux aux directives parentales qu'aux suggestions (Lemanek et al., 1993; Sigman et al., 1986). Cependant, du point de vue de la théorie de l'attachement, de tels comportements parentaux directs, à savoir intrusifs et contrôlants, sont davantage associés au développement de comportements d'attachement insécurisants (Belsky et Fearon, 2008). C'est ainsi qu'un parent, par ailleurs sensible, pourrait en venir à développer un style parental intrusif et directif avec son enfant autiste. L'intrusion réfère au surcontrôle, à la surstimulation, aux interférences et à la surprotection parentale limitant l'autonomie de l'enfant (Biringen et al., 2000). Pour expliquer les comportements parentaux plus intrusifs et contrôlants observés chez les parents d'enfants autistes (Ku et al., 2019), des chercheurs émettent l'hypothèse que ces parents tendent à prendre un rôle d'enseignant pour tenter de limiter les retards développementaux et de langage (Safe et al., 2012; Tsai et al., 2008). Afin de compenser le manque de services, les parents par ailleurs sensibles se voient contraints d'assumer ce rôle d'enseignant, leur laissant moins d'espace pour exercer leur rôle parental. Certains observent qu'ils sont moins portés à laisser l'enfant jouer et apprendre de ses expériences et à son propre rythme (Pajareya et Nopmaneejumruslers, 2011). Un enjeu est que bien que ce surcontrôle puisse être fonctionnel et efficace pour stimuler l'attention et la réponse de l'enfant (Marfo, 1990), ces comportements ont un effet négatif sur la sensibilité du parent au besoin de l'enfant, limitent la synchronie parent-enfant et les initiatives prises par l'enfant. Un style parental plus directif peut graduellement limiter les occasions permettant l'amélioration des habiletés communicationnelles de l'enfant autiste qui, par rapport aux

enfants ayant un développement typique, pourrait avoir besoin d'un plus grand nombre d'expériences relationnelles positives comportant une plus grande proportion de réponses sensibles et soutenantes pour développer de façon optimale ses habiletés de communication (Adamson et al., 2010; McDuffie et Yoder, 2010). Ceci vient appuyer les conclusions d'études observationnelles qui montrent les bénéfices à court et long terme des interactions parentales soutenantes dans le développement des habiletés langagières et communicationnelles de l'enfant autiste (Haebig et al., 2013a, 2013b; Mahoney et al., 2007).

Des interactions de qualité élevée pourraient aussi avoir un effet positif sur les comportements de l'enfant notamment les comportements de retrait, d'inattention et d'agressivité. Dans leur étude, Lapointe et al. (2020) ont trouvé des liens négatifs entre le degré de sécurité d'attachement de l'enfant autiste et les comportements de retrait et d'inattention de l'enfant rapportés par le parent. Ces chercheuses ont observé que plus le degré de sécurité d'attachement de l'enfant envers son parent est faible, plus l'enfant présente des comportements de retrait et d'inattention. Par ailleurs, cette même étude montre aussi des liens entre l'agressivité de l'enfant, le degré de sécurité d'attachement et le stress parental. Ainsi, chez les parents rapportant un degré de stress plus élevé, ces chercheurs observent que les enfants qui ont un degré de sécurité d'attachement plus élevé présentent, selon leur parent, moins de comportements agressifs.

En somme, les études indiquent que les particularités propres à l'autisme peuvent expliquer l'insécurité d'attachement que les enfants autistes présentent à leur parent. Par conséquent, ces particularités font qu'il est très difficile pour le parent de détecter et d'interpréter correctement les signaux d'attachement de son enfant autiste. Non seulement ces difficultés peuvent conduire le parent à des réponses moins sensibles aux besoins de son enfant, mais elles peuvent aussi le mener à douter de ses compétences et de son efficacité parentale et graduellement vivre un stress important et une détresse liée à son rôle parental, contribuant au maintien de réponses parentales moins sensibles. Néanmoins, considérant l'effet de taille moyenne trouvé entre la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement chez l'enfant autiste (Cossette-Côté et al., 2022), il convient de penser que la sensibilité parentale puisse être une cible d'intervention de choix pour améliorer la relation d'attachement de l'enfant autiste à son parent, et par ricochet le bien-être psychologique du parent.

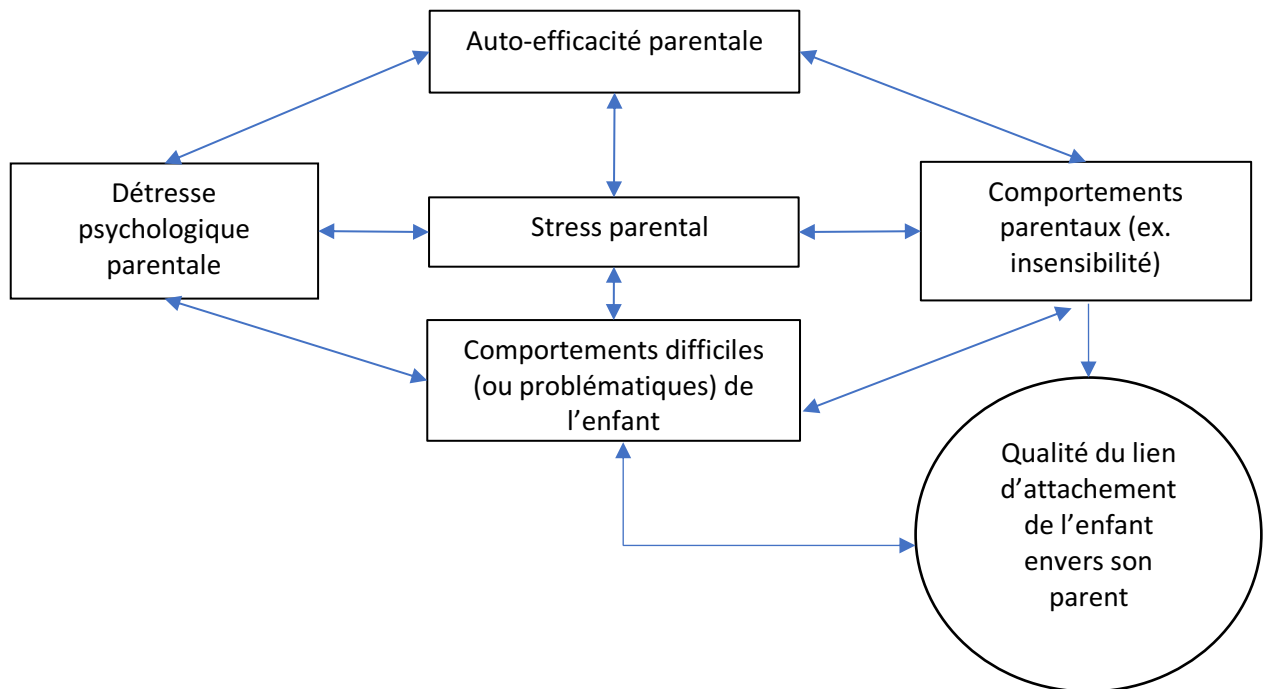


Figure 1.2 Modèle illustrant les liens bidirectionnels entre les comportements difficiles de l'enfant, le bien-être et les comportements parentaux et l'attachement de l'enfant

1.6/ Autisme et intervention fondée sur l'attachement

Plusieurs des interventions destinées aux parents et leur enfant autiste visent la modification des comportements problématiques, le développement de la communication et l'apprentissage d'habiletés sociales en ayant recours à l'utilisation de différentes combinaisons de stratégies développementales, comportementales et éducationnelles (Howlin et al., 2009; Tachibana et al., 2017 pour une méta-analyse). En particulier, certaines interventions visent l'amélioration de la relation parent-enfant en ciblant spécifiquement la sensibilité du parent aux signaux et besoins de l'enfant (ex : Poslawski et al., 2015; Siller et al., 2014). Parmi toutes ces interventions, certaines ciblent le parent comme vecteur de changement, alors que d'autres ciblent l'enfant ou encore la dyade. Les résultats de la méta-analyse de Tachibana et al. montrent que ces interventions (toutes approches confondues) sont efficaces pour améliorer la réciprocité dans les interactions sociales chez des enfants autistes ($d = .53$), ainsi que pour améliorer la synchronie parentale ($d = 0,99$). Ces résultats sur la synchronie parentale ($d = 0,90$) ont également été trouvés dans la méta-analyse de Oono et al. (2013) sur les interventions médiées par le parent, en plus d'indiquer un effet positif sur les capacités d'initiation de l'enfant dans l'interaction avec le parent ($d = 0,38$).

Cependant, parmi les études recensées dans la méta-analyse de Tachibana et al. (2017) une seule porte spécifiquement sur les comportements d'attachement de l'enfant (Siller et al., 2014) et celles qui visent spécifiquement à augmenter la sensibilité parentale aux besoins de l'enfant sont peu nombreuses. Siller et ses collègues ont examiné l'effet de l'intervention Focus Play Time (FPI) sur les comportements d'attachement de l'enfant envers son parent. Cette intervention est orientée sur le développement de la communication verbale (Siller et Sigman, 2002; 2008). Elle est structurée, voire didactique, et comporte des enseignements au parent sur la communication avec l'enfant, des jeu parent-enfant, des moments de pratique entre les séances d'intervention et des rétroactions vidéo. Les résultats de l'étude montrent que les comportements d'attachement des enfants exposés au FPI sont plus nombreux au terme de l'intervention (selon une mesure observationnelle et les perceptions maternelles) que ceux du groupe n'ayant pas été exposés à cette intervention. Spécifiquement, ils présentent moins de comportements d'attachement évitant, mais le résultat sur les comportements de proximité et de contact physique envers le parent n'est pas significatif. Ce résultat mérite d'être clarifié pour obtenir une meilleure compréhension de la capacité des enfants à modifier leur comportements d'attachement à la suite d'une intervention.

D'autres interventions, comme le « Parent-Child Intervention Therapy » (PCIT, Vess et Cambell, 2022; Allen et al., 2014), le « Videofeedack Intervention to Promote Positive Parenting – Autism » (VIPP-AUTI, Poslawsky et al., 2015) et le « Preschool Autism Communication Trial » (PACT, Green et al., 2010) visent spécifiquement à augmenter la sensibilité et les réponses parentales à la communication de l'enfant et diminuer les réponses parentales qui surviennent à des moments inopportuns. Les études ayant testé ces interventions auprès de dyades parent-enfant autiste ont montré qu'elles sont efficaces pour améliorer la synchronie parentale, les initiatives prises par l'enfant (Green et al., 2010; Green et al., 2013), l'affect partagé par le parent et l'enfant en contexte de jeu (Solomon et al., 2008) et les comportements difficiles de l'enfant (Allen et al., 2023) ainsi que pour réduire l'intrusion parentale (Poslawsky et al., 2015). De plus, ces interventions parviennent aussi à augmenter le sentiment d'efficacité parentale (Poslawsky et al., 2015), la perception positive du parent de l'attachement de son enfant (Siller et al., 2014) et de la relation avec son enfant (Vess et al., 2022), en plus de diminuer la perception des comportements problématiques de l'enfant (Solomon et al., 2008).

Certaines des interventions nommées précédemment utilisent la rétroaction vidéo pour valoriser le parent dans l'interaction avec son enfant autiste. Ces moments de rétroaction vidéo donnent l'occasion au parent d'observer et prendre conscience de ses propres comportements et ceux de son enfant. Ils permettent

aussi à l'intervenant de soutenir le parent dans le développement d'habiletés d'observation de son enfant, tout en l'accompagnant dans l'interprétation des besoins exprimés par ce dernier. Progressivement, l'intervention permet au parent de développer une lecture plus fine et juste des besoins d'attachement et d'exploration de son enfant et, finalement, des réponses plus sensibles aux besoins de son enfant (Green et al., 2010; Poslawsky et al., 2015; Siller et al., 2014). Les auteurs des études d'intervention estiment que la capacité des parents à mieux comprendre les besoins de leurs enfants autistes contribue à augmenter leur sentiment d'efficacité parentale, ce qui en retour module à la baisse le stress et la détresse psychologique du parent. Mais, est-ce que ces interventions sont aussi efficaces pour améliorer la qualité du lien d'attachement de l'enfant autiste à son parent, voir sa capacité à mieux exprimer ses besoins d'attachement et d'exploration de façon à bénéficier adéquatement du soutien parental qui lui permettra d'apaiser sa détresse en situation de stress et se rendre disponible aux apprentissages? Cependant, jusqu'à ce jour, aucune étude d'intervention fondée sur l'attachement et ciblant l'amélioration de la sensibilité parentale n'a examiné ses effets sur la sécurité d'attachement de l'enfant autiste.

1.7/ Autisme et intervention parent-enfant en ligne

En raison de la rupture de services et des confinements, la pandémie de COVID-19 a rendu impossible les interventions en présentiel. Bien que l'utilisation des technologies en ligne était en augmentation depuis les 10 dernières années, la pandémie a accéléré leur utilisation. Dans la population générale, les interventions offertes par visioconférence (p. ex. ABA, programmes de développement de la communication fonctionnelle, programmes d'interventions parentales, (*functional communication training, parent training*) produisent des effets thérapeutiques équivalents aux interventions en personne (Ellison et al., 2021, pour une revue systématique; Batastini et al., 2021 pour une méta-analyse). Une revue systématique récente comprenant 17 études publiées montre que les programmes d'intervention parentale sont réalisables en ligne, qu'ils sont bien accueillis par les familles et que les effets de ces interventions administrées en ligne sont équivalents à celles effectuées en face à face (van IJendoorn et al., 2023). Des résultats semblables sont trouvés en lien avec l'efficacité des interventions médiées par le parent offertes en ligne pour les enfants autistes (Pan et al., 2023 pour une méta-analyse). Dans la méta-analyse de van IJendoorn et al. (2023), les chercheurs notent également, à la suite de l'intervention offerte en ligne, une augmentation de l'auto-efficacité parentale ainsi qu'une diminution significative du stress parental et des problèmes de comportement de l'enfant. De plus, en comparaison à d'autres types d'interventions offertes en ligne, les parents d'enfants autistes ayant bénéficié d'interventions avec rétroaction vidéo expriment un taux d'adhésion et de participation le plus élevé (Aiello et al., 2022).

Des interventions fondées sur l'attachement utilisant la rétroaction vidéo ont depuis la pandémie liée au COVID-19 aussi été administrées en ligne. Par exemple le PACT-G est une adaptation du PACT (Green et al., 2010). Il s'agit d'une intervention médiée par le parent utilisant la rétroaction vidéo des interactions parent-enfant afin d'augmenter la synchronie dans les réponses parentales aux signaux de communication de l'enfant. Le PACT-G est une intervention hybride comprenant 12 rencontres d'interventions auprès du parent au domicile sur une période de 6 mois suivis de 12 rencontres additionnelles pour les assistants d'aide aux apprentissages en milieu d'apprentissage également sur une période de 6 mois, ainsi que jusqu'à 6 conversations en présence du parent et de l'assistant d'aide aux apprentissages dans le milieu d'apprentissage permettant de partager les expériences et favoriser la constance des stratégies dans les milieux. La moitié des interventions au parent et pour l'assistant sont offertes en ligne (Green et al., 2022). En comparaison aux interventions usuelles, le PACT-G s'est montré efficace pour améliorer la synchronie du parent les initiatives de l'enfant dans les interactions avec son parent, le bien-être rapporté par le parent et les problèmes de comportement de l'enfant.

La réalisation de programmes d'intervention en ligne nécessite une préparation méticuleuse des particularités techniques, un suivi étroit de la fidélité du programme d'intervention et de possibles adaptations (van IJzendoorn et al., 2023). Par exemple, afin d'éviter la fatigue virtuelle, la durée des séances a été écourtée dans le VIPP-Virtuel. Dans ce contexte, le parent est pleinement disponible (p. ex. quand l'enfant dort ou absent), ce qui peut favoriser le développement du lien entre l'intervenant et le parent (van IJzendoorn et al., 2023).

Ces chercheurs ont également documenté les particularités techniques liées à l'administration en ligne, notamment en ce qui a trait au maintien de la partie centrale du VIPP, c'est-à-dire l'enregistrement des interactions parent-enfant à la maison et la réflexion du parent et de l'intervenant au moment de la rétroaction vidéo. Le choix d'une plateforme en ligne a été basé sur différents critères. Pour l'enregistrement, la plateforme devait permettre les conditions suivantes 1) la possibilité d'enregistrer la rencontre et de l'utiliser pour la rétroaction vidéo, 2) la possibilité de sélectionner seulement l'écran du parent pour l'enregistrement, 3) la possibilité de guider le parent durant la tâche via la même plateforme, 4) la possibilité d'avoir à l'écran le visage du parent et de l'enfant ainsi que les jouets. Pour la partie rétroaction du VIPP, la plateforme devait permettre: 1) une qualité d'image et de son satisfaisante de l'enregistrement au moment du visionnement, 2) la possibilité pour le parent de voir le visage de son enfant, son propre visage et les interactions entre eux lorsqu'ils regardent la bande-vidéo, 3) la possibilité

pour le parent de voir l'intervenant clairement durant le visionnement de la bande-vidéo et la rétroaction, 4) la possibilité pour l'intervenant de voir clairement le visage du parent durant le partage d'écran. D'autres particularités techniques sont également soulevées comme l'accès à un appareil électronique avec caméra, l'accès à un bon WIFI, une bonne connexion internet, avoir la dernière version de la plateforme choisie téléchargée préalablement ainsi qu'un espace privé et tranquille dans la maison au moment de l'intervention. L'intervenant assure également un soutien au parent dans le choix du matériel adapté à l'intervention ainsi que pour la configuration de l'appareil électronique utilisé afin de maintenir la capture des interactions entre le parent et l'enfant. Ces chercheurs suggèrent également de faire un essai avant de débiter l'intervention afin de s'assurer du bon fonctionnement du matériel et du déroulement et de faire les ajustements nécessaires au besoin.

Au-delà de la faisabilité et des effets comparables, l'administration en ligne de programmes d'intervention comporte plusieurs avantages/désavantages. Notamment, ils permettent l'accessibilité aux services et aux spécialistes pour les familles domiciliées dans des régions rurales ou éloignées où les services sont souvent peu ou pas disponibles, en éliminant les barrières géographiques (Marino et al., 2020; van IJzendoorn, 2023). Dans le même sens, le côté pratique des interventions en ligne où la participation se fait dans le confort du foyer, élimine les déplacements et minimise les conflits d'horaire ce qui peut faciliter l'engagement du parent et augmenter son adhésion au programme (Harris et al., 2022; Vismara et al., 2018). Les interventions fondées sur la théorie de l'attachement utilisant la rétroaction vidéo sont généralement considérées comme étant coûteuses, car elles nécessitent que l'intervenant se déplace au domicile de la famille. Dans ce sens, l'administration en ligne comporte un avantage financier certain (van IJzendoorn, 2023). Par ailleurs, des inconvénients et des défis sont aussi mentionnés. Des barrières technologiques (p. ex. connexion internet instable, accès aux appareils électroniques) peuvent compliquer voir rendre impossible l'administration de l'intervention en ligne (Harris et al, 2022; van IJzendoorn et al., 2023). Les distractions dans l'environnement peuvent aussi interférer avec la disponibilité du parent à l'intervention et nuire au traitement (Harris et al.,2022; van IJzendoorn et al., 2023). Certains participants peuvent se montrer réfractaires à une intervention en ligne en raison des limites de la confidentialité et de l'accès à un espace privé (Borghouts et al., 2021). Des effets indésirables sont également susceptibles de se produire. Par exemple, Giallo et al. (2023) ont remarqué que la version en ligne de leur programme induisait plus de comportements directifs chez l'intervenant. En somme, malgré les défis de l'intervention en ligne, il ressort tout de même des études que les interventions parent-enfant en ligne sont

prometteuses, car elles sont appréciées des parents, elles sont moins coûteuses et semblent autant efficaces que les interventions en face à face.

Au cours des dernières années, des centaines d'intervenants et d'étudiants du domaine de la santé et des services sociaux de la province du Québec ont été formés à l'Intervention Relationnelle (IR), une intervention parent-enfant, fondée sur la théorie de l'attachement et utilisant la rétroaction vidéo avec les parents d'enfants âgés entre 0 et 7 ans. L'IR a été développée il y a maintenant un peu plus de 20 ans. Les études sur l'IR ont montré qu'elle est efficace pour améliorer la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement de l'enfant victime de maltraitance, en plus d'améliorer son développement moteur et mental et diminuer la désorganisation d'attachement et les problèmes de comportement (Cyr et al., 2015; Cyr et al., 2022; Dubois-Comtois et al., 2017; Moss et al., 2011). Une étude montre aussi que l'IR est efficace pour améliorer la sensibilité de parents ayant adopté un enfant de l'international, un groupe de parents clairement moins à risque sur le plan psychosocial (Blondin, 2018). Malgré sa large utilisation, l'efficacité de l'IR n'a jamais été examinée auprès de parents et leurs enfants autistes, ni n'a-t-elle jamais été administrée/validée en ligne.

CHAPITRE 2

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

2.1/ Objectifs et hypothèses

Le grand objectif de cette étude est de mieux comprendre les liens entre l'attachement des enfants autistes et le bien-être psychologique de leur parent, et vérifier s'il est possible d'améliorer la relation d'attachement de l'enfant à son parent. Pour répondre à ce grand objectif, les deux sous-objectifs suivants composent l'étude :

D'abord, le premier objectif de l'étude est d'examiner les liens entre le bien-être psychologique des parents d'enfants autistes – à savoir leur stress parental, leur détresse psychologique et leur sentiment d'auto-efficacité parentale–, et d'une part la sévérité des symptômes autistiques des enfants et d'autre part leur degré de sécurité d'attachement des enfants. Sans présumer de liens causaux, considérant la possible bidirectionnalité des effets, nous faisons l'hypothèse qu'un bien-être psychologique moins élevé sera associé un degré d'attachement sécurisant plus faible et davantage de symptômes autistiques chez l'enfant.

Le deuxième objectif est d'examiner si l'intervention Relationnelle (IR) administrée en ligne peut améliorer la sécurité d'attachement de l'enfant autiste envers son parent en comparaison à des enfants autistes et leurs parents recevant les services habituels de leur communauté, clinique ou milieu hospitalier. De plus, afin d'assurer que les effets obtenus ne soient pas le résultat de la sévérité des symptômes autistiques des enfants, l'étude actuelle examine les effets de l'IR en contrôlant pour la sévérité de ces symptômes. Nous faisons l'hypothèse que les enfants des dyades parent-enfant exposés à l'IR auront une meilleure sécurité d'attachement au terme de l'IR que les enfants de dyades parent-enfant exposés aux services de psychoéducation habituellement reçus par les familles d'enfants autistes.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

3.1/ Projet PIRATE : Promouvoir l'Interaction parent-enfant avec la RétroAction vidEo

Les données utilisées dans le cadre de la présente étude proviennent d'un projet intitulé PIRATE, soit le projet **Promouvoir l'Interaction parent-enfant avec la RétroAction vidEo**, mené par le Laboratoire d'Études sur le Développement de l'Enfant et sa Famille (LEDEF) en partenariat avec le Centre hospitalier universitaire Ste-Justine (CHUSJ). Le recrutement des familles de ce projet s'est déroulé entre 2018 et 2023. Une bonne partie du recrutement a d'ailleurs été mené durant la pandémie liée au COVID-19.

3.2/ Participants

L'échantillon est constitué de 28 parents et leurs enfants autistes âgés entre 41 et 87 mois (22 garçons et 6 filles), assignés au hasard à un groupe cible (intervention IR, $n = 15$) ou un groupe contrôle (intervention autre en communauté ou milieu hospitalier ou en attente d'intervention, $n = 13$). L'âge moyen des enfants est de 58,75 mois (E.T. = 10,66). Parmi les parents ayant participé à l'intervention avec leur enfant, nous comptons 22 mères et 6 pères. L'âge moyen des parents est de 38,43 ans (E.T. = 4,36). Pour prendre part au projet, 1) l'enfant devait avoir obtenu un diagnostic de TSA par un professionnel de la santé (p. ex. médecin, neuropsychologue), 2) être âgé entre 2 et 7 ans d'âge chronologique; 3) les parents et les enfants devaient être en mesure de communiquer en français ou en anglais; et 4) les dyades ne devaient pas avoir bénéficié par le passé d'une intervention parent-enfant centrée sur l'attachement. Toutes les dyades recevant ou ayant reçu des services/interventions autres ou qui étaient en attente de services ou d'un suivi d'intervention autre de leur milieu clinique étaient éligibles pour participer au projet. Le Tableau 3.1 présente les statistiques descriptives des variables de l'étude, dont les variables sociodémographiques.

Tableau 3.1 Statistiques descriptives des variables de l'étude au prétest

Variabiles de l'étude	M (ÉT) ou %	% au-dessus du score clinique
Variables sociodémographiques		
Âge de l'enfant (mois)	58,75 (10,67)	---
Sexe de l'enfant (garçons)	78,6%	---
Âge du parent (années)	38,43 (3,36)	---
Sexe du parent (mères)	79%	---
Statut marital (en couple)	89%	---
Scolarité complétée du parent > Collégial	73%	---
Revenu familial > 60 000\$	43%	---
Origine ethnique		---
Canadienne	30,8%	---
Haïtienne	26,9%	---
Marocaine	3,8%	---
Guinéenne	7,7%	---
Salvadorienne	3,8%	---
Algérienne	11,5%	---
Bengali	3,8%	---
Paraguayenne	3,8%	---
Tunisienne	3,8%	---
Autre	3,8%	---
Détresse psychologique du parent	44,03 (15,58)	55%
Sentiment d'efficacité parentale		
Sentiment d'efficacité parentale général	19,14 (5,17)	---
Sentiment de responsabilité parentale	32,24 (8,09)	---
Sentiment de contrôle de l'enfant envers le parent	17,28 (6,44)	---
Croyance du parent en la chance/destin	28,60 (4,98)	---
Sentiment de contrôle parental envers les comportements de l'enfant	27,54 (4,37)	---
Stress parental		
Difficulté de l'enfant	29,46 (8,34)	50%
Interactions dysfonctionnelles	31,71 (12,16)	57%
Détresse parentale	33,12 (10,67)	31%
Sévérité des symptômes autistiques (CARS-T)	34,97 (5,93)	31%
Indice de sécurité de l'enfant au temps 1	0,27 (0,30)	---
Indice de sécurité de l'enfant au temps 2	0,33 (0,25)	---

3.3/ Devis

Un devis quasi expérimental, incluant une évaluation prétest et post-test, ainsi qu'une assignation aléatoire à un groupe cible (IR) ou Contrôle (participants qui ont reçu ou en attente d'autres

services/intervention) a été utilisé. L'assignation aléatoire a été effectuée selon une randomisation par bloc de 2 et qui a été appliquée à chacun des milieux de recrutements. En d'autres mots, chaque milieu de recrutement comprenait son groupe cible et contrôle et suivait une liste d'assignation incluant des séquences de deux.

3.4/ Recrutement

Un partenariat a été développé avec des professionnels du CHUSJ pour faciliter le recrutement. Le recrutement des familles s'est donc effectué à différents endroits : 1) à la Clinique de développement du CHUSJ, et 2) dans la communauté via des groupes associatifs (p. ex. Autisme Montréal, Autisme Québec) et les réseaux sociaux. À la Clinique de développement du CHUSJ, toutes les familles qui répondaient aux critères d'inclusion/exclusion ont été sollicitées par un intervenant de la Clinique qui les a informés du projet de recherche en leur présentant le dépliant et le formulaire de consentement. Lorsqu'un parent démontrait de l'intérêt, l'intervenant demandait au parent son autorisation pour transmettre ses coordonnées à l'équipe de recherche. Le parent qui acceptait était ensuite contacté par la coordonnatrice de l'équipe recherche pour lui transmettre plus d'informations sur le projet et lui demander s'il souhaitait participer. En dehors de la Clinique de développement du CHUSJ, les parents qui démontraient un intérêt suivant la parution des annonces (sur les réseaux sociaux, les groupes associatifs ou les affiches) communiquaient directement avec la coordinatrice qui leur transmettait les informations. Dans tous les cas, le parent était informé de son droit de refuser au projet et qu'en aucun cas un refus n'affecterait la qualité des services qu'il recevait de son milieu clinique. Les participants étaient aussi informés qu'ils allaient être assignés au hasard à un groupe intervention (IR) ou à un groupe Contrôle (sans intervention IR). Les familles du groupe contrôle continuaient à recevoir les services ou les interventions reçues en communauté, de leur Clinique ou leur milieu hospitalier, ou étaient en attente de recevoir ces services. De plus, s'ils le souhaitaient, les parents assignés à l'IR avait la possibilité de recevoir l'IR une fois leur participation au projet terminée.

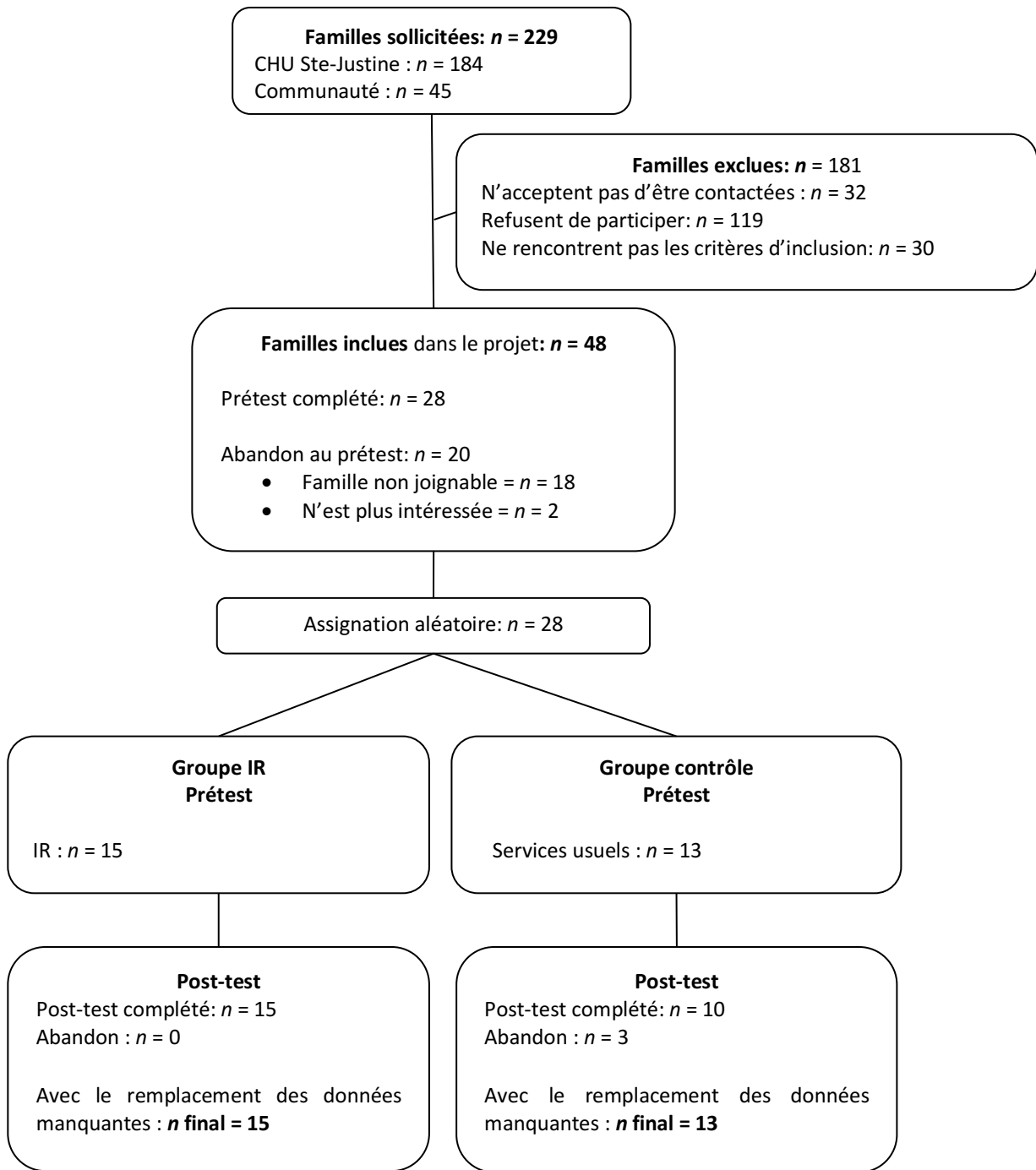


Figure 3.1 Diagramme de flux des participants depuis le processus de sélection jusqu'à la complétion de l'évaluation post-test de l'étude

La Figure 3.2 est un diagramme de flux illustrant la trajectoire des participants durant le projet, de la période du recrutement jusqu'au post-test. Le projet a été présenté à 184 parents d'enfants du CHUSJ jugés admissibles par le professionnel de la Clinique de développement du CHUSJ et 45 parents provenant de la communauté nous ont contactés directement par le biais d'annonces. Parmi les 229 familles sollicitées, 181 familles ont été exclues du projet pour différentes raisons. Notamment, 32 familles à qui le projet de recherche a été présenté par un membre de l'équipe du CHUSJ ont refusé d'être contactées par l'équipe de recherche. Cent dix-neuf ont refusé de participer au projet suite à de plus amples explications (p. ex. pas d'intérêt, manque de temps, n'acceptent pas d'être filmé) et 30 familles n'ont pu participer puisqu'elles ne rencontraient pas les critères d'admissibilité (p. ex. enfant trop âgé, parent ne s'exprime pas en français ni en anglais). Parmi les 48 familles rencontrant les critères d'admissibilité ayant accepté de participer au projet, un total de 28 ont complétées le prétest. Ces 28 familles ont été randomisées à l'un des deux groupes de l'étude et de ce nombre 15 familles ont complété le prétest du groupe cible et 13 familles ont complété le pré-test du groupe contrôle. Un total de 15 familles ont complété l'IR. Enfin, 15 familles du groupe cible et 10 du groupe contrôle ont complété le post-test. Trois familles du groupe contrôle n'ont pas complété le post-test car ils n'étaient plus joignables ou ne se présentaient pas au post-test .

3.5/ Considérations éthiques

Le projet PIRATE a d'abord été présenté à la Direction des Affaires Multidisciplinaires du CHUSJ qui a évalué et approuvé la pertinence et la faisabilité du projet puis, celui-ci a été soumis et approuvé par le comité éthique du CHUSJ et du CIEREH. Le financement du projet a été assuré par des subventions octroyées de la faculté des Sciences Humaines de l'Université du Québec à Montréal ainsi que par le Conseil de Recherches en Sciences Humaines. Les parents ont signé un consentement libre et éclairé pour leur participation et celle de leurs enfants à la recherche.

3.6/ Procédure

Les parents qui ont accepté de participer au projet ont été rencontrés à plusieurs reprises avec leur enfant par vidéoconférence Zoom. Le parent et l'enfant ont d'abord participé à une rencontre prétest. Suivant cette rencontre, 6 séances d'intervention ont été offertes aux dyades assignées au groupe IR. Enfin, environ 2 semaines après la dernière rencontre d'intervention IR ou 8 semaines après le prétest pour les familles assignées au groupe contrôle, les familles ont été rencontrées pour un post-test. Une équipe de 6 étudiantes ont procédé aux évaluations prétest et post-test, et 4 d'entre-elles ont également administrées

l'IR aux parents du groupe cible. Toutes les étudiantes ont complété une formation d'éthique à la recherche. Afin de préserver l'indépendance des données collectées, des étudiantes différentes ont administré les évaluations prétest, post-test et l'IR d'une même famille pour les 2 groupes.

Prétest. Lorsque le parent donnait son accord pour participer à l'étude, la coordonnatrice de recherche lui faisait parvenir par courriel, un lien internet sécurisé lui permettant de prendre connaissance et de signer le formulaire de consentement et d'accéder aux questionnaires pour qu'il les complète sur la plateforme Qualtrics. Une rencontre sur la plateforme Zoom était également prévue pour le prétest et le lien Zoom était envoyé dans le même courriel. Le cahier questionnaire informatisé incluait un questionnaire sociodémographique et des questionnaires permettant d'examiner le bien-être psychologique du parent et le développement socio-émotionnel de l'enfant. Tous les participants ont rempli les questionnaires en ligne sur la plateforme Qualtrics, une plateforme sécurisée. Les questionnaires suivants ont été complétés par le parent : le questionnaire d'efficacité parentale (Locus de contrôle parental -PLOC, Campis et al., 1986), l'Index de stress parental (ISP, Abidin, 1995) et de détresse psychologique du parent (l'Inventaire bref des symptômes - BSI; Derogatis et Melisaratos, 1983). Les parents qui avaient besoin d'aide pour compléter les questionnaires pouvaient communiquer avec la coordonnatrice. Au cours de la rencontre prétest (environ 1h), une séquence de jeux semi-structurés (10 minutes) ainsi qu'un temps de collation (10 minutes) parent-enfant étaient administrés et filmés par le biais de Zoom afin d'évaluer la sécurité d'attachement de l'enfant et les symptômes autistiques de l'enfant à l'aide de l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS-T, Schopler et al., 1988, traduite en français par Rogé, 1989). Durant cette rencontre, des questions portant sur le développement de l'enfant ont aussi été posées au parent afin d'évaluer la sévérité des symptômes autistiques.

Post-test. Environ 2 semaines après les 6 séances d'intervention (groupe IR), ou 8 semaines suivant la première rencontre (groupe contrôle), un lien internet sécurisé a été envoyé au parent par courriel pour lui permettre d'accéder aux questionnaires à remplir (environ 30 minutes) pour le post-test et être rencontré par vidéoconférence Zoom, environ 25 minutes, où des séquences de jeux semi-structurés (10 minutes) et un temps de collation (10 minutes) ont été administrés et filmés. Ces séquences filmées ont permis d'évaluer l'attachement des enfants.

Intervention Relationnelle (IR). La dyade parent-enfant a été rencontrée à 6 reprises en vidéoconférence Zoom, soit environ 1 fois aux 7 à 14 jours (pour accommoder les disponibilités des familles), afin de recevoir

l'IR. Durant ces rencontres, des consignes de jeux ont été transmises au parent et des séquences d'interactions parent-enfant ont été filmées par l'intervenant. Les séquences vidéo ont ensuite été visionnées par le parent et l'intervenant au cours même de la rencontre où elles ont été filmées. À ce moment, les enfants sont libres de se déplacer à leur convenance. Certains enfants demeurés à proximité du parent ont montré une certaine curiosité durant le visionnement alors que d'autres sont retournés jouer. Durant ce visionnement, une rétroaction positive sur les interactions a été offerte au parent par l'intervenant.

L'IR est une intervention basée sur la théorie de l'attachement qui vise à aider le parent à mieux décoder les signaux et les besoins de son enfant en misant sur les forces qu'il possède dans son répertoire comportemental. Dans le cadre de la présente étude, les séances ont été d'une durée d'environ 75 minutes et subdivisées en 4 parties : 1) *Une discussion avec le parent sur un thème en lien avec le développement ou fonctionnement de l'enfant et la relation parent-enfant.* Durant ce moment, le parent peut également aborder ses propres préoccupations en lien avec ces mêmes thèmes. 2) *Une période d'interaction (ou de jeu) parent-enfant filmée.* À chacune des séances, l'intervenant présente une consigne de jeu au parent. Cette consigne vise à augmenter la sensibilité parentale en fonction des défis et des besoins relationnels présentés par le parent et son enfant (p. ex. : suivre votre enfant sans tenter de lui enseigner quelque chose ou de le diriger, nommer les émotions de l'enfant, etc.). Dans le cadre de l'IR en ligne, le matériel de jeu disponible dans le milieu familial est utilisé selon certains critères de l'intervenant (p. ex. ballon, maquillage, pinceaux utilisés avec de l'eau dans un contexte sensoriel ou encore jeux ne nécessitant pas de matériel tel que jouer à la cachette). L'intervenant choisit les jeux en fonction des intérêts du parent et de l'enfant, afin d'assurer qu'il soit propice aux échanges et aux interactions parent-enfant. Aucun jeu ou appareil électronique n'a été permis durant la période d'interaction filmée. 3) *La rétroaction-vidéo au parent par l'intervenant des séquences de l'interaction parent-enfant.* Durant la rétroaction vidéo, l'intervenant décrit les comportements du parent et de l'enfant et valorise le parent lorsqu'il émet des comportements sensibles envers l'enfant. Il lui souligne également les impacts positifs de ces comportements sur ceux de son enfant, et lui expliquer brièvement pourquoi ceux-ci aident le développement et la communication de l'enfant. Il aide aussi le parent mieux observer et décrire à son tour les séquences de comportements parent-enfant. Ce faisant, il favorise l'introspection, la mentalisation et une remise en question des perceptions qui peuvent être erronées, négatives ou idéalisées du parent. À partir des observations et des rétroactions positives offertes durant le visionnement, le parent devient plus sensible aux signaux de son enfant, et plus habile à les décoder et à

les interpréter. 4) Le parent est invité à reproduire les comportements qui ont été renforcés positivement durant la rétroaction en se rappelant de la consigne donnée durant le jeu afin de mettre en application ce qu'il a appris durant la séance. Des études témoignent de l'efficacité de l'IR sur la qualité de la relation parent-enfant (sensibilité parentale, attachement de l'enfant) dans des échantillons variés, tels des parents et leurs enfants signalés pour maltraitance, adoptés de l'international, placés en famille d'accueil; Blondin, 2018; Cyr et al., 2015; Cyr et al., 2022; Dubois-Comtois et al., 2017; Moss et al., 2011).

Pour les besoins du projet, une psychologue du CHUSJ ainsi que 6 étudiantes de doctorat en psychologie ont été formées à l'IR. La psychologue du CHUSJ était responsable d'assurer la supervision des interventions effectuées par les étudiantes. Les étudiantes ont donc administré l'IR sous la supervision de la psychologue.

3.7/ Instruments de mesure

Les questionnaires utilisés dans le cadre de l'étude sont disponibles dans les annexes.

Questionnaire sociodémographique. Afin de recueillir des informations sur la composition de la famille, l'âge des membres, l'origine ethnique, la scolarité, le revenu parental, les parents ont complété un court questionnaire sociodémographique.

Stress parental. Le degré de stress ressenti par le parent dans son rôle parental a été évalué avec la version courte de l'Indice de Stress Parental (ISP-B; Abidin, 1995; 2012, traduit en français au Québec par Bigras et al., 1996). Il est utilisé auprès de parents d'enfants de 1 mois à 12 ans. La version courte comprend 36 énoncés et permet d'obtenir un score global de stress et un score pour 3 sous-échelles : l'enfant difficile (perception du parent des caractéristiques comportementales de l'enfant), la détresse parentale (le degré de détresse perçue par le parent en lien avec ses propres caractéristiques personnelles) et les interactions parent-enfant dysfonctionnelles (perception du parent de ses attentes et de la stabilité de la relation). Le parent répond aux questions à partir d'une échelle de type Likert à 5 points selon le degré auquel il est en accord/désaccord avec l'énoncé. Il a été montré que le score global de la version courte de l'ISP est fortement corrélé à celui de la version longue 0,94 (Abidin, 1995). Pour chacune des trois échelles, l'instrument permet de calculer si le parent présente un degré de stress parental au-dessus d'un seuil clinique fixé à 36 pour les sous-échelles « Détresse du parent » et « Enfant difficile », et à 27 pour la sous-échelle « Interactions parent-enfant dysfonctionnelles ». L'instrument a fréquemment été utilisé auprès

de parents d'enfants atteints de troubles neurodéveloppementaux ou de maladies chroniques (p. ex., Fedele et al., 2010; Hastings et al., 2006) dont des enfants présentant un TSA (Zaidman-Zait et al., 2011). L'instrument montre une bonne validité de construit et discriminante (Haskett et al., 2006). Dans la présente étude, l'alpha de Cronbach est considéré excellent pour la sous-échelle « Détresse du parent » ($\alpha = 0,91$) et satisfaisant pour les sous-échelles « Enfant difficile » ($\alpha = 0,87$) et « Interactions dysfonctionnelles » ($\alpha = 0,85$).

Détresse psychologique. La version francophone de *L'inventaire bref des symptômes* (BSI; Derogatis et Melisaratos, 1983; 18 items) a été utilisée afin d'examiner le degré de détresse psychologique chez le parent. L'instrument est complété par le parent et a permis d'évaluer la sévérité de la détresse psychologique au cours des 7 jours précédents l'évaluation et à partir d'échelles de symptômes d'anxiété, de dépression et de somatisation. *L'inventaire bref des symptômes* est une version abrégée du réputé SCL-90-R (Symptoms Checklist, Derogatis, 1994). Les réponses sont rapportées sur une échelle de type Likert à 5 points où le parent répond selon le degré auquel il est en accord/désaccord avec l'énoncé (0 = absolument pas d'accord, 4 fortement en accord). Les scores pour les échelles varient entre 0 et 24 et permettent de générer des scores cliniques. Un score plus élevé témoigne plus de symptômes plus sévères. L'instrument permet aussi de calculer si le parent présente un degré de détresse psychologique (symptômes d'anxiété, de dépression et de somatisation) au-dessus d'un seuil clinique (score T > 63). L'instrument possède de bonnes propriétés psychométriques (Derogatis, 2001). Dans la présente étude, l'alpha de Cronbach pour l'échelle de détresse psychologique est satisfaisant ($\alpha = 0,77$).

Sentiment d'efficacité parentale. Le questionnaire sur le locus du contrôle parental (PLOC; Campis et al., 1986) a été utilisé pour examiner le sentiment d'efficacité parental. Il a été rempli par le parent. L'instrument comporte 47 énoncés permettant de mesurer la perception du contrôle du parent sur des aspects spécifiques de sa relation avec son enfant. Ces aspects sont évalués à partir de 5 sous-échelles : 1) Efficacité parentale (perception du parent de son efficacité dans son rôle parental); 2) Responsabilité parentale (degré auquel le parent se sent responsable du comportement de son enfant); 3) Contrôle de l'enfant sur la vie du parent (sentiment du parent que les besoins et demandes de l'enfant dominent leur vie); 4) Croyance du parent en la chance/destin (croyance que la parentalité et les comportements de l'enfant sont influencés par la chance ou le destin); et 5) Contrôle parental des comportements de l'enfant (perceptions du parent sur sa capacité à contrôler le comportement de l'enfant). Les items sont évalués sur une échelle de type Likert à 5 points allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ».

Des scores élevés sur les échelles du PLOC indiquent un locus de contrôle parental interne plus faible, c'est-à-dire que le parent a davantage le sentiment d'avoir peu de contrôle sur les différents aspects de sa relation avec son enfant. L'instrument montre une bonne fidélité test-retest avec un coefficient de corrélation de 0,83 (Roberts et al., 1992). L'instrument démontre également de bonnes propriétés psychométriques pour la validité de construit et la validité discriminante auprès de parents qui ne rapportent pas de difficultés avec leur enfant et des parents d'enfants présentant des problèmes comportementaux (Campis et al., 1986; Roberts et al., 1992). Dans cette étude, les alphas de Cronbach sont considérés satisfaisants pour les sous-échelles « Efficacité parentale » ($\alpha = 0,69$), « Responsabilité parentale » ($\alpha = 0,80$), « Contrôle de l'enfant sur la vie du parent » ($\alpha = 0,82$), « Croyance du parent en la chance/destin » ($\alpha = 0,64$) et « Contrôle parentale des comportements de l'enfant » ($\alpha = 0,74$).

L'attachement de l'enfant. Le degré de sécurité d'attachement de l'enfant a été évalué à partir d'une version adaptée du Tri-de-cartes d'attachement de Waters et Deane, (1985) et de la liste des comportements d'attachement et d'exploration de l'enfant (*Secure Base Safe Haven Observation list - SBSHO*; De Schipper et Schuengel, 2006), un questionnaire lui-même adapté du Tri-de-carte. Le Tri-de-carte de Waters et Deane est composé de 90 cartes énoncées portant sur les comportements d'attachement et d'exploration de l'enfant et dont l'évaluateur doit finalement classer en trois grandes piles de comportements de moins à plus caractéristiques de l'enfant. Une version courte de cet instrument, incluant 30 énoncés, est aussi disponible (Tarabulsy et al., 2009; Cadman et al., 2018). Quant au SBSHO, il est un questionnaire dont 19 énoncés sont issus de la version longue du Tri-de-carte et reformulés de façon à ce qu'ils s'appliquent aux enfants présentant une déficience intellectuelle (De Schipper et Schuengel, 2006). Ici, l'évaluateur n'a pas à classer les cartes-énoncés, mais plutôt il répond aux énoncés sous forme de questionnaire selon une échelle likert en 7-point en indiquant si l'énoncé est « pas du tout » à « très caractéristique de l'enfant ». Chacune de ces deux mesures permet d'évaluer l'enfant en contexte naturel, à domicile par exemple, et pendant laquelle période on demande au parent de jouer avec son enfant. Ces deux mesures ont déjà par le passé été utilisées avec des enfants autistes (Lapointe et al., 2020). Elles permettent d'obtenir un indice de sécurité d'attachement compris entre -1 (insécurité) et 1 (sécurité). Ce score reflète la corrélation entre le degré de sécurité d'attachement de l'enfant et celui d'un enfant prototypique avec un attachement sécurisant. Dans le cadre de la présente étude, en considérant les particularités propres à l'autisme, 23 énoncés ont été retenus de la version initiale du Q-sort d'attachement de Waters et Deane (1985) et quelques-uns ont été reformulés légèrement de façon à ce qu'ils s'appliquent aux particularités de l'autisme. Par exemple, l'item 1

« L'enfant échange/discute aisément avec le parent » a été reformulé pour « L'enfant partage aisément ou laisse tenir des objets à maman (papa) si elle/lui demande). Aussi, 3 énoncés ciblant plus spécifiquement les comportements d'attachement de l'enfant autiste envers son parent ont été ajoutés 1) *L'enfant fait des initiatives envers son parent, pose des questions ou verbalise ou émet des comportements qui ont pour but de maintenir la relation*; 2) *L'enfant s'intéresse à ce que son parent fait, il regarde son visage*; 3) *présence de comportements réciproques ou de réciprocité dans la relation*. À partir de l'échelle Likert à 7 points utilisée dans le SBSHO, les items ont été évalués de la façon suivante (1 = pas du tout caractéristique de l'enfant; 2 = peu caractéristique; 3 = n'est pas si caractéristique; 4 = comportement non observé; 5 = parfois caractéristique; 6 = caractéristique; 7 = très caractéristique).

À partir des séquences vidéo d'interactions parent-enfant lors d'un jeu semi-structuré (10 minutes) et d'un temps de collation (10 minutes), deux codeurs ont évalué de façon indépendante la sécurité d'attachement des enfants au prétest et post-test. L'accord interjuge entre les deux codeurs est excellent, $r_{icc} = 0,97$. La codification des bandes vidéo s'est faite à l'aveugle, c'est-à-dire que les codeurs ne connaissaient pas la condition à laquelle appartenait la famille : IR ou Groupe contrôle.

Deux scores de sécurité d'attachement ont donc été calculés, soit 1) un premier score entre -1 et 1 calculé seulement à partir des 23 énoncés retenus du Q-sort d'attachement original et 2) un second score entre 26 et 182 calculé à partir du total aux énoncés des 23 items et des 3 items ajoutés. Des analyses préliminaires indiquent que les deux scores de sécurité d'attachement sont fortement corrélés ($r = 0,96$; $p < 0,001$), il a donc été décidé de ne rapporter que les résultats sur le score d'attachement issu de la variable sans items ajoutés.

Sévérité des symptômes autistiques. L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS-T; Schopler et al., 1988, traduite en français par Rogé, 1989) a été utilisée afin d'évaluer la sévérité des symptômes autistiques présentés par les enfants. L'instrument comprend 15 items portant sur le comportement de l'enfant (p. ex. relations sociales, imitation, réponses émotionnelles) et qui est comparé à celui d'un enfant ayant un développement typique du même âge. Chacun des 15 items peut obtenir un score compris entre 1 (*le comportement de l'enfant est dans les limites de la normale pour un enfant du même âge*) et 4 (*le comportement de l'enfant est sévèrement anormal pour un enfant du même âge*). Lorsque les comportements observés se retrouvent entre 2 descriptions, l'instrument permet d'attribuer un score intermédiaire (p. ex. 1,5; 2,5 et 3,5) afin que celui-ci soit le plus représentatif possible du comportement

de l'enfant. Le score brut global obtenu varie entre 15 (indiquant la présence de symptômes autistiques légers) et 60 (indiquant des symptômes autistiques sévères). Un score < 30 indique de faibles symptômes autistiques, un score entre 30 et 36,5 des symptômes autistiques modérés et ≥ 37 des symptômes autistiques sévères. Le CARS-T a été complété par une assistante de recherche qui possède des connaissances d'évaluation de l'autisme ayant été formée à d'autres outils comme l'ADOS-2 (l'Échelle d'Observation pour le Diagnostic de l'Autisme), l'outil diagnostique par excellence pour évaluer l'autisme chez l'enfant. À partir des séquences vidéo du prétest et des réponses aux questions posées au parent lors de cette rencontre sur le comportement de l'enfant, l'assistante de recherche a complété le CARS-T. L'instrument montre une forte validité convergente avec l'ADOS-2 (Ji et al., 2023).

3.8/ Plan d'analyses

Pour répondre au premier objectif, les liens entre les variables de bien-être psychologique des parents d'enfants autistes – soit les échelles de stress parental, de détresse psychologique et du sentiment d'auto-efficacité parentale –, la sévérité des symptômes autistiques des enfants et le score de sécurité d'attachement des enfants au prétest sont examinés à partir de corrélations.

Pour répondre au deuxième objectif sur l'efficacité de l'IR, des analyses préliminaires ont d'abord été menées pour vérifier si des variables sociodémographiques (âge et sexe de l'enfant, âge et sexe du parent, revenu familial, scolarité du parent) et la sévérité des atteintes autistiques sont associées au score de sécurité d'attachement des enfants au post-test (variable dépendante). Nous avons ensuite conduit des tests-*t* afin de vérifier si les groupes cibles (intervention IR) et contrôle se distinguaient au prétest sur les variables sociodémographiques, la sévérité des atteintes autistiques et le score de sécurité d'attachement des enfants. Cette analyse est importante pour s'assurer de l'équivalence des groupes au prétest. Enfin, pour examiner les effets de l'IR, nous avons conduit une analyse de covariance (ANCOVA) sur la variable de sécurité d'attachement au post-test, avec comme covariables le scores de sécurité d'attachement de l'enfant au prétest (afin de contrôler pour le niveau de base) ainsi que la sévérité des symptômes autistiques et d'autres variables sociodémographiques si ces dernières s'avèrent significativement associées à la sécurité d'attachement de l'enfant au post-test. L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé avec le logiciel SPSS, version 27.

3.9/ Données manquantes

En raison de données manquantes à des questionnaires complétés par le parent ou dans les mesures observationnelles (< de 30%), une imputation des données a été effectuée. Pour ce faire, une analyse d'estimation du maximum de vraisemblance (EM- Expectation maximization) a été menée et a permis d'imputer les variables continues de l'étude. Le test non significatif de Little MCAR ($\chi^2(408) 187.631, p = 1.000$) montre que les données manquantes le sont complètement au hasard.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

4.1/ Objectif 1 : Examiner les liens entre le bien-être psychologique des parents et les symptômes autistiques et la sécurité d'attachement de leurs enfants

Des corrélations de Pearson ont été effectuées entre les variables de bien-être psychologique des parents, les symptômes autistiques et la sécurité d'attachement des enfants au prétest. Les résultats sont présentés dans le tableau 2. Les corrélations montrent l'indice de sécurité d'attachement de l'enfant est lié au contrôle parental sur les comportements de l'enfant ($r = -0,443; p < 0,018$) et au contrôle de l'enfant envers le parent ($r = -0,401; p < 0,034$). Le degré de détresse psychologique est lié au contrôle de l'enfant envers le parent ($r = 0,584; p = 0,001$). Des liens significatifs et positifs sont aussi trouvés entre le contrôle parental envers l'enfant et le contrôle de l'enfant envers le parent ($r = 0,580; p = 0,001$). Les interactions dysfonctionnelles de l'Index de stress parental est associée significativement et positivement à la détresse parentale ($r = 0,994; p < 0,001$) et aux difficultés de l'enfant ($r = 0,394; p = 0,038$). Les difficultés de l'enfant ne sont pas significativement liées à la détresse parentale ($r = 0,342; p = 0,075$).

Tableau 4.1 Corrélations entre les variables de bien-être psychologique des parents, les symptômes autistiques et la sécurité d'attachement des enfants au prétest.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Indice de sécurité d'attachement de l'enfant au prétest	1										
2. Sévérité des symptômes autistiques	-0,158	1									
3. Détresse parentale (ISP)	-0,289	-0,133	1								
4. Interactions dysfonctionnelles (ISP)	-0,245	-0,158	0,994**	1							
5. Difficulté de l'enfant (ISP)	0,233	-0,185	0,342	0,394*	1						
6. Détresse psychologique du parent	-0,116	0,083	0,053	0,071	0,077	1					
7. Efficacité parentale	0,178	-0,179	-0,121	-0,069	0,062	0,315	1				
8. Responsabilité parentale	-0,117	0,143	-0,144	0,156	0,008	-0,232	0,136	1			
9. Contrôle de l'enfant envers le parent	-0,401*	0,213	0,001	0,007	-0,146	0,656**	0,255	-0,157	1		
10. Croyance du parent en la chance et le destin	0,178	-0,163	0,354	0,348	0,265	0,185	-0,031	-0,250	0,271	1	
11. Contrôle parental envers les comportements de l'enfant	-0,443*	0,275	0,198	0,172	0,026	0,356	0,185	0,160	0,580**	0,237	1

Note. ISP : Index de stress parental.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

4.2/ Objectif 2 : Efficacité de l'Intervention relationnelle

D'abord, des analyses préliminaires de corrélations ont été conduites pour vérifier si les variables sociodémographiques sont liées à la variable dépendante de l'étude, soit le score de sécurité d'attachement au post-test. Les résultats montrent que plus l'enfant présente des symptômes autistiques sévères, plus sa sécurité d'attachement au parent est faible ($r = -0,35; p = 0,047$). Les analyses indiquent qu'aucune autres des variables sociodémographiques de l'étude n'est significativement associée à la sécurité d'attachement de l'enfant au post-test. Ainsi, seule la variable symptômes autistiques a été utilisée comme variable contrôle dans les analyses.

Des tests-t ont aussi été menés afin de s'assurer que les deux groupes à l'étude ne se distinguent pas au prétest sur les variables sociodémographiques, la sécurité d'attachement et les symptômes autistiques des enfants. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes IR et contrôle sur ces variables au prétest ($t(26)$ entre 0,059 et 1,61, $p = n.s.$)

Les résultats d'une ANCOVA sur la sécurité d'attachement au post-test, incluant le score de sécurité d'attachement au prétest et la sévérité des symptômes autistiques des enfants comme covariables, montrent un degré de sécurité d'attachement plus élevé chez les enfants du groupe cible en comparaison à ceux du groupe contrôle ($F(1, 27) = 4,85, p = 0,037; d = 0,89$). En d'autres mots, en comparaison aux enfants et parents exposés aux services habituels des milieux communautaires, cliniques et hospitaliers, les enfants exposés à l'IR avec leur parent présentent un attachement plus sécurisant à leur parent au terme de l'intervention

Tableau 4.2 Statistiques comparant les groupes cible et contrôle sur la sécurité de l'attachement de l'enfant à son parent au post-test

Variable	Groupe IR n = 15		Groupe Contrôle n = 13		ANCOVA	Taille d'effet
	M	(ES)	M	(ES)	F(1,27)	d (IC)
Sécurité d'attachement						
Prétest	0,19	0,09	0,37	0,07	---	---
Post-test	0,42	0,06	0,23	0,06	4,85*	0,86 (0,09 – 1,64)

Note. Les moyennes au post-test sont ajustées pour la sévérité des atteintes autistiques et le degré de sécurité d'attachement au prétest.

* $p = 0,045$

CHAPITRE 5

DISCUSSION

5.1/ Discussion

Cette étude avait comme grand objectif de mieux comprendre les liens entre l'attachement des enfants autistes et le bien-être psychologique de leur parent, et vérifier s'il est possible d'améliorer la relation d'attachement de l'enfant à son parent. Pour y répondre, deux sous-objectifs principaux ont été posés. Le premier objectif a examiné les liens entre diverses variables du bien-être psychologique des parents d'enfants autistes, soit leur stress parental, leur détresse psychologique et leur sentiment d'auto-efficacité parentale, et la sévérité des symptômes autistiques des enfants de même que la sécurité d'attachement des enfants. Le second objectif a examiné les effets de l'intervention relationnelle, telle qu'administrée en ligne, sur la sécurité d'attachement de l'enfant autiste envers son parent.

5.2/ Bien-être psychologique des parents d'enfants autistes : Stress parental

D'abord, les données recueillies auprès de notre échantillon de parents révèlent que plusieurs d'entre eux ont un faible bien-être psychologique. En termes de stress parental, le tiers des parents (31%) rapportent un degré de stress parental clinique lié à leur rôle parental, plus de la moitié des parents (68%) rapportent un degré de stress parental clinique en raison des interactions difficiles qu'ils ont avec leur enfant et plus des deux tiers (68%) des parents rapportent un degré de stress parental clinique lié aux difficultés de l'enfant. Ces résultats vont dans le sens de ceux des méta-analyses de Hayes et Watson (2013) et Barroso et al. (2018) qui rapportent des degrés de stress parental élevés chez les parents d'enfants autistes.

Toutefois, il est aussi possible que le degré de stress parental ressenti par les parents ait été exacerbé par d'autres facteurs. Par exemple, plusieurs parents de l'échantillon sont à risque le plan socio-économique. Les effets de la pandémie de COVID-19 sont également à considérer. En effet, des chercheurs rapportent une augmentation du stress parental pré-pandémique par rapport au stress des parents mesuré durant la pandémie de COVID-19 (Adams et al., 2021). Dans leur échantillon, 71% des parents rapportent une augmentation du stress parental. Les stressors les plus fréquemment rapportés concernent les changements dans la routine des enfants, les inquiétudes liées à la COVID-19 et les demandes associées à la scolarisation en ligne. Rappelons que les comportements difficiles de l'enfant sont considérés comme une source significative de stress parental. Dans ce contexte, considérant les rigidités des enfants autistes

face aux changements et leur besoin d'une routine stable, les stratégies communément utilisées par les familles d'enfants qui ne présentent pas de troubles neurodéveloppementaux telles que faire des activités en famille et demeurer virtuellement en contact avec les amis et la famille et maintenir une routine pour les enfants (Adams et al., 2021), ont pu être plus difficile à mettre en place et leurs effets plus limités. Ajoutons, qu'il est possible que les enfants autistes aient pu mettre plus de temps à s'ajuster aux nouvelles routines liées, entre autres aux confinements et aux déconfinements, ainsi qu'à la suspension des services, et que leurs parents ont eu besoin de composer avec une charge additionnelle de stress puisqu'ils devaient s'occuper de leur enfant en tout temps en conciliant leur horaire de travail (télétravail). Les défis liés à la COVID ont certainement ajouté un stress supplémentaire chez ces parents qui devaient déjà composer avec des demandes plus élevées en raison des particularités et des besoins de leur enfant autistes. Parallèlement, la charge additionnelle et le manque de répit pour les parents ont aussi pu contribuer au stress parental et, en retour, aux comportements difficiles de l'enfant, exacerbant les effets bidirectionnels entre un stress plus élevé chez le parent et des problèmes de comportement plus élevé chez l'enfant (Clauser et al., 2021; Enea et Rusu, 2020).

5.3/ Bien-être psychologique des parents d'enfants autistes : détresse psychologique

Les résultats de cette étude révèlent également qu'un peu plus de la moitié des parents de l'échantillon sont en grande détresse psychologique, avec 55% d'entre eux présentant symptômes cliniques de détresse psychologique (combinaison de symptômes d'anxiété, de dépression et de somatisation). Ces résultats appuient ceux de Davis et Carter (2008) qui rapportent que 12% des parents d'enfants autistes obtenaient des symptômes de nature clinique et 25% des symptômes cliniques de dépression. Nos résultats sont également en lien avec plusieurs autres études qui concluent à une symptomatologie anxiodépressive nettement plus élevée, voire sévère, chez les parents d'enfants qui présentent un TSA (Abbeduto et al., 2004; Bitsika et Sharpley, 2004; Davis et Carter, 2008, Olsson et Hwang, 2001; Ten Hoppen et al., 2020).

La pandémie de COVID-19 a mis les capacités adaptatives des familles à rude épreuve en plus de générer beaucoup d'incertitudes et d'inquiétudes (Wang et al., 2021). Ainsi, nous ne pouvons pas exclure qu'elle ait exacerbé les symptômes anxieux des parents et généré un essoufflement qui s'est traduit par des symptômes dépressifs, d'autant que les parents d'enfants qui présentent un TSA tendent à être moins résilients et à favoriser le recours à des stratégies d'adaptation plus négatives (Wang et al., 2021). De plus, le contexte pandémique et les confinements ont pu faire en sorte que les familles étaient plus isolées et ne pouvaient plus compter sur le soutien social, qui constitue un facteur de protection contre la

dépression, l'anxiété et la colère (Gray et Holden, 1992). Les parents de notre échantillon présentaient peut-être une vulnérabilité plus grande au plan du bien-être psychologique qui a également pu être fragilisée par le stress parental qui découle des exigences plus grandes en lien avec la condition de leur enfant et le contexte pandémique. D'ailleurs selon Wang et al. (2021) les parents d'enfants autistes montrent un degré de résilience inférieur aux parents d'enfants qui ont un développement typique et sont plus à même d'adopter des stratégies d'adaptation négatives plutôt que positives. Une résilience plus faible et des stratégies d'adaptation plus négatives sont associées aux symptômes d'anxiété et de dépression (Lai et al., 2015; Ilias et al., 2018; Shepherd et al., 2018).

5.4/ Bien-être psychologique (stress parental, détresse psychologique et sentiment d'auto-efficacité parentale) et sévérité des symptômes autistiques des enfants

Les données de notre étude indiquent que le tiers (32%) des enfants de notre échantillon présentent des atteintes autistiques dites sévères (au-dessus du seuil clinique). Ce résultat se rapproche de ceux d'une étude récente ayant examiné le profil de 20 135 enfants autistes entre les années 2000 et 2016 qui révèle qu'aux États-Unis, environ 26,7% des enfants autistes présentent des atteintes profondes (Hughes et al. 2023). Bien que plusieurs enfants de notre échantillon présentent des symptômes autistiques sévères, notre étude révèle que le stress parental, la détresse psychologique et le sentiment d'auto-efficacité parentale ne sont pas liés à la sévérité des symptômes autistiques des enfants. Ce résultat est étonnant, car il contraste avec les conclusions d'autres études qui établissent des liens entre ces variables. Plus précisément, des symptômes autistiques plus sévères sont liés à un degré de stress parental plus élevé (Duarte et al., 2005; Hasting et al., 2005; Hastings et Johnson, 2001; Wang et al., 2021). Ils représentent même un prédicteur significatif du stress parental (Batoool et al., 2015; Lyons et al., 2010; Strauss et al., 2022) et de la santé mentale du parent (Falk et al., 2014), en plus d'être associés à un sentiment d'auto-efficacité parentale inférieur (Weiss et al., 2016). Dans ce sens, plus les difficultés propres à l'autisme sont élevées, plus les exigences en termes de soins sont demandantes pour le parent qui deviendrait plus à risque d'un stress élevé et chronique, entraînant un essoufflement qui se traduit par une détresse psychologique et des inquiétudes quant à ses compétences dans son rôle parental. Toutefois, les conclusions d'autres recherches diffèrent et soutiennent qu'en contrôlant pour la sévérité des atteintes autistiques, ils s'agit plutôt des problèmes de comportement de l'enfant qui sont associés au stress (Cappe et al., 2012; Lecavalier et al., 2005; McStay et al., 2014; Rivard et al., 2014) et à la détresse parentale (Enea et Rusu, 2020; Hastings et al., 2005;) et qui influencent les perceptions du parent à propos de son sentiment d'auto-efficacité (Hastings et al., 2005; Rezendes et Scarpa, 2011; Stevenson et al., 2023). Ainsi,

comme l'avancent Rezendes et Scarpa (2011) les problèmes de comportement de l'enfant contribuent significativement au stress parental et viennent interférer avec le sentiment d'auto-efficacité du parent, ce qui, en conséquence vient exacerber la détresse psychologique du parent. Parmi les comportements problématiques, l'hyperactivité de l'enfant apparaît comme étant le facteur le plus contributif au stress parental (McStay et al., 2014). Les comportements socialement inappropriés et perturbateurs fréquemment observés chez les enfants hyperactifs sont demandant pour le parent qui doit aider son enfant à canaliser ses comportements. De plus, ils sont susceptibles d'attirer la désapprobation des autres ce qui a également un impact sur le degré de stress ressenti par le parent. Dans ce contexte, les liens inexistantes entre la sévérité des symptômes autistiques des enfants et les différentes facettes du bien-être psychologique parental pourraient en partie être attribuables aux problèmes de comportement des enfants, notamment les comportements extériorisés, comme ceux que présentent les enfants avec des symptômes d'hyperactivité.

Il demeure, malgré les effets bien documentés de la pandémie sur le stress, qu'il soit également possible que la pandémie ait eu un effet bénéfique sur les familles. Le ralentissement lié au confinement a pu permettre aux familles de diminuer le rythme et de se retrouver (Périard-Larrivée et al., 2022). Ce faisant, les parents ont pu passer des moments positifs avec leur enfant et mettre en place certaines stratégies pouvant consolider des apprentissages (Périard-Larrivée et al., 2022), et, malgré les difficultés présentées par les parents de notre échantillon diminuer le stress, renforcer le sentiment d'efficacité des parents, contribuant ainsi au bien-être psychologique des parents.

Ceci dit, nos résultats indiquent également que les parents avec un sentiment d'auto-efficacité plus faible, en particulier ceux qui perçoivent plus intensément que les besoins de leur enfant dominent leur vie, présentent significativement plus de détresse psychologique. Ces résultats sont cohérents avec ceux de plusieurs études montrant des liens entre l'auto-efficacité parentale et le stress parental (Bloomfield et Kendall, 2012; Hasting et Brown, 2002; Kurzrok et al., 2021; Rzenendez et Scarpa, 2011; Weiss et al., 2013). Ainsi, les parents qui se sentent plus compétents dans leur rôle parental tendent à vivre moins de stress et de détresse parentale et à se montrer plus résilients face aux demandes et aux facteurs de stress associés à l'autisme de leur enfant (Giallo et al., 2013; Kuhn et Carter, 2006; Weiss et al., 2013). À l'opposé, un faible sentiment d'auto-efficacité parental est associé à une plus grande détresse chez le parent ainsi qu'à l'utilisation de stratégies adaptatives moins efficaces (Kuhn et Carter, 2006). Toutefois, l'étude de Hastings et Brown (2002) révèle des différences dans l'auto-efficacité des mères et des pères. Les résultats

de cette étude révèlent que chez les mères, l'auto-efficacité parentale agit comme un médiateur entre les problèmes de comportements de l'enfant et la détresse psychologique de la mère. Ceci indique que l'auto-efficacité représente un mécanisme pouvant expliquer l'anxiété et la dépression de la mère. Chez les pères, un effet modérateur est plutôt observé entre les problèmes de comportements de l'enfant et l'anxiété du père. Une autre étude a conclu que l'auto-efficacité parentale expliquait partiellement le lien entre le stress parental et la détresse psychologique du parent (Rezendez et Scarpa, 2011). En d'autres mots, le manque d'association trouvée dans notre étude pourrait être dû à la présence de variables tierces qui, lorsque prises en considération, expliqueraient les liens attendus entre la détresse psychologique parentale et les symptômes autistiques des enfants. Notamment, le sentiment d'auto-efficacité parentale pourrait être une variable modératrice ou indirecte clé. En raison du faible nombre de participants dans notre étude, nous n'avons pu examiner cette question.

5.5/ Bien-être psychologique des parents et sécurité d'attachement des enfants autistes

Les résultats de cette étude révèlent que les parents avec un sentiment d'auto-efficacité plus faible, en particulier ceux qui rapportent avoir moins d'impact sur leur enfant et plus de perceptions des besoins de leur enfant comme dominant leur vie, ont des enfants avec un degré de sécurité d'attachement significativement plus faible. Ces résultats appuient les conclusions de Nievar (2004) qui rapporte des liens positifs entre le sentiment d'auto-efficacité parentale et la sécurité d'attachement de l'enfant. Plus précisément, cette étude indique que l'auto-efficacité parentale et les pratiques parentales sont prédicteurs de l'attachement de l'enfant. Notre étude indique que les parents avec plus de symptômes de détresse psychologique éprouvent par ailleurs un sentiment de compétence parentale plus faible. Les parents d'enfants autistes pourraient avoir le sentiment de ne pas en faire suffisamment pour leur enfant et éprouver une culpabilité affectant négativement la perceptions de leur d'auto-efficacité parentale (Kuhn et al., 2006). Ces parents avec une plus grande détresse psychologique sont aussi plus à même d'adopter un style parental moins sensible se traduisant par des comportements plus intrusifs et directifs envers leur enfant. En retour, ces comportements insensibles contribuent à une moins bonne relation parent-enfant et des comportements plus insécurisant chez l'enfant. En conséquence, la relation parent-enfant est plus difficile et le parent peut avoir une perception plus négative de son auto-efficacité parentale, ce qui vient nourrir son stress/détresse parentale et favoriser le développement d'une relation d'attachement insécurisante.

5.6/ Intervention relationnelle, une stratégie efficace pour améliorer la sécurité d'attachement de l'enfant autiste à son parent

Nous avons émis comme hypothèse qu'en aidant le parent à être plus sensible aux besoins d'attachement et d'exploration de l'enfant, en l'amenant à mieux décoder et répondre aux besoins de l'enfant, le lien d'attachement entre l'enfant et son parent serait plus sécurisant. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons contrôlé pour la sévérité des symptômes autistiques afin d'assurer que l'augmentation potentielle de la sécurité d'attachement ne soit pas attribuable au degré d'atteintes autistiques. Les résultats de l'étude montrent qu'en comparaison à des enfants qui reçoivent avec leurs parents les services habituellement offerts en communauté, milieux cliniques et hospitaliers, les enfants qui ont été exposés à l'IR en ligne avec leur parent montrent un lien d'attachement plus sécurisant à leur parent. Nous soulignons également que ces améliorations s'observent après seulement 6 rencontres d'IR et qu'elles ont été réalisées en ligne. Ainsi, l'IR en ligne s'est avérée efficace pour améliorer la sécurité d'attachement de l'enfant autiste envers son parent, et ce, peu importe la sévérité des atteintes autistiques (puisque cette variable a été considérée dans l'analyse).

Ces résultats sont les premiers à démontrer l'efficacité de l'IR en ligne, de même que son efficacité pour améliorer la sécurité d'attachement de l'enfant autiste envers son parent. Ces résultats sont concordants avec ceux des études sur l'IR ayant démontré son efficacité pour améliorer la qualité des interactions parent-enfant chez des familles avec des enfants victimes ou à haut risque de maltraitance (Cyr et al., 2022; Eguren et al., 2023) ou adoptés à l'international (Blondin, 2018). Ces résultats vont également dans le sens des résultats d'autres études d'intervention fondées sur la théorie de l'attachement et administrées aux enfants autistes et leurs parents pour améliorer d'autres éléments comme la synchronie parentale (Green et al., 2010; Green et al., 2013), l'affect partagé par le parent et l'enfant (Solomon et al., 2008) et favoriser la diminution des comportements parentaux intrusifs (Povlawsky et al., 2015) ainsi que des comportements difficiles de l'enfant (Allen et al., 2023). Une explication possible est que l'IR, qui encourage le parent à l'observation des comportements de l'enfant par le biais de la rétroaction vidéo, soit particulièrement utile pour aider le parent à remarquer et à interpréter les besoins et les signaux de détresse de l'enfant autiste, même ceux subtils, atypiques et exprimés à des moments inattendus. En raffinant ses capacités d'observation, mais aussi de mentalisation par le biais de questions qui l'invitent à réfléchir autrement à son enfant, le parent est plus en mesure de donner un (nouveau) sens aux comportements de l'enfant et lui répondre de manière plus appropriée.

Par ailleurs, en améliorant la sécurité d'attachement à partir d'une intervention ciblant la sensibilité du parent, notre étude appuie, par extension, les résultats d'études ayant trouvé un lien entre la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement de l'enfant autiste envers son parent (Cossette-Côté et al., 2022; Koren-Karie et al., 2009). Les conditions de soins auxquelles les enfants autistes sont exposées joueraient donc un rôle important dans le développement de leur attachement envers leur parent. Les résultats de notre étude n'appuient donc pas l'hypothèse voulant qu'en raison des contraintes neurodéveloppementales propres à l'autisme, les enfants autistes soient plus à risque de développer un attachement insécurisant, car en modifiant la qualité des réponses parentales à leurs besoins, les enfants sont en mesure de présenter davantage de comportements d'attachement sécurisant. Cette hypothèse de contraintes neurodéveloppementales est soutenue par des études n'ayant montré aucun lien ou un faible lien significatif entre la sensibilité parentale et l'attachement de l'enfant (Rutger et al., 2004; van IJzendoorn et al., 2007). Dans cette perspective, l'insécurité de l'enfant autiste serait surtout attribuable aux déficits autistiques plus sévères de l'enfant. Pour expliquer ces deux perspectives contrastantes, Koren-Karie et al. (2009) soulignent combien les échantillons d'enfants autistes sont petits et, par conséquent, leur puissance statistique est faible, ce qui peut limiter la découverte de liens entre la qualité des soins parentaux et l'attachement de l'enfant.

5.7/ Forces et limites

Cette étude comporte des forces qui doivent être soulignées. D'abord, l'étude repose sur un devis à essais randomisés, incluant une évaluation prétest et post-test. Il s'agit du devis par excellence pour évaluer l'efficacité d'une intervention et obtenir des résultats valides, que ceux-ci soient significatifs ou non. De plus, la variable ciblée par l'intervention a été évaluée à partir d'une mesure observationnelle et pour laquelle un excellent accord interjuge a été obtenu entre deux codeurs dûment formés.

Cette étude comporte néanmoins des limites. La plus importante est certainement la petite taille de son échantillon. Le projet Pirate, duquel les données ont été tirées a fait face à plusieurs défis, dont la pandémie, qui ont entraîné des délais considérables, et ce, à toutes les étapes de sa réalisation. Au final, ces défis ont eu un impact significatif sur le recrutement et ont contribué à restreindre la taille l'échantillon.

5.8/ Défis d'implantation

Parmi les défis rencontrés, il y a eu le désistement d'intervenantes que nous avons initialement ciblées pour effectuer l'IR au CHUSJ. Malheureusement, après les avoir formées à l'IR, celles-ci se sont désistées. À cet effet, nous retenons que pour faciliter l'implantation d'un projet de recherche d'intervention impliquant des professionnels d'un milieu offrant déjà des services, il est important pour les gestionnaires cliniques de s'assurer de l'accord de tous ses membres, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques, avant de procéder à l'implantation de l'IR. Cet enjeu nous semble tout particulièrement important, car l'IR demande pour certains professionnels cliniques un changement de paradigme. Dans le contexte de l'autisme, la majorité des interventions sont orientées sur le comportement de l'enfant alors que l'IR cible plutôt la relation parent-enfant et l'engagement du parent (pas seulement de l'enfant) dans le processus d'intervention. Ceci peut être très différent de certaines pratiques cliniques actuelles. Par exemple, une attention insuffisante à la compréhension et aux ajustements nécessaires des méthodes de travail des intervenants ciblés pour administrer l'IR peut contribuer aux défis d'implantation et faire en sorte que des intervenants se désistent du projet. Aussi, mettre l'accent sur la capacité du parent à décoder et répondre aux besoins de l'enfant en misant sur le développement de ses habiletés d'observation et de mentalisation peut s'avérer difficile à mettre en pratique.

Les contraintes liées à la pandémie de COVID-19 ont aussi soulevé leurs lots de défi. Lorsque le confinement s'est amorcé, il a été nécessaire de revoir le protocole afin de le basculer en ligne de même que les modalités d'administration de certains instruments, dont la passation était initialement prévue en laboratoire. Tout ceci a occasionné d'importants délais. De plus, en raison du confinement, les instruments de mesure autorapportés ont dû être déposés sur une plateforme numérique afin de les rendre accessibles aux parents. C'est à ce moment qu'il a été décidé de basculer l'IR en vidéoconférence. Dans ce contexte, de nombreux apprentissages et ajustements ont été nécessaires, ce qui a pris du temps. Néanmoins, nous avons remarqué lors des périodes de confinement qu'il était relativement facile de recruter des familles et l'adhésion à l'intervention était excellente. En fait, aucune famille ayant participé pendant les périodes de confinement n'a abandonné ou s'est désistée du projet. Toutefois, le contraire s'est produit durant les périodes de déconfinement. Il était alors plus difficile de mobiliser les familles pour participer à la recherche et de maintenir leur participation. Le temps disponible est la raison principale évoquée par les parents pour expliquer le refus de participation et la non-complétion des questionnaires. Ceci est cohérent avec les propos de Périard-Larivée et al. (2022) comme quoi la réduction considérable des rendez-vous et des exigences sociales durant le premier confinement a pu être perçue

comme des vacances. Dans ce sens, bien que les services soient désirés et appréciés, ils représentent une source de stress et de fatigue en raison du temps et de la charge mentale qu'ils génèrent dans la vie des parents.

En somme, les confinements/déconfinements liés à la pandémie de COVID-19 ont significativement interférés avec le recrutement des familles. Durant les périodes de confinement, la participation des dyades a été exemplaire ce qui n'a pas été le cas durant les déconfinements, où il a été plus difficile de solliciter et maintenir l'engagement des parents.

5.9/ Études futures

Dans cette étude, la sensibilité parentale n'a pas été examinée. De futures études méritent de s'y attarder afin de vérifier si l'augmentation de la sensibilité parentale est associée à l'amélioration de la sécurité d'attachement de l'enfant. Dans ces futures études, il sera aussi intéressant d'examiner de façon plus spécifique les comportements de la relation pour lesquels les enfants autistes et leurs parents ont plus de difficulté. Par exemple, est-ce que l'IR peut améliorer la synchronie parent-enfant ou diminuer les comportements directifs ou intrusifs des parents. Par ailleurs, il est envisageable que l'expérience des pères et des mères diffère. Dans ce sens, il sera intéressant de vérifier si les effets de l'IR se distinguent selon le sexe des parents.

Considérant les liens montrés entre le sentiment d'auto-efficacité parentale et la sécurité d'attachement des enfants, nous estimons qu'il sera aussi important d'examiner les effets de l'IR sur le sentiment d'efficacité parentale. L'IR pourrait permettre par les rétroactions positives de renforcer le sentiment de compétence du parent, ce qui pourrait potentiellement contribuer à augmenter sa sensibilité parentale et diminuer son stress.

De plus, dans notre étude, nous n'avons pas montré de lien entre le stress parental et la sécurité d'attachement des enfants autistes. Ceci semble corroborer les résultats mitigés des études d'intervention sur l'IR ayant examiné ses effets sur le stress parental. Par exemple, alors qu'une des études a montré que l'IR parvient à diminuer le stress de parents à risque sur le plan psychosocial (Touati et al., 2023), d'autres études auprès de parents et leurs enfants signalés pour négligence (Dubois-Comtois et al., 2017; Eguren et al., 2023) n'ont trouvé aucun effet de l'IR sur le stress parental. Dans une autre étude, l'IR a pu prévenir une augmentation du stress parental auprès de parents d'accueil (Dubois-Comtois et al., 2012). Aussi,

puisque le stress parental n'est pas vécu de la même façon par les pères et les mères et que les stresseurs varient également selon les parents, mieux le documenter, notamment en utilisant différentes mesures du stress (auto rapportée, physiologique, rapportée par un observateur indépendant) permettrait d'augmenter les connaissances et éventuellement offrir des services plus adaptés aux besoins des familles et qui tiennent compte des particularités de l'autisme.

D'autres études des effets de l'IR sur la diminution des comportements problématiques de l'enfant et de son fonctionnement adaptatif nous semblent aussi des plus pertinentes. Enfin, il sera intéressant d'examiner les effets de l'IR à plus long terme et voir si l'effet positif sur la sécurité d'attachement de l'enfant envers son parent persiste.

5.10/ Intervention relationnelle

L'intervention relationnelle a maintes fois démontré son efficacité pour améliorer la sensibilité parentale et l'attachement de l'enfant. À la lueur des résultats de cette étude, l'IR s'avère fort prometteuse pour améliorer la qualité des interactions et de la relation auprès des dyades parent-enfant autistes. Dans les échanges informels avec les parents de notre étude, ils nous ont d'ailleurs noté une forte appréciation de l'intervention et mentionné que le visionnement et la rétroaction vidéo leur avait été très enrichissant. Plusieurs parents ont observé des signaux de communication chez leur enfant qu'ils n'avaient jamais remarqué auparavant. Par exemple, des parents ont affirmé qu'ils n'avaient jamais vu leur enfant les regarder. Les parents ont aussi rapporté que les rencontres étaient appréciées de leur enfant autiste, ce qui se traduisait par une anticipation positive des rencontres. Il est possible que les séquences de jeux filmées aient été non seulement bénéfiques au plan relationnel, mais qu'elles aient également été perçues comme des moments privilégiés et positifs par le parent et l'enfant autiste.

L'administration en ligne comporte plusieurs avantages pour le parent, l'enfant et l'intervenant. Aucun déplacement n'est nécessaire, ce qui constitue un avantage certain pour le parent, l'enfant et l'intervenant. Notamment économique, en termes de temps et d'énergie, l'IR a pourrait aider à diminuer le stress du parent. L'enfant n'a pas besoin de s'adapter à un nouvel environnement ce qui peut s'avérer facilitant. Nous avons constaté que l'administration en ligne ne représente pas un frein à l'établissement du lien de confiance entre l'intervenant et le parent et qu'elle n'interfère pas avec l'authenticité des réponses parentales. Toutefois, l'administration en ligne ne facilite pas l'établissement d'un lien avec l'enfant autiste et les particularités propres à l'autisme n'y sont probablement pas étrangère. De plus, l'utilisation des

outils technologiques peut s'avérer être une source de distraction importante pour l'enfant qui doit maintenir son attention/intérêt sur l'appareil électronique, malgré les atténuations mises en place (p. ex. fermer la caméra et le son de l'intervenant), au détriment des interactions. Des recadrages par le parent sont parfois nécessaires ce qui peut interférer avec l'interaction et générer de la frustration chez l'enfant. De plus, administrer l'IR en ligne implique (généralement) l'utilisation du matériel disponible dans la famille ce qui fait en sorte que le choix du matériel pour la période de jeu peut être plus limité. L'utilisation d'un appareil électronique fixe limite également le choix des activités, notamment celles qui incluent des déplacements. Dans le même sens, l'enfant peut décider de se déplacer et sortir du champ de la caméra ce qui peut en retour entraîner une coupure dans l'interaction par le parent qui tente de ramener l'enfant ou encore qui va déplacer l'appareil électronique pour continuer à filmer les interactions. Ce faisant, des informations pertinentes peuvent être perdues ou non disponibles au moment de la rétroaction vidéo. Parmi les incontournables, sur le plan fonctionnel, il est nécessaire de prendre un moment avec le parent pour s'assurer du bon positionnement de la caméra et que tout ce qui est lié aux appareils électroniques fonctionne bien. Ce moment peut être pris au début de la première rencontre ou avant celle-ci. Il est toutefois important de considérer que depuis la pandémie, les parents sont beaucoup plus habiles avec les outils technologiques et les ont expérimentés dans différents contextes ce qui simplifie la tâche.

Certaines habiletés chez l'intervenant apparaissent également souhaitables. Notamment, pour être en mesure de répondre aux questions des parents et offrir une rétroaction vidéo juste, l'intervenant doit pouvoir s'appuyer sur des connaissances suffisantes en autisme, le développement de l'enfant et bien comprendre les impacts sur le fonctionnement de l'enfant et la relation avec son parent. Parallèlement, de bonnes capacités d'écoute, d'observation, d'adaptation et une bonne flexibilité sont aussi indispensables, les parents de ces enfants étant souvent en détresse et les signaux de leurs enfants différents de ceux normalement observés dans la population sans atteinte neurodéveloppementale. Aussi, les discussions dirigées permettent d'établir un lien de confiance avec le parent et de répondre à ses questions. Certains thèmes comme les besoins affectifs, la prévisibilité, la synchronie, le soutien au jeu et à l'exploration, les limites, le cadre, la discipline en tenant compte des particularités autistiques (p. ex. rigidités qui peuvent être perçues comme étant de l'opposition à l'autorité parentale plutôt qu'une difficulté de l'enfant pouvant être associée à une détresse et faisant partie des caractéristiques de l'autisme) et des besoins de l'enfant autiste, sont particulièrement éclairants et pertinents.

Lors des activités de jeux filmés, il peut être nécessaire de reprendre une même consigne. La consigne « suivre votre enfant » apparaît comme un incontournable, les parents d'enfants autistes tendant à être plus directifs et à adopter un rôle d'éducateur-intervenant. Ces comportements parentaux plus directifs tendent à être renforcés par les interventions usuelles. Dans ce contexte, L'IR permet de recadrer le rôle parental et d'apporter les nuances qui favorisent le développement d'une relation sécurisante et d'interactions positives tout en tenant compte des particularités et des besoins de ces enfants. De plus, la rétroaction vidéo est un outil des plus utiles, car il permet au parent d'observer concrètement ses expressions non verbales, ses réponses et ses comportements dans l'interaction avec son enfant ainsi que l'effet immédiat de ses réponses parentales sur son enfant. Elle aide aussi le parent à distinguer dans l'interaction et le comportement ce qui est propre à l'autisme de ce qui est plus relationnel. De plus, elle offre l'occasion de questionner le parent sur ses ressentis et ses états internes dans le moment et de faire des liens avec le comportement et les besoins de l'enfant. L'intégration de questionnements notamment sur les observations du parents et ses états internes durant les interactions avec son enfant au moment de la rétroaction vidéo contribuent à favoriser la réflexion et la mentalisation du parent.

Certaines particularités parentales apparaissent généralisées, récurrentes et pourraient même être entretenues par d'autres types d'interventions qui favorisent l'adoption d'un rôle d'intervenant ou d'enseignant par le parent. Notamment, l'intrusivité et la directivité parentale envers l'enfant a été observée chez les parents de notre échantillon. Ces comportements parentaux envers les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme sont également rapportés par Ku et al. (2019). Dans ce sens, la consigne « suivre votre enfant » s'est avérée intéressante et puissante. Il a été nécessaire de la mettre en pratique à plus d'une séance auprès des mêmes parents. D'apparence simple, cette consigne s'est avérée un défi important, mais révélateur pour plusieurs parents. En lien avec cette consigne, les activités sensorimotrices comme par exemple le souc au ballon (plutôt que de tirer chacun sur leur bout de la corde, le parent et l'enfant, assis face à face, tentent d'enlever le ballon à l'autre en tirant dessus) et le jeu du foulard (le parent ou l'enfant tente d'enlever le foulard positionné dans la poche ou la ceinture de l'autre), ont été fort intéressantes, car elles sont simples, elles nécessitent peu d'explications de la part du parent qui doit tout de même constamment s'ajuster en fonction de ce qui est exprimé par l'enfant, et elles favorisent la réciprocité, les initiatives et la synchronie lorsque le parent apprend à suivre les initiatives de son enfant. Elles sont très appréciées des enfants et elles génèrent un plaisir partagé entre l'enfant et son parent. L'activité de maquillage et ses dérivés (p. ex. tracer avec le doigt et de l'eau, un petit pinceau ou une plume, sur un bras, une main, etc.) est aussi fort intéressante, d'autant plus que les

enfants autistes présentent souvent des particularités sensorielles qui peuvent, certes être perçues comme un défi, mais aussi représenter de belles occasions d'intervention pour développer la sensibilité parentale.

Par ailleurs, une attention aux intérêts restreints et aux sensibilités sensorielles de l'enfant doit être portée dans le choix des activités, car ils pourraient interférer avec les interactions. En lien avec les sensibilités sensorielles de l'enfant certaines activités peuvent nécessiter des adaptations. Par exemple un enfant peut refuser une activité de maquillage qui implique un contact physique, par exemple avec le visage. Cette activité pourrait être adaptée en utilisant des pinceaux ou un autre médium (p. ex. de l'eau) et se faire sur une autre partie du corps (p. ex. le dessus de la main). Par ailleurs, des parents pourraient aussi se montrer réticents à faire certaines activités par crainte de déclencher une crise chez leur enfant. Il sera alors important d'en discuter et d'explorer les craintes du parent, les adaptations possibles ou le besoin d'opter pour une autre activité afin de respecter le rythme de l'enfant et du parent. Ceci dit, nombre de parents ont constaté qu'en sécurisant leur enfant et en se synchronisant avec lui, ce qu'ils croyaient impossible ou trop risqué se transformait en un beau moment partagé avec leur enfant, apprécié autant de l'enfant que du parent et générant une mine d'observations et d'informations pour le moment de la rétroaction vidéo et de la discussion.

L'IR n'aborde pas directement les enjeux liés au fonctionnement quotidien (p. ex. l'apprentissage de la propreté...), l'accent étant plutôt mis sur les besoins relationnels de l'enfant et le développement de la sensibilité parentale. Pour ce faire, l'IR sollicite les habiletés d'observation, de mentalisation et d'introspection du parent pour l'aider à raffiner sa capacité à identifier et interpréter les besoins sous-jacents aux comportements et aux états internes de son enfant et ainsi y répondre de façon adéquate. Ceci peut s'avérer frustrant, confrontant et intimidant pour le parent qui est habitué à recevoir des services basés sur des stratégies davantage éducatives.

CHAPITRE 6

CONCLUSION

Cette étude montre que plusieurs des parents d'enfants autistes de notre échantillon rapportent un faible bien être psychologique. En effet, près du tiers des parents rapportent un degré de stress parental clinique lié à leur rôle parental et deux tiers des parents rapportent un degré de stress parental clinique en raison des interactions difficiles qu'ils ont avec leur enfant ou en lien avec les difficultés de l'enfant. Un peu plus de la moitié des parents présentent des symptômes cliniques de détresse psychologique. Les parents ayant un sentiment d'auto-efficacité plus faible, notamment ceux qui perçoivent plus intensément que les besoins de leur enfant dominent leur vie présentent significativement plus de symptômes de détresse psychologique. Les résultats montrent des liens entre les comportements difficiles de l'enfant autiste, le bien-être et les comportements parentaux et la sécurité d'attachement de l'enfant. De plus, malgré que plusieurs enfants de notre échantillon (32%) présentent des symptômes autistiques sévères, notre étude révèle que le stress parental, la détresse psychologique et le sentiment d'auto-efficacité parentale ne sont pas liés à la sévérité des symptômes autistiques des enfants.

Cette étude montre également que l'Intervention Relationnelle en ligne est efficace pour améliorer la qualité du lien d'attachement entre l'enfant autiste et son parent, peu importe le degré sévérité des atteintes autistiques de l'enfant.

L'apport principal de cette recherche repose sur la démonstration de l'efficacité d'une courte intervention (6 séances) offerte par visioconférence, soit l'IR en ligne, afin d'améliorer la qualité du lien d'attachement de l'enfant autiste envers son parent. Il s'agit de la première étude à avoir examiné et démontré l'efficacité de l'IR en ligne sur la sécurité d'attachement de l'enfant autiste envers son parent. Considérant les difficultés d'accessibilité aux services et la longueur des listes d'attente pour cette clientèle, le nombre réduit de rencontres constitue un avantage considérable tant au plan financier que des ressources disponibles. Aussi, considérant l'impact négatif des interactions parent-enfant difficiles sur le stress et le sentiment d'auto-efficacité parentale, l'IR a le potentiel diminuer le stress parental en améliorant la qualité des interactions parent-enfant. Ce faisant, le parent pourrait se sentir plus compétent dans son rôle ce qui peut aussi favoriser le développement de relations plus satisfaisantes et contribuer à diminuer le stress lié au rôle parental. De plus, considérant la charge liée aux nombreux rendez-vous des enfants présentant un TSA, la possibilité d'offrir l'IR en ligne offre une flexibilité aux dyades parents-enfants autistes qui peuvent

alors bénéficier d'une intervention efficace dans un environnement connu, limitant le temps lié aux déplacements pour se rendre à la clinique et l'adaptation de l'enfant à un environnement qui lui est moins familier.

ANNEXE A

Projet Pirate – dépliant

<p>Le projet</p> <h1>PIRATE</h1> <p>Promouvoir l'Interaction parent-enfant avec la RétroAcTion vidEo</p>	<p>Chercheure principale Responsable du projet</p> <p>Chantal Cyr, PhD, Professeure Chaire de recherche du Canada sur l'attachement et le développement de l'enfant Université du Québec à Montréal</p> <p>Médecin en chef Responsable du projet</p>	<p>Des explications ? Des questions ?</p> <p>Nos coordonnatrices se feront un plaisir de répondre à vos questions.</p> <p>Nathalie Fortin</p> <p>(514) 928-6727 pirateledef@gmail.com</p> <p>UQÀM Université du Québec à Montréal Laboratoire d'études sur le développement de l'enfant et sa famille</p> <p>CHU Sainte-Justine Clinique de développement du CHU Sainte-Justine</p>
<p>Nous vous invitons, vous et votre enfant, à participer à un projet de recherche sur l'intervention relationnelle, visant à favoriser la communication parent-enfant et le développement de l'enfant.</p> 	<p>Dr. Dominique Cousineau, MD FRCP Pédiatre spécialisée en développement de l'enfant, CHU Sainte-Justine, CIRENE</p> <p>Co-chercheuses et collaboratrices</p> <p>Karine Dubois-Comtois, PhD, Professeure Université du Québec à Trois-Rivières</p> <p>Annie Stipanivic, PhD, Professeure Université du Québec à Trois-Rivières</p> <p>Eve-Line Bussièrès, PhD, Professeure Université du Québec à Trois-Rivières</p> <p>Barbara Dufour, psychologue Pratique privée et CHU Sainte-Justine, CIRENE</p>	
<p>Merci, votre collaboration est importante !</p> <div data-bbox="207 1213 435 1329" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE 18 SEPT. 2020 #2018-1836 CHU SAINTE-JUSTINE</p></div>	<p>Sources de financement</p> <p>Conseil de recherche en Sciences Humaines (CRSH)</p> <p>Faculté des Sciences Humaines de l'Université du Québec à Montréal</p> <p>Fonds des leaders John-R-Evens</p>	

Déroulement du projet et contenu des rencontres d'intervention

Rencontre	Endroit	Activités	Durée	Avec qui ?
#1	- Les questionnaires sont complétés en ligne via un lien envoyé par courriel - Les jeux parents enfant sont faits en ligne sur Zoom	Évaluation (pré-intervention) - Jeu parent-enfant - Questionnaires au parent	- Questionnaires: 1h - Jeux: 1h sur Zoom en partie filmées <small>(en 2 rencontres au besoin)</small>	Assistant de recherche
#2 à 7	- Les jeux parent-enfant sont faits en ligne sur Zoom	Intervention - Assignation aléatoire à un groupe - Jeux parent-enfant Groupe A Intervention relationnelle Groupe B Services reçus ou en attente de services de la clinique où consulte l'enfant	6 rencontres sur Zoom de 1h chacune en partie filmées	Étudiant de doctorat en psychologie
Environ 2 semaines plus tard				
#8	- Les questionnaires sont complétés en ligne via un lien envoyé par courriel - Les jeux parents enfant sont faits en ligne sur Zoom	Évaluation (post-intervention) - Questionnaires avec le parent - Jeux parent-enfant filmés	- Questionnaires: 1h - Jeux: 1h sur Zoom en partie filmées <small>(en 2 rencontres au besoin)</small>	Assistant de recherche

Merci grandement de votre intérêt et collaboration !

POUR QUI ?

- Parents et enfants âgés entre 1 et 5 ans
- Enfant ayant reçu un diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)
- Familles ayant déjà reçu des services ou en attente de services à leur clinique

CONFIDENTIALITÉ

Toutes les informations obtenues dans les rencontres demeurent confidentielles.



Compensation financière

Pour vous remercier de votre participation, nous vous remettrons à la fin du projet par la poste un montant de 25\$ et un certificat cadeau de 25\$ pour votre enfant.

Votre participation est importante pour...

Mieux comprendre votre enfant et favoriser son développement

Vous aider dans votre rôle parental

Avancer les connaissances sur les enfants ayant des difficultés de communication ou de développement

Soutenir les pratiques éducatives et les services cliniques déployés auprès des familles



ANNEXE B

Projet Pirate – Formulaire de consentement



APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE

27 JUIN 2023
#MP-21-2018-1836
CHU SAINTE-JUSTINE

INFORMATION SUR LA RECHERCHE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Le projet PIRATE

Promouvoir l'Interaction parent-enfant avec la RétroAcTion-vidéo

1. Personnes responsables au CHU Sainte-Justine et à l'Université du Québec à Montréal

Dr. Dominique Cousineau, MD FRCP, Pédiatre spécialisé en développement de l'enfant, Chef de Section, Pédiatrie du Développement, (co-gestionnaire médical) - Plateau CIRENE-CHU Ste-Justine
Chantal Cyr, Ph.d., Professeure, Chercheure principale du projet, Université du Québec à Montréal (UQAM)

2. Co-chercheurs et collaborateurs :

Karine Dubois-Comtois, Ph.d., Professeure, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
Annie Stipanovic, Ph.d., Professeure, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
Eve-line Bussièrès, Ph.d., Professeure, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
Barbara Dufour, Ph.d., Psychologue, pratique privée et CHU Sainte-Justine, CIRENE

3. Source de financement

Conseil de recherche en Sciences Humaines (CRSH)
Chaire de recherche du Canada sur l'attachement et le développement de l'enfant
Faculté des Sciences Humaines de l'Université du Québec à Montréal

4. POURQUOI ÊTES-VOUS INVITÉ À PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE ?

Des chercheurs de l'UQAM et de l'UQTR en collaboration avec la clinique de développement du CHU Sainte-Justine cherchent à améliorer les suivis d'intervention offerts aux parents et aux enfants recevant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA). Nous sollicitons votre participation et celle de votre enfant afin de vous demander si vous êtes intéressés à participer à ce projet de recherche. Il est important de bien comprendre ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions. Prenez tout le temps nécessaire pour décider.

5. POURQUOI MÈNE-T-ON CE PROJET DE RECHERCHE ?

Les enfants qui consultent pour des difficultés de développement ou de communication sont plus à risque d'éprouver des difficultés sur les plans socio-affectif et relationnel, et leurs parents recherchent des moyens pour répondre aux besoins de leurs enfants. Actuellement, des interventions orientées sur la relation et la communication parent-enfant sont offertes à ces familles, mais l'efficacité de ces services a été peu documentée.

Objectif de la recherche : L'objectif de ce projet est d'évaluer l'efficacité de l'*Intervention Relationnelle (IR)*. Ce projet permettra d'améliorer les services d'intervention offerts aux enfants qui consultent pour des difficultés de développement ou de communication.

6. COMBIEN DE PERSONNES PARTICIPERONT AU PROJET DE RECHERCHE ?

Environ 60 parents (figure de soins principale) et leurs enfants (1-5 ans) prendront part à ce projet. Les enfants devront avoir reçu un diagnostic de TSA et avoir reçu ou être en attente de services.

7. COMMENT SE DÉROULERA LE PROJET DE RECHERCHE ?

Si vous acceptez de participer à notre projet, vous serez assignés à l'un de deux groupes : Groupe A ou B. Si vous faites partis du Groupe A, vous recevrez l'intervention relationnelle. Si vous faites partis du Groupe B, vous ne recevrez pas l'Intervention relationnelle, mais demeurerez en liste d'attente pour recevoir un suivi de votre clinique ou aurez déjà reçu des services de leur part. La participation au groupe A et B implique de compléter des questionnaires sur les comportements de votre enfant et sur votre rôle parental. Aussi, des activités de jeux parent-enfant et des échanges concernant vos questions et préoccupations quant au développement de votre enfant sont prévus. L'Intervention relationnelle poursuit un objectif très similaire aux interventions actuellement offertes dans les divers services aux parents et leur enfant ayant reçu un diagnostic de TSA : favoriser le développement de votre enfant et l'acquisition d'habiletés de communication parent-enfant. En comparaison aux

1

27 juin 2023

autres interventions, l'Intervention relationnelle implique un suivi centré sur l'observation des interactions parent-enfant via l'utilisation de la vidéo en situation de jeu parent-enfant. Il ne vous est pas possible de choisir le groupe auquel vous serez assignez. L'assignation à l'un des deux groupes est faite au hasard. Le déroulement du projet est présenté au Tableau 1.

Tableau 1. Déroulement du projet de recherche et contenu des rencontres d'intervention

Rencontre	Endroit	Activités	Durée	Avec qui ?		
#1	<ul style="list-style-type: none"> Les questionnaires sont complétés en ligne via un lien envoyé par courriel Les jeux parents enfant sont faits en ligne sur Zoom 	<p><u>Évaluation (pré-intervention)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Jeu parent-enfant Questionnaires au parent 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaires: 1h Jeux: 1h sur Zoom en partie filmées <p>(en 2 rencontres au besoin)</p>	Assistant de recherche		
#2 à 7	<ul style="list-style-type: none"> Les jeux parent-enfant sont faits en ligne sur Zoom 	<p><u>Intervention</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Assignation aléatoire à un groupe Jeux parent-enfant <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <p>Groupe A Intervention relationnelle</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <p>Groupe B Services reçus ou en attente de services de la clinique où consulte l'enfant</p> </td> </tr> </table>	<p>Groupe A Intervention relationnelle</p>	<p>Groupe B Services reçus ou en attente de services de la clinique où consulte l'enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> 6 rencontres sur Zoom de 1h chacune en partie filmées 	Étudiant de doctorat en psychologie
<p>Groupe A Intervention relationnelle</p>	<p>Groupe B Services reçus ou en attente de services de la clinique où consulte l'enfant</p>					
<i>Environ 2 semaines plus tard</i>						
#8	<ul style="list-style-type: none"> Les questionnaires sont complétés en ligne via un lien envoyé par courriel Les jeux parents enfant sont faits en ligne sur Zoom 	<p><u>Évaluation (post-intervention)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Questionnaires avec le parent Jeux parent-enfant filmés 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaires: 1h Jeux: 1h sur Zoom en partie filmées <p>(en 2 rencontres au besoin)</p>	Assistant de recherche		

8. COMBIEN DE TEMPS DURERA LA PARTICIPATION À CE PROJET DE RECHERCHE ?

Le projet de recherche se déroule sur une période d'environ 10 semaines pendant lesquelles vous et votre enfant serez rencontrés à 2 reprises si vous faites partis du Groupe B, ou à 8 reprises si vous faites partis du groupe A (voir tableau 1).

9. QUELS SONT LES RISQUES ?

Ce projet de recherche ne comporte pas de risque. Si, toutefois, vous viviez un inconfort dû à certains thèmes discutés lors des rencontres, nous vous demandons d'en parler immédiatement avec votre intervenant ou l'assistant de recherche qui pourra vous aider ou vous orienter, au besoin, vers une ressource appropriée. Les seuls inconvénients concernent le temps que le projet implique.

10. Y-A-T-IL DES AVANTAGES À PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE ?

En participant à ce projet, vous pourrez acquérir des outils vous permettant de mieux comprendre votre enfant. Vous contribuez aussi à avancer nos connaissances sur les enfants avec des difficultés de développement. Aussi, vous permettez d'identifier les meilleures pratiques pouvant favoriser le développement de ces enfants et soutenir leurs parents, en plus de soutenir pratiques médicales et psychoéducatives qui leurs sont offertes.

11. EST-CE QU'UNE COMPENSATION EST OFFERTE ?

En guise de compensation pour le temps accordé à notre projet, vous recevrez par la poste au terme de nos rencontres (rencontre #8) un montant de 25\$ et une carte cadeau pour votre enfant d'une valeur de 25\$.

12. COMMENT LA CONFIDENTIALITÉ EST-ELLE ASSURÉE ?

Durant votre participation à ce projet de recherche, Dre Dominique Cousineau et la chercheure universitaire Chantal Cyr, tous deux responsables du projet, ainsi que les membres de leur personnel de recherche, recueilleront, dans un dossier de recherche, des renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de leur recherche.

Tous les parents sollicités recevront un lien unique par courriel les dirigeant vers la plateforme web Qualtrics afin de compléter le consentement à la recherche et, s'ils acceptent de participer, les questionnaires du projet. La confidentialité des renseignements que vous fournirez en ligne sera assurée par les fonctions de sécurité de la Plateforme Qualtrics. Quant à la confidentialité des renseignements recueillis en ligne lors nos rencontres zoom, celle-ci sera assurée par l'activation des fonctions de sécurité présentes au logiciel Zoom.

Tous les renseignements vous identifiant, incluant les vidéos recueillis sur Zoom que nous conserverons pendant la durée du projet, demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Ces renseignements ne seront consultés que par les membres de l'équipe de recherche et demeureront sous la responsabilité du médecin et de la chercheure principale. Ils seront conservés aux fins exclusives du présent projet dans un local de la chercheure principale à l'UQAM sur disque durs externe protégés par un mot de passe, puis détruits 7 ans après la fin du projet. Vous ne serez identifiés que par un numéro de code et vos données nominatives seront conservées par la chercheure responsable du projet à l'UQAM. Les vidéos seront conservées à votre dossier recherche à l'UQAM. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Nous souhaitons également combiner les données de ce projet à celles obtenues dans le cadre d'un autre projet de recherche ayant des questions et des mesures similaires et mené auprès de la même clientèle par Dre E. Bussières, co-chercheur sur le projet actuel. Notre association avec ce projet, intitulé *Stress parental et adaptation de mères d'enfants autistes*, permettra à notre équipe et celle du Dre Bussières de mieux comprendre les relations de parents et leur enfant autiste en lien avec leur adaptation socio-émotionnelle. Seuls son équipe de recherche et la nôtre auront accès à vos renseignements et la confidentialité sera maintenue à tout moment. Les renseignements que vous fournirez pourront aussi servir à répondre à d'éventuelles questions de recherche connexes posées par les co-chercheurs du projet et les étudiants sous leur supervision. Le traitement de ces questions sera sous la responsabilité du médecin et de la chercheure responsables et soumis aux mêmes conditions que celles énoncées pour le présent projet.

Afin de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, les organismes suivants pourraient consulter votre dossier de recherche : les organismes subventionnaires de la recherche et le comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine. Tous adhèrent à une politique de confidentialité.

13. ETES-VOUS LIBRE DE PARTICIPER ET DE VOUS RETIRER ?

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison, en informant l'équipe de recherche. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

Le médecin et la chercheure universitaire responsables de ce projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche, l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si des informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.



Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, les données déjà recueillies dans le cadre de ce projet seront conservées, analysées ou utilisées pour assurer l'intégrité du projet, à moins que vous nous en signifiiez autrement.

14. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, n'hésitez pas à contacter la coordonnatrice de recherche du projet, **Nathalie Fortin** au (514) 928-6727 ou pirateledef@gmail.com. Pour des questions concernant votre suivi clinique (autre que celui de l'intervention relationnelle), veuillez contacter le médecin ou le professionnel de votre clinique. Pour obtenir des informations sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749. Le CER du CHU Sainte-Justine a approuvé le projet et en assurera le suivi.

CONSENTEMENT

Veillez confirmer votre consentement en répondant aux questions en ligne.

ANNEXE C

Certificat d'approbation éthique – CHUSJ et CIEREH



Le 13 mars 2018

Dominique Cousineau
CHU Sainte-Justine

Objet	Approbation éthique initiale - CÉR
	2018-1836 Promouvoir l'interaction parent-enfant avec la RétroAcTion-vidéo: Le projet PIRATE (titre de la subvention: Sensibilité parentale et attachement chez des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme: Une étude quasi-expérimentale)
	Co-chercheurs : Chantal Cyr; Karine Dubois-Comtois; Annie Stipanivic; Barbara Dufour; Eve-line Bussières

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine, à sa réunion plénière tenue le 25 janvier 2018, a évalué le projet mentionné en rubrique. Suite à vos réponses satisfaisantes, le Comité accorde son approbation éthique en date du 8 mars 2018. Ce dernier confirme également avoir assuré l'examen de convenance du projet. L'examen scientifique a été réalisé par le CRSH. Les documents suivants ont été approuvés :

- Protocole de recherche non daté
- Formulaire d'information et de consentement daté du 15 février 2018
- Dépliant d'information pour les parents non daté
- Questionnaire de renseignements sociodémographiques non daté
- Questionnaire "Liste des comportements pour enfants (version parent) (1-5 ans)" non daté

Le formulaire d'information et de consentement estampillé a été déposé dans le dossier du projet. Nous vous prions de vous servir de cette version estampillée.

Nous avons également pris connaissance des documents ci-dessous :

- Questionnaire M-CHAT-R™ non daté
- Questionnaire ISP/FB forme brève non daté
- Questionnaire Inventaire Bref des Symptômes - BSI-18 non daté
- Document "La situation étrangère : Description sommaire de la procédure" non daté
- Questionnaire Échelle de mesure du lieu de contrôle parental non daté
- Questionnaire Comportements d'attachement de l'enfant non daté

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réévalués annuellement. La durée de votre approbation sera effective jusqu'au **8 mars 2019**. Il est de votre responsabilité de soumettre une demande au comité pour que l'approbation éthique soit renouvelée avant la date d'expiration. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet et/ou de tout événement grave et inattendu susceptible d'augmenter le niveau de risque ou d'influer sur le bien-être du participant.

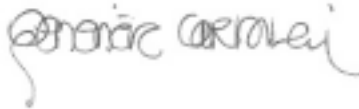
Considérez que pour une collaboration avec un tiers impliquant des transferts de fonds ou de données/matériel biologique, une entente (contrat) est nécessaire. Celle-ci doit être gérée par le Bureau des ententes de recherche.

Ce projet pourra commencer dans nos murs après que l'autorisation de Dr Marc Girard, qui agit comme personne formellement mandatée par l'établissement pour autoriser la réalisation des projets de recherche au CHU Sainte-Justine, aura été émise et déposée dans votre dossier quelques jours après cette approbation.

À noter que :

- Le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine (numéro FWA00021692) est désigné par le gouvernement du Québec (MSSS).
- La composition de ce comité d'éthique pour la recherche satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
- Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités d'une manière conforme aux Bonnes pratiques cliniques, à l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, au Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique, aux lois et règlements applicables au Québec et au Canada, ainsi qu'aux standards américains énoncés par le Code of Federal Regulations.

En vous souhaitant du succès dans la réalisation de votre projet,



Me Geneviève Cardinal
Présidente
Comité d'éthique de la recherche

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2019-2189

Date : 06 mai 2024

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

Protocole de recherche

Chercheur principal : Dominique Cousineau

Institution: CHU Ste-Justine

Unité de rattachement : Département de pédiatrie

Titre du protocole de recherche : Le projet PIRATE : Promouvoir l'Interaction parent-enfant avec la RétroAcTion-vidéo (Titre de la subvention: Sensibilité parentale et attachement chez des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme: Une étude quasi-expérimentale)

CER évaluateur: Bureau de l'éthique de la recherche

Numéro de dossier externe: 2018-1836

Source de financement (le cas échéant) : CRSH

Date d'approbation initiale du projet : 2018-05-17

Équipe de recherche

Cochercheurs UQAM : Chantal Cyr

Cochercheurs externes : Eve-Line Bussièrès (UQTR); Karine Dubois-Comtois (UQTR); Annie Stipanovic (UQTR); Barbara Dufour (Hopital Ste-Justine)

Auxiliaires de recherche: Solène Cognard-Bessette (UQAM); Marie-André Eymard (UQAM); Valérie Langlois (UQAM); Houria Bénard (UQAM); Laurence Cyr-Desautels (UQAM); Gabrielle Myre (UQAM); Elke Hearson (UQAM)

Étudiants réalisant un projet de thèse : Nathalie Fortin (UQAM)

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiqués rapidement au comité.

Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiquée au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **01 février 2025**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Gabrielle Lebeau

NAGANO | Approbation du renouvellement par le comité d'éthique
www.cerimv.ca

1 / 2

Exporté le 2024-09-16 11:39 par Cyr, Chantal --- CODE DE VALIDATION NAGANO: uqam-7f459bb-2f95-43d1-be4b-95fac402bf11 <https://uqam.nagano.ca/verification/uqam-7f459bb-2f95-43d1-be4b-95fac402bf11>

Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.

Professeur

Président

Signé le 2024-05-06 à 21:31

ANNEXE D

Questionnaire sociodémographique

N° Famille	Date

Laboratoire d'étude sur le
développement de l'enfant et de sa
famille (LEDEF)

(514) 987-3000 poste 1347

Le projet

PIRATE

Promouvoir l'interaction parent-enfant avec la RétroAction vidéo



Questionnaire de renseignements sociodémographiques

VEUILLEZ RETOURNER LES QUESTIONNAIRES À L'ADRESSE SUIVANTE

Chantal Cyr
Université du Québec à Montréal
Département de psychologie
C.P. 8888, Succ. Centre-Ville
Montréal (QC)
H3C 3P8

Indiquez la date à laquelle le questionnaire est rempli.

JOUR MOIS ANNÉE

Renseignements généraux – Enfants :

1. Indiquez la date de naissance de l'enfant.

JOUR MOIS ANNÉE

2. Indiquez le sexe de l'enfant : Masculin Féminin

3. Votre enfant réside actuellement :

- a) Avec ses deux parents e) En garde partagée
 b) Avec sa mère seulement f) Autre, précisez
 c) Avec son père seulement
 d) Avec son tuteur légal

Fratrie

4. Décrivez tous les enfants de votre famille actuelle (le plus jeune en premier) :

	Sexe	Âge	Biologique	Adopté	Date de naissance	Date d'arrivée si adopté(e)
1 ^{er} enfant			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____ MOIS ANNÉE	_____/_____ MOIS ANNÉE
2 ^e enfant			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____ MOIS ANNÉE	_____/_____ MOIS ANNÉE
3 ^e enfant			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____ MOIS ANNÉE	_____/_____ MOIS ANNÉE
4 ^e enfant			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____ MOIS ANNÉE	_____/_____ MOIS ANNÉE
5 ^e enfant			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____/_____ MOIS ANNÉE	_____/_____ MOIS ANNÉE

Renseignements généraux — Parents

5. Précisez votre parentalité (?)

Parent 1 (vous-même)	Parent 2
<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Mère
<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Père

6. Indiquez votre nationalité d'origine.

Parent

1 : _____

Parent

2 : _____

7. Indiquez la date de naissance du parent 1 et du parent 2 de l'enfant, ainsi que vos âges actuels.

Parent

1: _____ _____ _____ Âge : _____
 JOUR MOIS ANNÉE

Parent

2: _____ _____ _____ Âge : _____
 JOUR MOIS ANNÉE

8. Quel est le statut marital actuel du parent 1 de l'enfant ?

- Marié(e) ou conjoint(e) de fait avec le parent 2 de l'enfant
 Marié(e) ou conjoint(e) de fait avec un(e) conjoint(e) autre que le parent 2
 Divorcé(e), séparé(e), veuve ou célibataire (vivant seule)

Autre (précisez) : _____

9. Quel est le statut marital actuel du parent 2 de l'enfant ?

- Marié(e) ou conjointe de fait avec le parent 1 de l'enfant
 Marié(e) ou conjoint de fait avec une nouvelle conjointe (autre que le parent 1)
 Divorcé(e), séparé(e), veuf(ve) ou célibataire (vivant seul)

Autre (précisez) : _____

Emploi

11. Indiquez dans quelle catégorie se retrouve le revenu annuel brut de votre famille, en tenant compte de toutes les sources de revenus.

Moins de 30 000 \$	<input type="checkbox"/>
Entre 30 000 et 60 000 \$	<input type="checkbox"/>
Entre 60 000 \$ et 90 000 \$	<input type="checkbox"/>
Entre 90 000 \$ et 120 000 \$	<input type="checkbox"/>
Plus de 120 000 \$	<input type="checkbox"/>

Services

12. Avez-vous déjà reçu, ou recevez-vous présentement, des services cliniques professionnels pour des difficultés chez votre enfant (autre que services reçus à la Clinique de développement du CHUSJ), si oui, lequel?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Audiologie |
| <input type="checkbox"/> Psychoéducation | <input type="checkbox"/> Optométrie |
| <input type="checkbox"/> Travail social | <input type="checkbox"/> Médecine |
| <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Physiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

13. Avez-vous déjà participé avec votre enfant à une thérapie parent-enfant ou familiale?

- Non
- Oui,

Renseignements généraux — Parent-enfant

Lisez les énoncés suivants et encerclez la réponse qui décrit le mieux la relation avec votre enfant l'enfant.

	Pas du tout	Pas vraiment	Un peu / pas certain	En accord	Tout à fait en accord
1. J'ai une relation affectueuse et chaleureuse avec mon enfant.	1	2	3	4	5
2. J'ai l'impression que nous avons de la difficulté à nous entendre mon enfant et moi.	1	2	3	4	5
3. S'il est malheureux ou contrarié, mon enfant vient chercher du réconfort auprès de moi.	1	2	3	4	5
4. J'ai du plaisir à être avec mon enfant.	1	2	3	4	5

23. Sur qui pouvez-vous compter si vous avez besoin d'aide ?

Parent 1	Parent 2
<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Ami(e)s	<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Ami(e)s
<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Conjoint(e)
<input type="checkbox"/> Aucune personne <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Aucune personne <input type="checkbox"/> Autre : _____

24. Sur qui pouvez-vous compter pour vous aider si vous êtes fatigué(e) ?

Parent 1	Parent 2
<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Ami(e)s	<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Ami(e)s
<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Conjoint(e)
<input type="checkbox"/> Aucune personne <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Aucune personne <input type="checkbox"/> Autre : _____

25. Avec qui pouvez-vous discuter de vos difficultés ?

Parent 1	Parent 2
<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Ami(e)s	<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Ami(e)s
<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Conjoint(e)
<input type="checkbox"/> Aucune personne <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Aucune personne <input type="checkbox"/> Autre : _____

26. En général, êtes-vous satisfait de l'aide que vous recevez ?

En général, je suis satisfait de l'aide que je reçois.	Non	Moyen	Beaucoup		
Parent 1	1	2	3	4	5
Parent 2	1	2	3	4	5

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, down syndrome, or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109(3), 237-254.
- Abidin, R. R. (1982). Parenting stress and the utilization of pediatric services. *Children's Health Care*, 11(2), 70-73.
- Abidin, R. R. (1990). *Parenting stress index-short form* (Vol. 118). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.
- Abidin, R. R. (1995). Parenting stress index.
- Abidin, R. R. (1997). Parenting Stress Index: a measure of the parent-child system.
- Abidin, R. R. (2012). Parenting stress index-fourth edition (PSI-4). *Lutz, FL: Psychological Assessment Resources*, 3, 1-16.
- Abidin, R. R., & Burke, W. T. (1978). Parenting Stress Index—draft manual. *Unpublished manuscript, University of Virginia, Department of Foundations of Education*.
- Adams, E. L., Smith, D., Caccavale, L. J., & Bean, M. K. (2021). Parents are stressed! Patterns of parent stress across COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 626456.
- Adamson, L. B., Romski, M., Bakeman, R., & Sevcik, R. A. (2010). Augmented language intervention and the emergence of symbol-infused joint engagement.
- Agence de la santé publique du Canada (2022). *Trouble du spectre de l'autisme : Faits saillants de l'enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/trouble-spectre-autisme-enquete-sante-canadienne-enfants-jeunes-2019.html>
- Aiello, S., Leonardi, E., Cerasa, A., Servidio, R., Famà, F. I., Carrozza, C., ... & Ruta, L. (2022). Video-feedback approach improves parental compliance to early behavioral interventions in children with autism spectrum disorders during the COVID-19 pandemic: A Pilot Investigation. *Children*, 9(11), 1710.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *What a strange situation*. na.
- Ainsworth, M. D. S., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory. Behavior of One-year-olds in a Strange situation, *Inbehavior* (Vol. 4, pp. 113-136) London.

- Allen, K., Harrington, J., Quetsch, L. B., Masse, J., Cooke, C., & Paulson, J. F. (2023). Parent–child interaction therapy for children with disruptive behaviors and autism: a randomized clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *53*(1), 390-404.
- Allen, B., Timmer, S. G., & Urquiza, A. J. (2014). Parent–Child Interaction Therapy as an attachment-based intervention: Theoretical rationale and pilot data with adopted children. *Children and Youth Services Review*, *47*, 334-341.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson. Traduction de American Psychiatric Association, 2013
- Azhari, A., Leck, W. Q., Gabrieli, G., Bizzego, A., Rigo, P., Setoh, P., ... & Esposito, G. (2019). Parenting stress undermines mother-child brain-to-brain synchrony: A hyperscanning study. *Scientific Reports*, *9*(1), 11407.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D.L., et al. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries* *67*, No. 6: 1–23.
- Bandura, A. (1997). *Self—efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting stress through the lens of different clinical groups: A systematic review & meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *46*, 449-461.
- Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C., & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical Psychology Review*, *83*, 101944.
- Batool, S. S., & Khurshid, S. (2015). Factors associated with stress among parents of children with autism. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, *25*(10), 752-756.
- Baudry, C., & Tarabulsy, G. M. (2013). A critical examination of the link between the quality of mother-infant interactions and infant cognitive development. In *Poster presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Seattle, WA*.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 83-96.
- Belsky, J., Woodworth, S., & Crnic, K. (1996). Trouble in the second year: Three questions about family interaction. *Child Development*, *67*(2), 556-578.
- Belsky, J., & Fearon, R. P. (2008). Precursors of attachment security. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, *2*, 295-316.
- Beurkens, N. M., Hobson, J. A., & Hobson, R. P. (2013). Autism severity and qualities of parent–child relations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*, 168-178.
- Bigras, M., LaFrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental: manuel francophone en complément à l'édition américaine*. North Tonawanda, N.Y.: Toronto.

- Bitsika, V., & Sharpley, C. F. (2004). Stress, anxiety and depression among parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools, 14*(2), 151-161.
- Biringen, Z., Matheny, A., Bretherton, I., Renouf, A., & Sherman, M. (2000). Maternal representation of the self as parent: Connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attachment & Human Development, 2*(2), 218-232.
- Blondin, A. (2018). *L'efficacité de l'intervention relationnelle auprès de parents adoptifs à l'international et leur enfant: un examen de la sensibilité et de l'investissement parental* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Montréal). Repéré sur: <https://archipel.uqam.ca/11526/1/D3419.pdf>
- Bloomfield, L., & Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research & Development, 13*(4), 364-372.
- Borghouts, J., Eikey, E., Mark, G., De Leon, C., Schueller, S. M., Schneider, M., ... & Sorkin, D. H. (2021). Barriers to and facilitators of user engagement with digital mental health interventions: systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 23*(3), e24387.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (No. 79). Random House.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664.
- Buitelaar, J. K. (1995). Attachment and social withdrawal in autism: Hypotheses and findings. *Behaviour, 132*(5-6), 319-350.
- Cadman, T., Diamond, P. R., & Fearon, R. P. (2018). Reassessing the validity of the attachment Q-sort: An updated meta-analysis. *Infant and Child Development, 27*, 1-54.
- Campis, L. K., Lyman, R. D., & Prentice-Dunn, S. (1986). The parental locus of control scale: Development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology, 15*(3), 260-267.
- Cappe, É., Wolff, M., Bobet, R., & Adrien, J. L. (2012). Étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger: effet de plusieurs variables socio-biographiques parentales et caractéristiques liées à l'enfant. *L'Évolution Psychiatrique, 77*(2), 181-199.
- Capps, L., Sigman, M., & Mundy, P. (1994). Attachment security in children with autism. *Development and Psychopathology, 6*(2), 249-261.
- Canasova, M. F., Frye, R.E., Gillberg, C., & Casanova, E. L. (2020). Comorbidity and autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 617395.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (3^e Ed.). (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press, 2016, 1,061 pp., ISBN 978-1-4625-2529-4.
- Carter, A. S., Messinger, D. S., Stone, W. L., Celimli, S., Nahmias, A. S., & Yoder, P. (2011). A randomized controlled trial of Hanen's 'More Than Words' in toddlers with early autism symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(7), 741-752.

- Cartwright, C., & Beskina, S. (2007). Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate and think.
- Clauser, P., Ding, Y., Chen, E. C., Cho, S. J., Wang, C., & Hwang, J. (2021). Parenting styles, parenting stress, and behavioral outcomes in children with autism. *School Psychology International, 42*(1), 33-56.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health, 24*(2), 126-148.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review, 18*(1), 47-85.
- Colonnesi, C., Wissink, I. B., Noom, M. J., Asscher, J. J., Hoeve, M., Stams, G. J. J. M., & KellaertKnol, M. G. (2013). Basic trust: An attachment-oriented intervention based on mind-mindedness in adoptive families. *Research on Social Work Practice, 23*, 179–188.
- Cossette-Côté, F., Bussièrès, E. L., & Dubois-Comtois, K. (2022). The association between maternal sensitivity/availability and attachment in children with autism Spectrum disorder: A systematic review and Meta-analysis. *Current Psychology, 41*(11), 8236-8248.
- Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., ... & Margari, F. (2016). Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry Research, 242*, 121-129.
- Crawford, A. M., & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(10), 1182-1189.
- Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development, 61*(5), 1628-1637.
- Crnic, K., & Ross, E. (2017). Parenting stress and parental efficacy. *Parental stress and early child development: Adaptive and maladaptive outcomes, 263-284*.
- Cyr, C., Paquette, D., Lopez, L., Dubois-Comtois, K., & Bakermans-Kranenburg, M. (2015). An attachment-based intervention protocol for the assessment of parenting capacities in child welfare cases. *The effectiveness of maltreatment interventions: From at-risk families to out-of-home placements. Philadelphia, PA: Présentation réalisée à la biennale Society for Research in Child Development., Chair*.
- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Paquette, D., Lopez, L., & Bigras, M. (2022). An attachment-based parental capacity assessment to orient decision-making in child protection cases: A randomized control trial. *Child Maltreatment, 27*(1), 66-77.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 1278-1291.

- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical psychology: Science and Practice*, 5(3), 314.
- Deater-Deckard, K. (2008). *Parenting stress*. Yale University Press.
- Denusik, L., Servais, M., Glista, D., Hatherly, K., Moodie, S., Cardy, J. O., ... & Cunningham, B. J. (2023). Families' experiences in the virtual Hanen More Than Words program during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 32(2), 701-716.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Derogatis, L. R. (2001). *Brief symptom inventory 18*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- De Schipper, J. C., & Schuengel, C. Secure Base Safe Haven Observation List. *Journal of Intellectual Disability Research*.
- Doussard-Roosevelt, J. A., Joe, C. M., Bazhenova, O. V., & Porges, S. W. (2003). Mother-child interaction in autistic and nonautistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *Development and Psychopathology*, 15(2), 277-295.
- Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9(4), 416-427.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A., & Moss, E. (2017). Testing the limits: Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Development and Psychopathology*, 29(2), 565-574.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Moss, E., & Vandal, C. (2012). Le placement en famille d'accueil. *Développement Social et Émotionnel chez l'Enfant*, 2, 29-50.
- Eguren, A., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., & Muela, A. (2023). Effects of the Attachment Video-feedback Intervention (AVI) on parents and children at risk of maltreatment during the COVID-19 pandemic. *Child Abuse & Neglect*, 139, 106121.
- Ellison, K. S., Guidry, J., Picou, P., Adenuga, P., & Davis III, T. E. (2021). Telehealth and autism prior to and in the age of COVID-19: A systematic and critical review of the last decade. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 599-630.
- Enea, V., & Rusu, D. M. (2020). Raising a child with autism spectrum disorder: A systematic review of the literature investigating parenting stress. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 13(4), 283-321.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387.

- Esposito, G., del Carmen Rostagno, M., Venuti, P., Haltigan, J. D., & Messinger, D. S. (2014). Brief Report: Atypical expression of distress during the separation phase of the strange situation procedure in infant siblings at high risk for ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 975-980.
- Falk, N. H., Norris, K., & Quinn, M. G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 3185-3203.
- Fardoulis, C., & Coyne, J. (2016). Circle of security intervention for parents of children with autism spectrum disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37(4), 572-584.
- Fearon RMP, Belsky J: Precursors of attachment. Dans *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, 3rd ed. Edited by Cassidy J, Shaver PR. New York: The Guilford Press; 2016:291-313.
- Fedele, D. A., Grant, D. M., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Ryan, J. L. (2010). An examination of the factor structure of parenting capacity measures in chronic illness populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(10), 1083-1092.
- Fernandes, D. V., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2021). The mediating role of parenting stress in the relationship between anxious and depressive symptomatology, mothers' perception of infant temperament, and mindful parenting during the postpartum period. *Mindfulness*, 12, 275-290.
- Fleisher, C. L. (2003). *Mothers' help-seeking regarding their child's behavior and emotions: The role of parenting self-efficacy*. Kent State University.
- Garnett, R., Davidson, B., & Eadie, P. (2022). Telepractice delivery of an autism communication intervention program to parent groups. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 91, 101902.
- Gelfand, D. M., Teti, D. M., & Radin Fox, C. E. (1992). Sources of parenting stress for depressed and nondepressed mothers of infants. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 21(3), 262-272.
- Giallo, R., Fogarty, A., Seymour, M., Skinner, L., Savopoulos, P., Bereznicki, A., ... & Feinberg, M. (2023). Family Foundations To promote parent mental health and family functioning during the COVID-19 pandemic in Australia: A mixed methods evaluation. *Journal of Family Studies*, 29(3), 1002-1021.
- Gray, D. E., & Holden, W. J. (1992). Psycho-social well-being among the parents of children with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 18(2), 83-93.
- Green, J., Charman, T., McConachie, H., Aldred, C., Slonims, V., Howlin, P., ... & Barrett, B. (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 375(9732), 2152-2160.
- Green, J., Charman, T., Pickles, A., Wan, M.W., Elsabbagh, M., Slonims, V., . . . the BASIS team. (2015). Parent-mediated intervention versus no intervention for infants at high risk of autism: a parallel, single-blind, randomised trial. *The Lancet*, 2, 133-140.

- Green, J., Leadbitter, K., Ellis, C., Taylor, L., Moore, H. L., Carruthers, S., ... & Pickles, A. (2022). Combined social communication therapy at home and in education for young autistic children in England (PACT-G): A parallel, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, *9*(4), 307-320.
- Green, J., Wan, M. W., Guiraud, J., Holsgrove, S., McNally, J., Slonims, V., ... & BASIS Team. (2013). Intervention for infants at risk of developing autism: a case series. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*(11), 2502-2514.
- Grimes, L. K. (2012). *The role of parental self-efficacy and parental knowledge in parent-infant interactions and infant behavior during the transition to parenthood* (Doctoral dissertation, Bowling Green State University).
- Goldberg, S. E. (2018). *Connectedness in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: Associations with Maternal Stress, Self-Efficacy, and Empathy*. Mills College.
- Guajardo, N. R., Snyder, G., & Petersen, R. (2009). Relationships among parenting practices, parental stress, child behaviour, and children's social-cognitive development. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, *18*(1), 37-60.
- Haebig, E., McDuffie, A., & Weismer, S. E. (2013a). The contribution of two categories of parent verbal responsiveness to later language for toddlers and preschoolers on the autism spectrum.
- Haebig, E., McDuffie, A., & Ellis Weismer, S. (2013b). Brief report: Parent verbal responsiveness and language development in toddlers on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*, 2218-2227.
- Hamlyn-Wright, S., Draghi-Lorenz, R., & Ellis, J. (2007). Locus of control fails to mediate between stress and anxiety and depression in parents of children with a developmental disorder. *Autism*, *11*(6), 489-501.
- Hansen, S. N., Schnendel, D. E., & Parner, E. T. (2015). Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders: the proportion attributable to changes in reporting practices. *JAMA Pediatrics*, *169*(1), 56-62.
- Harris, L., Gilmore, D., Hanks, C., Coury, D., Moffatt-Bruce, S., Garvin, J. H., & Hand, B. N. (2022). "It was surprisingly equivalent to the appointment I had in person": Advantages and disadvantages of synchronous telehealth for delivering primary care for autistic adults. *Autism*, *26*(6), 1573-1580.
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2006). Factor structure and validity of the parenting stress index-short form. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *35*(2), 302-312.
- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *27*(3), 149-160.
- Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, *47*(Pt 4-5), 231-237.

- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, *107*(3), 222-232.
- Hastings, R. P., Daley, D., Burns, C., & Beck, A. (2006). Maternal distress and expressed emotion: Cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, *111*(1), 48-61.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F. D., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, *35*, 635-644.
- Hatamzadeh, A., Pouretamad, H., & Hassanabadi, H. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy for children with high functioning autism. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *5*, 994-997.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*(3), 629-642.
- Hoppes, K., & Harris, S. L. (1990). Perceptions of child attachment and maternal gratification in mothers of children with autism and Down syndrome. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*(4), 365-370.
- Howes, C., Rodning, C., Galluzzo, D. C., & Myers, L. (1988). Attachment and child care: Relationships with mother and caregiver. *Early Childhood Research Quarterly*, *3*(4), 403-416.
- Howlin, P., Magiati, I., & Charman, T. (2009). Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *114*(1), 23-41.
- Hudry, K., Aldred, C., Wigham, S., Green, J., Leadbitter, K., Temple, K., ... & PACT Consortium. (2013). Predictors of parent-child interaction style in dyads with autism. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(10), 3400-3410.
- Hughes, M. M., Shaw, K. A., DiRienzo, M., Durkin, M. S., Esler, A., Hall-Lande, J., ... & Maenner, M. J. (2023). The Prevalence and Characteristics of Children With Profound Autism, 15 Sites, United States, 2000-2016. *Public Health Reports*, 00333549231163551.
- Ji, S. I., Park, H., Yoon, S. A., & Hong, S. B. (2023). A Validation Study of the CARS-2 Compared With the ADOS-2 in the Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: A Suggestion for Cutoff Scores. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*(1), 45.
- Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2002). The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy*, *3*(2), 227-247.
- Ilias, K., Cornish, K., Kummar, A. S., Park, M. S. A., & Golden, K. J. (2018). Parenting stress and resilience in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Southeast Asia: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *9*, 288865.

- Im-Bolter, N., Anam, M., & Cohen, N. J. (2015). Mother–child synchrony and child problem behavior. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 1876-1885.
- Isa, S. N. I., Ishak, I., Ab Rahman, A., Saat, N. Z. M., Din, N. C., Lubis, S. H., & Ismail, M. F. M. (2016). Health and quality of life among the caregivers of children with disabilities: A review of literature. *Asian Journal of Psychiatry, 23*, 71-77.
- Johansson, M., Svensson, I., Stenström, U., & Massoudi, P. (2017). Depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers 25 months after birth. *Journal of Child Health Care, 21*(1), 65-73.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review, 25*(3), 341-363.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2017). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology, 15*, 189-194.
- Kaiser, J., Hanschmidt, F., & Kersting, A. (2021). The association between therapeutic alliance and outcome in internet-based psychological interventions: a meta-analysis. *Computers in Human Behavior, 114*, 106512.
- Kasari, C., Sigman, M., Mundy, P., & Yirmiya, N. (1988). Caregiver interactions with autistic children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 45-56.
- Keenan, B. M., Newman, L. K., Gray, K. M., & Rinehart, N. J. (2016). Parents of children with ASD experience more psychological distress, parenting stress, and attachment-related anxiety. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*, 2979-2991.
- Khachadourian, V., Mahjani, B., Sandin, S., Kolevzon, A., Buxbaum, J. D., Reichenberg, A., & Janecka, M. (2023). Comorbidities in autism spectrum disorders and their etiologies. *Translational Psychiatry, 13*(1), 71.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Mothers of securely attached children with autism spectrum disorder are more sensitive than mothers of insecurely attached children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(5), 643-650.
- Ku, B., Stinson, J. D., & MacDonald, M. (2019). Parental behavior comparisons between parents of children with autism spectrum disorder and parents of children without autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies, 28*, 1445-1460.
- Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(4), 564-575.
- Kurzrok, J., McBride, E., & Grossman, R. B. (2021). Autism-specific parenting self-efficacy: An examination of the role of parent-reported intervention involvement, satisfaction with intervention-related training, and caregiver burden. *Autism, 25*(5), 1395-1408.

- Lai, W. W., Goh, T. J., Oei, T. P., & Sung, M. (2015). Coping and well-being in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*, 2582-2593.
- Landa, R. J., Holman, K. C., & Garrett-Mayer, E. (2007). Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, *64*(7), 853-864.
- Landrum, M. (2018). U.S. autism rate rises to highest level on record, according to CDC report. John Hopkins University. Repéré sur: <https://hub.jhu.edu/2018/05/01/autism-rates-increase/>
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2006). Responsive parenting: establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental Psychology*, *42*(4), 627.
- Lapointe, M., Poirier, N., & Abouzeid, N. (2020). Le degré de sécurité d'attachement et les comportements problématiques des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Devenir*, *32*(3), 201-228.
- Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, *50*(3), 172-183.
- Lemanek, K. L., Stone, W. L., & Fishel, P. T. (1993). Parent-child interactions in handicapped preschoolers: The relation between parent behaviors and compliance. *Journal of Clinical Child Psychology*, *22*(1), 68-77.
- Lyons, A. M., Leon, S. C., Roecker Phelps, C. E., & Dunleavy, A. M. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *Journal of Child and Family Studies*, *19*, 516-524.
- Madigan, S., Fearon, R. M., van IJzendoorn, M. H., Duschinsky, R., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., ... & Verhage, M. L. (2023). The first 20,000 strange situation procedures: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *149*(1-2), 99.
- Mahoney, G., Kim, J. M., & Lin, C. (2007). Pivotal behavior model of developmental learning. *Infants & Young Children*, *20*(4), 311-325.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.
- Mak, M. C. K., Yin, L., Li, M., Cheung, R. Y. H., & Oon, P. T. (2020). The relation between parenting stress and child behavior problems: Negative parenting styles as mediator. *Journal of Child and Family Studies*, *29*, 2993-3003.
- Marfo, K. (1990). Maternal directiveness in interactions with mentally handicapped children: An analytical commentary. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *31*(4), 531-549.

- Marino, F., Chilà, P., Failla, C., Crimi, I., Minutoli, R., Puglisi, A., ... & Pioggia, G. (2020). Tele-assisted behavioral intervention for families with children with autism spectrum disorders: A randomized control trial. *Brain Sciences, 10*(9), 649.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(4), 313-328.
- Matson, J. L. & Goldin, R. L. (2013). Comorbidity and autism: Trends, topics and future directions. *Research in Autism Spectrum Disorder, 7*(10), 1228-1233.
- McDuffie, A., & Yoder, P. (2010). Types of parent verbal responsiveness that predict language in young children with autism spectrum disorder.
- McStay, R. L., Dissanayake, C., Scheeren, A., Koot, H. M., & Begeer, S. (2014). Parenting stress and autism: The role of age, autism severity, quality of life and problem behaviour of children and adolescents with autism. *Autism, 18*(5), 502-510.
- Meunier, J. C., & Roskam, I. (2007). Psychometric properties of a parental childrearing behavior scale for French-speaking parents, children, and adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(2), 113-124.
- Miller, A. C., Gordon, R. M., Daniele, R. J., & Diller, L. (1992). Stress, appraisal, and coping in mothers of disabled and nondisabled children. *Journal of Pediatric Psychology, 17*(5), 587-605.
- Miletic, K., Servais, M., Cardy, J. O., & Denusik, L. (2024). Do Caregiver Perceptions of the Virtual More Than Words® Program Differ Based on Autistic Children's Attributes?. *American Journal of Speech-Language Pathology, 1*-15.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology, 37*(6), 863.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology, 23*(1), 195-210.
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 117*(1), 48-66.
- 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.
- Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 8*(6), 2380-2479.

- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Joels, T. (2019). Social motivation in children with autism: Support from attachment research. *Behavioral and Brain Sciences*, 42.
- Östberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 615-625.
- Pajareya, K., & Nopmaneejumruslers, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 15(5), 563-577.
- Pan, C. Y., Kuo, T. Y., & Kuo, F. L. (2023). Meta-analysis of effectiveness of parent-mediated telehealth interventions in children with Autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 107, 102209.
- Périard-Larivée, D., Bégin, J-Y. et Bussièrès, E-L. (June 2022). *Mother's perspective on their adaptation in the context of a child's autism : The added layer of autism to their experience of motherhood*. Presented at International Society for the Study of Behavioural Development (ISSBD), Rhodes, Grèce
- Poirier, N., & des Rivières-Pigeon, C. (2013). *Le trouble du spectre de l'autisme: état des connaissances*. Québec : Presses de l'Université du Québec PUQ, p.18-21
- Ponnet, K., Mortelmans, D., Wouters, E., Van Leeuwen, K., Bastaits, K., & Pasteels, I. (2013). Parenting stress and marital relationship as determinants of mothers' and fathers' parenting. *Personal Relationships*, 20(2), 259-276.
- Poslawsky, I. E., Naber, F. B., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Daalen, E., Van Engeland, H., & van Ijzendoorn, M. H. (2015). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI): A randomized controlled trial. *Autism*, 19(5), 588-603.
- Poslawsky, I. E., Naber, F. B., Bakermans-Kranenburg, M. J., De Jonge, M. V., Van Engeland, H., & van Ijzendoorn, M. H. (2014). Development of a video-feedback intervention to promote positive parenting for children with autism (VIPP-AUTI). *Attachment & Human Development*, 16(4), 343-355.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2014). *The circle of security intervention*. New York: Guilford.
- Rezendes, D. L., & Scarpa, A. (2011). Associations between parental anxiety/depression and child behavior problems related to autism spectrum disorders: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Autism Research and Treatment*, 2011.
- Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of stress in parent of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1609-1620.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Friedman, M. (2006). Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(3), 275-285.

- Roberts, M. W., Joe, V. C., & Rowe-Hallbert, A. (1992). Oppositional child behavior and parental locus of control. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*(2), 170-177.
- Rogé, B. (1989). Échelle d'évaluation de l'autisme infantile-version traduite (CARS-T). *EAP/ECPA*.
- Rogers, S. J., Ozonoff, S., & Maslin-Cole, C. (1993). Developmental aspects of attachment behavior in young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(6), 1274-1282.
- Rogers, S. J., Estes, A., Vismara, L., Munson, J., Zierhut, C., Greenson, J., ... & Whelan, F. (2019). Enhancing low-intensity coaching in parent implemented Early Start Denver Model intervention for early autism: A randomized comparison treatment trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(2), 632-646.
- Rogers, S. J., Estes, A., Vismara, L., Munson, J., Zierhut, C., Greenson, J., ... & Whelan, F. (2019). Enhancing low-intensity coaching in parent implemented Early Start Denver Model intervention for early autism: A randomized comparison treatment trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(2), 632-646.
- Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child psychology and Psychiatry, 45*(6), 1123-1134.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry, 147*(6), 598-611.
- Safe, A., Joosten, A., & Molineux, M. (2012). The experiences of mothers of children with autism: Managing multiple roles. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 37*(4), 294-302.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & HalmesmÄäki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29*(3), 219-228.
- Sandbank, M., Bottema-Beutel, K., Crowley, S., Cassidy, M., Dunham, K., Feldman, J. I., ... & Woynaroski, T. G. (2020). Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychological Bulletin, 146*(1), 1.
- Schedule, A. D. O. (2013). (ADOS-2). *Torrance, CA: Western*.
- Schein, S. S., Roben, C. K., Costello, A. H., & Dozier, M. (2023). Assessing changes in parent sensitivity in telehealth and hybrid implementation of Attachment and Biobehavioral Catch-Up during the COVID-19 pandemic. *Child Maltreatment, 28*(1), 24-33.
- Schopler E, Reichler R. & Rothen Renner B. The childhood autism rating scale. Western Psychological Services; 1988.
- Sevigny, P. R., & Loutzenhiser, L. (2010). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child: Care, Health and Development, 36*(2), 179-189.

- Sepa, A., Frodi, A., & Ludvigsson, J. (2004). Psychosocial correlates of parenting stress, lack of support and lack of confidence/security. *Scandinavian Journal of Psychology, 45*(2), 169-179.
- Sharpley, C. F., Bitsika, V., & Efremidis, B. (1997). Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 22*(1), 19-28.
- Shea, S. E., & Coyne, L. W. (2011). Maternal dysphoric mood, stress, and parenting practices in mothers of Head Start preschoolers: The role of experiential avoidance. *Child & Family Behavior Therapy, 33*(3), 231-247.
- Shepherd, D., Landon, J., Taylor, S., & Goedeke, S. (2018). Coping and care-related stress in parents of a child with autism spectrum disorder. *Anxiety, Stress, & Coping, 31*(3), 277-290.
- Shobana, M., & Saravanan, C. (2014). Comparative study on attitudes and psychological problems of mothers towards their children with developmental disability. *East Asian Archives of Psychiatry, 24*(1), 16-22.
- Sigman, M., Mundy, P., Sherman, T., & Ungerer, J. (1986). Social interactions of autistic, mentally retarded and normal children and their caregivers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27*(5), 647-656.
- Siller, M., Swanson, M., Gerber, A., Hutman, T., & Sigman, M. (2014). A parent-mediated intervention that targets responsive parental behaviors increases attachment behaviors in children with ASD: Results from a randomized clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*, 1720-1732.
- Siller, M., & Sigman, M. (2002). The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*, 77-89.
- Siller, M., & Sigman, M. (2008). Modeling longitudinal change in the language abilities of children with autism: parent behaviors and child characteristics as predictors of change. *Developmental Psychology, 44*(6), 1691.
- Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*(4), 349-366.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Setti, A., & Fasolo, M. (2021). Parenting stress during the COVID-19 outbreak: Socioeconomic and environmental risk factors and implications for children emotion regulation. *Family Process, 60*(2), 639-653.
- Solomon, M., Ono, M., Timmer, S., & Goodlin-Jones, B. (2008). The effectiveness of parent-child interaction therapy for families of children on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 1767-1776.
- Stephenson, K. G., Fenning, R. M., Macklin, E. A., Lu, F., Norris, M., Steinberg-Epstein, R., & Butter, E. M. (2023). Child behavior problems and parenting stress in underserved families of children with

- ASD: Investigation of family resources and parenting self-efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(10), 3787-3798.
- Stein, L. I., Foran, A. C., & Cermak, S. (2011). Occupational patterns of parents of children with autism spectrum disorder: Revisiting Matuska and Christiansen's model of lifestyle balance. *Journal of Occupational Science*, 18(2), 115-130.
- Stephenson, K. G., Fenning, R. M., Macklin, E. A., Lu, F., Norris, M., Steinberg-Epstein, R., & Butter, E. M. (2023). Child behavior problems and parenting stress in underserved families of children with ASD: Investigation of family resources and parenting self-efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(10), 3787-3798.
- Strauss, K., Servadio, M., Valeri, G., Casula, L., Vicari, S., & Fava, L. (2022). Association between child behavioural problems and parenting stress in autism spectrum disorders: The role of parenting self-efficacy. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1-10.
- Tachibana, Y., Miyazaki, C., Ota, E., Mori, R., Hwang, Y., Kobayashi, E., ... & Kamio, Y. (2017). A systematic review and meta-analysis of comprehensive interventions for pre-school children with autism spectrum disorder (ASD). *PloS one*, 12(12), e0186502.
- Tarabulsky, G. M., Provost, M. A., Bordeleau, S., Trudel-Fitzgerald, C., Moran, G., Pederson, D. R., ... & Pierce, T. (2009). Validation of a short version of the maternal behavior Q-set applied to a brief video record of mother–infant interaction. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 132-136.
- Teague, S. J., Gray, K. M., Tonge, B. J., & Newman, L. K. (2017). Attachment in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 35, 35-50.
- Ten Hoopen, L. W., de Nijs, P. F., Duvekot, J., Greaves-Lord, K., Hillegers, M. H., Brouwer, W. B., & Hakkaart-van Roijen, L. (2020). Children with an autism spectrum disorder and their caregivers: Capturing health-related and care-related quality of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 263-277.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62(5), 918-929.
- Tharner, A., Luijk, M. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., ... & Tiemeier, H. (2012). Infant attachment, parenting stress, and child emotional and behavioral problems at age 3 years. *Parenting*, 12(4), 261-281.
- Touati, C. D., Dubois-Comtois, K., Sirparanta, A. E., Deborde, A.-S., Tarabulsky, G. M., Miljkovitch, R. (2023). *Apport de l'intervention relationnelle en contexte de protection de l'enfant*. Rapport final. Observatoire National de la protection de l'enfance.
https://onpe.gouv.fr/system/files/ao/rapport_final_onpe_cdt.pdf
- Tsai, W. C., Tsai, J. L., & Shyu, Y. I. L. (2008). Integrating the nurturer–trainer roles: Parental and behavior/symptom management processes for mothers of children with autism. *Social Science & Medicine*, 67(11), 1798-1806.

- Vondra, J., & Belsky, J. (1993). Development origins of parenting: Personality and development factors. *Parenting: An Ecological Perspective*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Van IJzendoorn, M. H., Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H., Van Daalen, E., Dietz, C., ... & Van Engeland, H. (2007). Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: Comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Development*, 78(2), 597-608.
- 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), 225-250.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., Wang, Q., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2023). Improving parenting, child attachment, and externalizing behaviors: Meta-analysis of the first 25 randomized controlled trials on the effects of video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline. *Development and Psychopathology*, 35(1), 241-256.
- Van IJzendoorn, M. H., Vereijken, C. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Marianne Riksen-Walraven, J. (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.
- Verhage, M. L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R. M., Oosterman, M., Cassibba, R., ... & van IJzendoorn, M. H. (2016). Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychological Bulletin*, 142(4), 337.
- Vess, S. F., & Campbell, J. M. (2022). Parent-child interaction therapy (PCIT) with families of children with autism spectrum disorder. *Autism & Developmental Language Impairments*, 7, 23969415221140707.
- Vik, K., & Rohde, R. (2014). Tiny moments of great importance: The Marte Meo method applied in the context of early mother-infant interaction and postnatal depression. Utilizing Daniel Stern's theory of 'schemas of being with' in understanding empirical findings and developing a stringent Marte Meo methodology. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(1), 77-89.
- Vismara, L. A., McCormick, C. E., Wagner, A. L., Monlux, K., Nadhan, A., & Young, G. S. (2018). Telehealth parent training in the Early Start Denver Model: Results from a randomized controlled study. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 33(2), 67-79.
- Vivanti, G., & Nuske, H. J. (2017). Autism, attachment, and social learning: Three challenges and a way forward. *Behavioural Brain Research*, 325, 251-259.
- Wang, L., Li, D., Pan, S., Zhai, J., Xia, W., Sun, C., & Zou, M. (2021). The relationship between 2019-nCoV and psychological distress among parents of children with autism spectrum disorder. *Globalization and Health*, 17, 1-14.
- Waters, E., & Deane, K. E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 41-65.

- Weiss, J. A., Robinson, S., Fung, S., Tint, A., Chalmers, P., & Lunskey, Y. (2013). Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(11), 1310-1317.
- Wetherby, A. M., Prizant, B. M., & Hutchinson, T. A. (1998). Communicative, social/affective, and symbolic profiles of young children with autism and pervasive developmental disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology, 7*(2), 79-91.
- White, S. W., Stoppelbein, L., Scott, H., & Spain, D. (2021). It took a pandemic: Perspectives on impact, stress, and telehealth from caregivers of people with autism. *Research in Developmental Disabilities, 113*, 103938.
- Wieder, S. (2013). The sensory-motor affect connection to progress. *Neurobiology, Diagnosis and Treatment in Autism An Update, 26*, 147.
- Willemsen-Swinkels, S. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Buitelaar, J. K., van Ijzendoorn, M. H., & Van Engeland, H. (2000). Insecure and disorganised attachment in children with a pervasive developmental disorder: Relationship with social interaction and heart rate. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41*(6), 759-767.
- Wilson, S. R., Gettings, P. E., Guntzviller, L. M., & Munz, E. A. (2014). Parental self-efficacy and sensitivity during playtime interactions with young children: Unpacking the curvilinear association. *Journal of Applied Communication Research, 42*(4), 409-431.
- Yan, N., Ansari, A., & Peng, P. (2021). Reconsidering the relation between parental functioning and child externalizing behaviors: A meta-analysis on child-driven effects. *Journal of Family Psychology, 35*(2), 225.
- Yorke, I., White, P., Weston, A., Rafla, M., Charman, T., & Simonoff, E. (2018). The association between emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder and psychological distress in their parents: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(10), 3393-3415.
- Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Zumbo, B. D., Georgiades, S., Szatmari, P., Bryson, S., ... & Volden, J. (2011). Factor analysis of the Parenting Stress Index-Short Form with parents of young children with autism spectrum disorders. *Autism Research, 4*(5), 336-346.
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., ... & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research, 15*(5), 778-790.