

Le degré de sécurité d'attachement et les comportements problématiques des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme

Attachment security and behavioral disorders of children with ASD

Marilyn Lapointe¹, Nathalie Poirier² et Nadia Abouzeid³

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*, vol. 32(3), 201-228. doi: 10.3917/dev.203.0201

Introduction

L'attachement se conceptualise comme le lien affectif qu'un enfant développe avec son principal donneur de soins au cours des premières années de vie (Ainsworth, Blehar et Waters 1978; Bowlby, 1969). La création de ce lien affectif, découlant des premières expériences relationnelles, est tributaire, entre autres, de la qualité des réponses parentales aux besoins de l'enfant et particulièrement au degré de sensibilité parentale. Cette sensibilité se définit par la capacité du parent à reconnaître les signaux émis par l'enfant, leur donner une signification juste et lui offrir une réponse appropriée, et ce dans un délai raisonnable (Ainsworth, *et al.*, 1978). Le patron d'attachement que présente l'enfant à la suite de ses premières expériences reflète ses anticipations à l'égard de la réponse parentale (Moss et Saint-Laurent, 2001). Le trouble du spectre de l'autisme (TSA), quant à lui, se caractérise par la présence de déficits de la communication sociale ainsi que par des comportements restreints et répétitifs (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les troubles de la communication sociale sont représentés par des déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle illustrés par des lacunes en ce qui a trait à la conversation bidirectionnelle, des difficultés à partager des intérêts, des émotions ou une incapacité à initier ou à répondre à des interactions sociales (APA, 2013). Un contact visuel pauvre, des déficits dans la compréhension et l'utilisation de gestes, et à l'extrême une absence totale d'expression faciale constituent d'autres

¹ BSc, Université du Québec à Montréal, Pavillon Adrien-Pinard 100, rue Sherbrooke Ouest, Montréal, H2X 3P2
lapointe.marilyn@courrier.uqam.ca

² Nathalie Poirier, Ph.d, UQAM, professeure associée

³ Nadia Abouzeid, Ph.d, UQAM, professeure associée.

symptômes du TSA (APA, 2013). En ce qui concerne le caractère plus restreint et répétitif des comportements, certains enfants présentant un TSA peuvent avoir des intérêts anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but. Ils peuvent également avoir une intolérance au changement, une adhésion inflexible à des routines ou peuvent éprouver des difficultés lors des transitions. Un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement ou une hyper- ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles peuvent également être notés chez certains d'entre eux. Par ailleurs, il est inscrit que, dans 70 % des cas, le TSA s'accompagne d'autres problématiques telles que le déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles anxieux et dépressifs ou encore les troubles structurels du langage (APA, 2013).

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

Contexte théorique

Trouble du spectre de l'autisme

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est caractérisé par deux catégories de symptômes situées sur un continuum à trois degrés de sévérité et se différenciant par le niveau de soutien nécessaire au fonctionnement quotidien. Ces deux catégories sont les troubles de la communication sociale (combinant les problèmes sociaux et de communication) et les comportements restreints et répétitifs. Pour poser un diagnostic, les symptômes doivent être présents dès la petite enfance, mais peuvent se manifester de façon plus évidente lorsque la limitation des capacités empêche l'enfant de répondre aux exigences sociales (APA, 2013). En ce qui a trait aux trois degrés de sévérité des symptômes, la classification dépend de l'importance de l'aide que l'enfant nécessite en ce qui a trait aux comportements et aux intérêts ainsi qu'à la communication

et l'interaction sociales dans différents contextes (niveau 1: «nécessitant de l'aide»; niveau 2: «nécessitant une aide importante»; niveau 3: «nécessitant une aide très importante») (APA, 2013).

Attachement

Dès la naissance, les bébés émettent des comportements d'attachement (Guédénéy, 2002). Ces manifestations innées visent à augmenter la proximité ou à maintenir le contact avec son principal donneur de soins (la figure d'attachement) (Bisaillon et Breton, 2011). Ceux-ci se manifestent principalement lorsque le sentiment de sécurité de l'enfant est menacé. Il s'agit, à titre d'exemple, de pleurs, de sourires, de comportements d'imitation, de câlins permettant d'induire ou de maintenir le contact avec son donneur de soins (Bowlby, 1978). Le modèle d'attachement de l'enfant diffère selon la sensibilité du donneur de soins à répondre aux besoins et aux signaux de l'enfant pendant les premières années de sa vie (Bowlby, 1969).

Attachement sécurisant

Les enfants dont la figure d'attachement est sensible à leurs besoins et à leurs signaux développent un modèle d'attachement sécurisant basé sur *a*) la confiance en la disponibilité ou en la fiabilité de la figure d'attachement, *b*) la probabilité de recevoir d'elle de l'affection et *c*) l'assurance qu'elle représente une base de sécurité pour explorer son environnement (Ainsworth, 1978). En grandissant, les enfants présentant un modèle d'attachement sécurisant sont généralement des enfants capables d'intégrer et de traiter de manière flexible leurs sentiments, leurs comportements et leurs pensées lorsqu'un problème se présente. De façon générale, l'enfant trouve rapidement une solution en ayant d'abord recours au parent. Lorsqu'il est calmé ou réconforté, il montre de l'autonomie, un sentiment d'efficacité et une confiance en soi assez élevée pour réussir éventuellement à résoudre des problèmes par lui-même (Moss et Saint-Laurent, 2001).

Attachement insécurisant¹

Les enfants dont la figure d'attachement adopte des comportements distants, inconstants, effrayants ou négligents développent un modèle d'attachement insécurisant. Ces enfants privilégient soit 1) des comportements d'exploration accrue (p. ex., minimisation des contacts physiques, fuite de la figure d'attachement, comportements téméraires ou dangereux,

1. Il est important de faire une distinction entre les modèles d'attachement (sécurisant ou insécurisant évitant, ambivalent ou désorganisé et le « Trouble réactionnel de l'attachement » du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5)). Les modèles d'attachement insécurisant ne constituent pas un diagnostic de trouble neurodéveloppemental. Ce sont des facteurs de risque souvent associés à diverses psychopathologies ou à divers comportements problématiques s'observant tout au long de la vie, dès la petite enfance (Cyr, Dubois-Comtois, Moss et Tarabulsky, 2014).

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

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

Tableau 1 – Portrait des enfants présentant un attachement insécurisant

Figure d'attachement insécurisante	Distante	Inconstante	Effrayante/négligente
Interactions sociales	<ul style="list-style-type: none"> Minimisation de la proximité Instrumentales 	<ul style="list-style-type: none"> Maximisation de la proximité Dépendance 	<ul style="list-style-type: none"> Approche contradictoire, confuse et désorientée
Comportements (à l'approche du parent)	<ul style="list-style-type: none"> Isolation Comportements à risque (beaucoup d'exploration) 	<ul style="list-style-type: none"> Immatures Négatifs Colériques Manque d'autonomie Anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> Incomplets Agressifs Étranges Peur Stéréotypés Difficulté à accepter l'autorité
Cognitions	<ul style="list-style-type: none"> Autorégulation des émotions Apprentissage autonome 	<ul style="list-style-type: none"> Régulation émotionnelle faible Suractivation des émotions Difficultés d'apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> Déficits métacognitifs Dissociation cognitive Estime de soi très faible
Modèles d'attachement insécurisant chez l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> Évitant 	<ul style="list-style-type: none"> Ambivalent 	<ul style="list-style-type: none"> Désorganisé

Kalkowske et Susman-Stillman, 1996). Ainsi, ces exigences plus élevées pour la figure d'attachement peuvent compromettre le développement d'un modèle d'attachement sécurisant entre l'enfant et celle-ci. Le risque que l'enfant développe un modèle d'attachement insécurisant pourrait donc également provenir de certaines exigences élevées inhérentes à un trouble neurodéveloppemental chez l'enfant tel qu'un TSA (Adam, Gunnar, et Tanaka, 2004).

Attachement et trouble du spectre de l'autisme

Jusqu'à maintenant, les données des études portant sur l'attachement des enfants présentant un TSA divergent (Beurkens, Hobson et Hobson, 2001; Capps, Sigman et Mundy, 1994; Chandler et Dissanayake, 2014; Davidson, O'Hare, Mactaggart, Green, Young, Gilberg et Minnis, 2015; Grzadzinski, Lord, Luyster et Spencer, 2014; Koren-Karie, Oppenheim, Dolev et Yirmiya, 2009; Oppenheim, *et al.*, 2012; Naber, Swinkels, Buitelaar, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Dietz et Engeland, 2007; Persini, Viellard, Chatel, Borwell et Poinso, 2013; Rutgers, *et al.*, 2004). Bien que la plupart des études référées ci-haut mettent en évidence que les enfants présentant un TSA émettent des comportements d'attachement envers leur figure parentale, le désaccord entre les auteurs porte sur la prédominance d'un modèle d'attachement (sécurisant ou insécurisant de type évitant, ambivalent ou désorganisé) au sein de cette population. Pour certains, l'attachement insécurisant (tous types confondus) caractérise la relation entre les enfants présentant un TSA et leur figure d'attachement (Capps, Sigman et Mundy, 1994; Oppenheim, *et al.*, 2012). Pour d'autres, ce seraient plutôt certains aspects de la qualité du lien d'attachement sécurisant qui s'avèrent fortement altérés (coordination, communication, expression émotionnelle, sensibilité/réponses appropriées, tension, humeur et plaisir partagé) (Rutgers, *et al.*, 2004). Toutefois, l'ensemble des auteurs souligne que les difficultés sociales des enfants présentant un TSA ont une influence sur les comportements d'attachement de ceux-ci envers leur figure d'attachement (Beurkens, Hobson et Hobson, 2001; Capps, Sigman et Mundy, 1994; Chandler et Dissanayake, 2014; Davidson, O'Hare, Mactaggart, Green, Young, Gilberg et Minnis, 2015; Grzadzinski, Lord, Luyster et Spencer, 2014; Koren-Karie, Oppenheim, Dolev et Yirmiya, 2009; Oppenheim, *et al.*, 2012; Naber, Swinkels, Buitelaar, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Dietz et Engeland, 2007; Persini, Viellard, Chatel, Borwell et Poinso, 2013; Rutgers, *et al.*, 2004).

Stress parental

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

Sévérité du trouble du spectre de l'autisme

Plusieurs auteurs affirment la présence d'un lien entre l'attachement et la sévérité du TSA, en s'appuyant sur les altérations des interactions sociales ainsi que sur les troubles de communication influençant la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement. Ces auteurs soulignent que plus l'enfant est dans l'incapacité à exprimer ses attentes, plus il sera difficile pour la mère de comprendre et de répondre à ses besoins et plus l'enfant risque d'adopter un modèle d'attachement insécurisant (Akdemir, *et al.*, 2009; Dilalla, 1990; Naber, 2007; Rutgers, 2004, van IJzendoorn, 2007). D'autres infirment ce lien. À titre d'exemple, Rogers *et al.* (1991) émettent l'hypothèse que les altérations des interactions sociales n'entravent pas la formation de l'attachement. Selon ces chercheurs, l'attachement se construit principalement par des comportements tels que la proximité et le contact physique. Ces auteurs confirment leur hypothèse grâce à une étude produite auprès de 32 enfants présentant un TSA.

Comportements problématiques

Un certain nombre d'enfants présentant un TSA manifestent des comportements problématiques. Certains d'entre eux sont inhérents au TSA tels que la résistance face aux changements ou la présence d'intérêts restreints et fixes, anormaux dans leur intensité et dans leur but (APA, 2013). Par ailleurs, les enfants présentant un TSA risquent d'avoir d'autres comportements problématiques en lien aux troubles associés, tels que le trouble anxieux, le trouble obsessionnel compulsif, le TDAH, ou encore différents troubles des apprentissages (Gjevik, Eldevik, Fjæran-Granum, et Sponheim, 2011; Leyfer, *et al.*, 2006; Healy, Leader et Mannion, 2013; Mattila, *et al.*, 2010; Fateh et Mukaddes, 2010; Hergüner, Mukaddes, et Tanidir, 2010; Simonoff, *et al.*, 2008). Selon Kamphaus et Reynolds (2015), les comportements problématiques sont définis comme des problèmes internalisés et des problèmes externalisés perturbant le fonctionnement de l'enfant. Les comportements problématiques font ainsi référence à toutes actions qui sont jugées problématiques parce qu'elles s'écartent des normes sociales, culturelles ou développementales et qui sont préjudiciables à la personne ou à son environnement social ou physique (Garcin, Leclair, Sabourin et Tassé, 2010). Les comportements d'hyperactivité, d'agressivité, d'anxiété,

de dépression, de somatisation, d'inattention, d'anomalie et de retrait définis par Kamphaus et Reynolds (2015) sont présentés ici-bas.

Les comportements d'hyperactivité sont définis par une tendance de l'enfant à être excessivement actif, à se précipiter dans le travail ou dans les activités et à agir sans penser (Kamphaus et Reynolds, 2015). À titre d'exemple, les enfants présentant des comportements d'hyperactivité peuvent manquer de contrôle de soi, jouer constamment avec des objets, se tortiller sur leur siège, remuer souvent les mains ou les pieds, interrompre les autres, ou encore avoir du mal à attendre leur tour. Chez les enfants ayant un TSA, la présence de comportements hyperactifs (associés souvent à des comportements d'inattention) varie entre 15 % et 80 %, selon la méthode de recherche utilisée (Frazier, *et al.*, 2001; Goldsteins et Schwebach, 2004; Joshi, *et al.*, 2010; Kim, *et al.*, 2000). Les comportements d'agressivité, quant à eux, sont définis par la tendance à porter un préjudice physique ou émotionnel à autrui ou à la propriété d'autrui (Kamphaus et Reynolds, 2015). Une récente étude montre que la prévalence de l'agressivité sur autrui chez les enfants présentant un TSA est de 60 % (Charfi, Halayem, Touati et Bouden, 2016). Ces comportements d'agressivité peuvent se présenter lors d'une frustration ou peuvent résulter en un comportement d'automutilation. Les comportements liés à l'anxiété se traduisent par une tendance à être nerveux, craintif ou inquiet face à des problèmes réels ou imaginés. La mesure des comportements d'anxiété inclut des éléments associés aux phobies, à la dépréciation de soi et à la nervosité (Kamphaus et Reynolds, 2015). Selon les résultats de l'étude de Bradley *et al.* (2004), 42 % des personnes ayant un TSA atteignent un seuil significatif d'anxiété. Les comportements associés à la dépression, quant à eux, se mesurent par une variété de symptômes, notamment les changements d'humeur soudains, la négativité et la tristesse. Les sentiments de tristesse et de stress qui en résultent peuvent causer une incapacité à accomplir les activités quotidiennes ou engendrer des pensées suicidaires (Kamphaus et Reynolds, 2015). La proportion de dépression chez les enfants présentant un TSA est évaluée à 17 %, selon Kim *et al.* (2000). En ce qui a trait aux comportements de somatisation, ceux-ci se définissent par la tendance de l'enfant à être excessivement sensible et à se plaindre de problèmes ou de douleurs physiques relativement mineurs et à exagérer la fréquence de divers malaises physiques. Ces comportements comprennent la peur d'être malade et les plaintes concernant la santé (Kamphaus et Reynolds, 2015). Aucune étude, à ce jour, n'a rapporté le

taux de prévalence des comportements de somatisation chez les enfants présentant un TSA. Les comportements liés à l'inattention se mesurent par l'incapacité d'un enfant à maintenir l'attention et la tendance à facilement se laisser distraire des tâches qui demandent de la concentration (Kamphaus et Reynolds, 2015). Selon Stoddart et ses collaborateurs, 15 % des personnes présentant un TSA présentent un trouble déficitaire de l'attention (Stoddart, *et al.*, 2013). Les comportements d'anomalie se mesurent par la tendance d'une personne à agir de façon étrange ou anormale telle que le manque de conscience de l'enfant face à son environnement (p. ex., ne pas avoir conscience de la présence des autres, dire des choses qui n'ont pas de sens, agir comme si les autres n'existaient pas) (Kamphaus et Reynolds, 2015). De plus, des comportements tels que mastiquer des objets non comestibles, se frapper la tête sur quelque chose, se parler à soi-même ou exprimer des émotions qui ne concordent pas avec le contexte sont des comportements d'anomalie particulièrement présents chez les enfants ayant un TSA (Hass, *et al.*, 2012; Volker, *et al.*, 2010). Enfin, les comportements de retrait se mesurent par la tendance de l'enfant à éviter le contact social et à ne pas avoir envie d'établir de liens dans un contexte social. Les comportements liés à la timidité, à la difficulté à se faire des amis et au fait de préférer être seul en font partie (Kamphaus et Reynolds, 2015). Comme pour les comportements d'anomalie, les comportements de retrait sont associés aux enfants ayant reçu un diagnostic du TSA (Hass, *et al.*, 2012; Volker, *et al.*, 2010).

Objectifs

Cette étude évalue les liens qui existent entre le degré de sécurité d'attachement² des enfants ayant un TSA et la présence de certains comportements problématiques tels que préalablement définis. L'hypothèse principale de cette étude réside en l'établissement d'un lien entre la diminution du degré de sécurité d'attachement des enfants ayant un TSA et l'augmentation de la présence de comportements problématiques chez ces derniers. Plus spécifiquement les objectifs sont les suivants :

1. Décrire les comportements d'attachement des enfants présentant un TSA.
2. Établir les liens entre le degré de sécurité d'attachement des enfants présentant un TSA et la présence de certains comportements problématiques, soit les comportements d'hyperactivité, d'agressivité,

² L'outil utilisé pour mesurer l'attachement des enfants de cette étude (*Secure Base Safe Haven Observation list*) utilise le terme « degré de sécurité d'attachement » en termes de comparaison entre les sujets en fonction du score obtenu suite aux réponses aux 20 items répondus par le parent sur une échelle de Likert à 7 points.

d'anxiété, de dépression, de somatisation, d'inattention, d'anomalie et de retrait.

3. Établir les liens entre le degré de sécurité d'attachement, la présence de différents comportements problématiques, le niveau de sévérité de l'autisme ainsi que le niveau de stress parental.

Méthode

Participants

Les participants de cette étude sont 39 parents d'enfants présentant un TSA (37 mères et 2 pères). Chaque participant représente la figure principale d'attachement de l'enfant; ce qui veut dire que le parent participant est le principal donneur de soins de l'enfant depuis sa naissance ou, du moins, pendant la plus grande partie de son développement. L'ensemble des parents ont présentement la garde à temps complet de leur enfant ($n = 37$) ou encore la garde partagée ($n = 2$) (une semaine sur deux ou l'équivalent). Les parents ont entre 25 et 54 ans ($M = 38$ ans; $ET = 6,6$) et il s'agit de participants d'origine canadienne ($n = 29$), européenne ($n = 3$), vietnamienne ($n = 1$), arabe ($n = 4$), africaine ($n = 1$) et latino-américaine ($n = 1$). Leur enfant est âgé entre 4 et 12 ans ($M = 7$ ans; $ET = 2,3$). Sur les 39 enfants, 31 sont des garçons et 8 sont des filles. Tous les enfants présentent un TSA. En plus de leur TSA, certains enfants ont un autre diagnostic émis par un professionnel tel qu'un TDAH ($n = 8$), un trouble de la communication ($n = 3$) ou un trouble anxieux ($n = 4$). Près de la moitié de ces enfants prennent une médication pour leur diagnostic associé ($n = 16$). Par ailleurs, la plupart des enfants sont verbaux ($n = 33$) et communiquent à l'aide de mots isolés ($n = 5$) ou par phrases complètes ($n = 28$). Les 6 autres enfants sont non verbaux.

Procédure

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

Recrutement

Diverses associations et cliniques de psychologie offrant des services aux enfants ayant un TSA ont été contactées et ont reçu une lettre les sollicitant à transmettre aux parents d'enfants présentant un TSA une invitation à participer à l'étude. De plus, une sollicitation par l'entremise des réseaux sociaux a également été effectuée. Les parents intéressés

ont contacté la chercheuse principale par courriel. Dans un premier temps, les parents ont reçu un lien les menant au formulaire de consentement leur décrivant les objectifs de l'étude ainsi que les considérations éthiques.

Mesures

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

Fiche signalétique

Les parents ont complété une fiche signalétique de 26 questions d'ordre sociodémographique recueillant des informations sur eux-mêmes, telles que leur origine ethnique, leur statut marital et leur niveau de scolarité, ainsi que des informations concernant leur enfant telles que la présence d'un autre diagnostic, le niveau de propreté et la prise d'une médication.

Secure Base Safe Haven Observation list (SBSHO)

La traduction française de la liste d'observation *Secure Base Safe Haven Observation list* (SBSHO) a été utilisée dans le cadre de cette étude (Cyr et Morin, 2016). À l'origine, la SBSHO créée par De Schipper et Schuengel (2006) est une liste d'observation pour les intervenants travaillant au quotidien en maison de réadaptation avec des enfants et adolescents présentant une DI. Le questionnaire évalue les comportements d'attachement à l'aide d'une liste de 20 items à observer par l'intervenant et à coter sur une échelle de Likert de 7 points. Un score élevé indique que des comportements d'attachement de type sécurisant caractérisent l'enfant évalué (De Schipper et Schuengel, 2010). Il s'agit d'une adaptation de l'outil *Attachment Q-sort* (Waters, 1995) qui comprend des items supplémentaires reflétant les comportements d'attachement d'enfants et d'adolescents présentant une DI (p. ex., « Quand l'enfant est malade ou a de la douleur, il reste plus près de moi que les autres jours. »). L'outil de De Schipper et Schuengel (2006) possède une excellente cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,97. Enfin, dans le cadre de cette étude, les items de la liste ont été ajustés afin qu'un parent puisse y répondre.

Behavior Assessment System for Children, Third Edition (BASC-3)

La version francophone du *Behavior Assessment System for Children, Third Edition* (BASC-3), a été utilisée afin d'établir le profil comportemental des enfants ayant un TSA. Le BASC-3 créé par Reynolds et Kamphaus (2015) permet d'identifier différents comportements problématiques de l'enfant observés par le parent. Les questionnaires pour les enfants de 0 à 6 ans, ceux pour les enfants de 6 à 11 ans et ceux pour les enfants de 12 ans et plus ont été utilisés. Les différentes composantes mesurées dans le cadre de cette étude sont les comportements liés à l'hyperactivité, l'agressivité, l'anxiété et la dépression, la somatisation, l'inattention, l'anomalie, ainsi que le retrait. Le BASC-3 emploie des questions dont les réponses se mesurent à l'aide de l'échelle de Likert de 4 points et peuvent être remplies en dix à vingt minutes (Reynolds et Kamphaus, 2015). Le BASC-3 possède une excellente cohérence interne avec des coefficients alpha de Cronbach entre 0,80 et 0,90 pour les différentes composantes mesurées. La fidélité test-retest de l'outil est également très élevée avec des coefficients de corrélation entre 0,80 et 0,90 (Reynolds et Kamphaus, 2015).

Autism Spectrum Rating Scales (ASRS)

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

Indice de mesure du stress parental (ISP-4)

Le questionnaire *Parental Stress Index-4* (PSI-4) créé par Abidin (1983) et traduit en français au Québec en l'*Indice de mesure du stress parental* (ISP-4) par Bigras et LaFrenière (1996) permet, selon la perception du parent, de mesurer le stress parental quant : a) aux caractéristiques de son enfant, b) aux caractéristiques du parent et c) aux interactions entre le parent et son enfant. L'ISP-4 est utilisé auprès des parents d'enfant âgé entre 1 mois et 12 ans. L'ISP-4 possède une bonne cohérence interne avec des coefficients alpha de Cronbach de 0,78 à 0,88 pour les sous-échelles du domaine de l'enfant et de 0,75 à 0,87 pour les sous-échelles du domaine du parent. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,96 en ce qui concerne le score de stress total (Abidin, 1983). L'outil possède également une excellente fidélité test-retest avec un coefficient de corrélation de 0,96 quant au score de stress total (Abidin, 1983).

Résultats

Description des comportements d'attachement des enfants présentant un TSA

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

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

Afin d'établir des liens entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de comportements problématiques des enfants (hyperactivité, agressivité, anxiété, dépression, somatisation, inattention, anomalie et retrait), des corrélations de Pearson ont été établies à l'aide de la version 25 du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) produite par la compagnie *International Business Machines Corporation* (IBM). Le tableau 2 rapporte les corrélations entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements problématiques de l'enfant. Ainsi, une corrélation négative et significative de taille moyenne est établie entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de comportements de retrait social chez l'enfant ($r(39) = -0,33$; $p = 0,037$). Ces résultats indiquent que plus le degré de sécurité d'attachement de l'enfant envers son parent est élevé, moins celui-ci risque de présenter des comportements de retrait social. De plus, les résultats témoignent d'une corrélation positive et significative de taille moyenne à grande entre le degré de sécurité d'attachement et les comportements d'anxiété chez les enfants ($r(39) = 0,38$; $p = 0,0017$). Ainsi, cette corrélation positive indique que plus l'enfant démontre un degré d'attachement élevé à son parent, plus celui-ci présente des comportements en lien avec l'anxiété. Finalement, une corrélation négative de taille moyenne est établie entre le degré de sécurité d'attachement et la présence de symptômes liés à un trouble d'attention chez l'enfant tel que défini par le BASC-3. Cependant, cette corrélation n'est pas statistiquement significative ($r(39) = -0,28$; $p = 0,082$), en lien possiblement à la petite taille d'échantillon. Les résultats indiquent donc que plus le degré d'attachement des enfants est élevé, moins les comportements liés au trouble d'attention sont présents chez ces derniers.

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

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

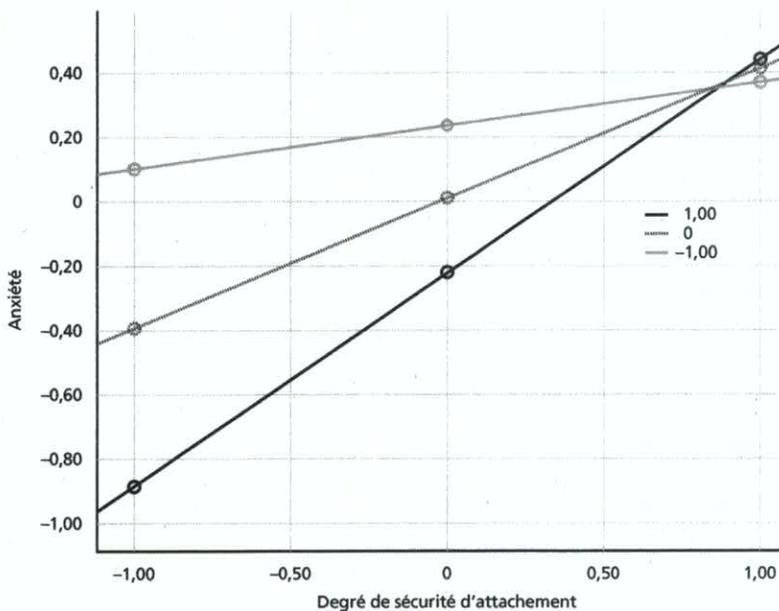
*La corrélation est significative au niveau $p=0,05$ (bilatéral)

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

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

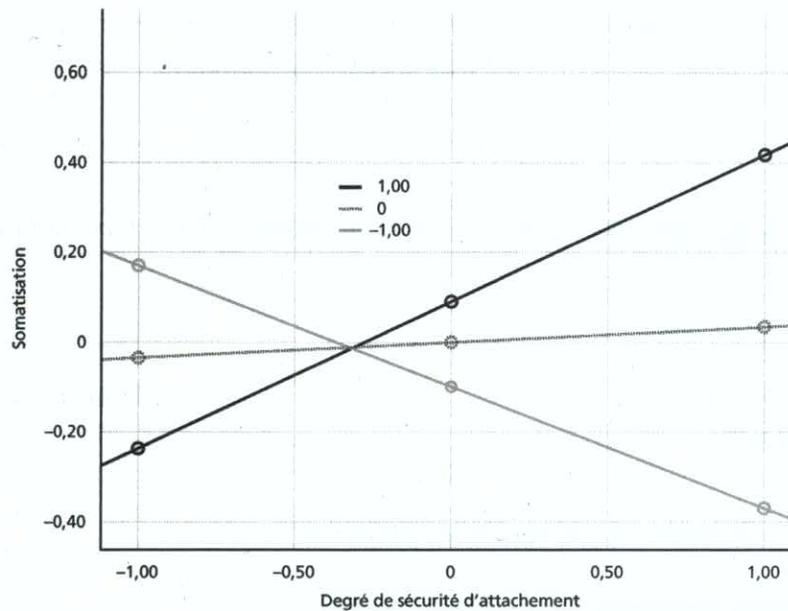
Dans un premier temps, pour répondre au troisième objectif, des analyses de modérations ont été produites afin de vérifier si le stress parental ainsi que le niveau de sévérité de l'autisme ont une influence sur les corrélations précédentes. Tout d'abord, un effet modérateur de taille moyenne de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre l'attachement et l'anxiété est soulevé (voir figure 1). En effet, la figure 1 illustre que lorsque la sévérité des symptômes du TSA est grande ou moyenne, plus le degré de sécurité d'attachement et l'anxiété chez l'enfant sont positivement corrélés. En d'autres mots, l'augmentation du degré de sécurité d'attachement est liée à une augmentation de l'anxiété seulement lorsque la sévérité des symptômes du TSA est grande ou moyenne. De plus, un effet modérateur de taille moyenne de

Figure 1. L'effet modérateur de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre l'attachement et l'anxiété



-1,0: R^2 linéaire = 1,0; 0: R^2 linéaire = 1,0; 1,0: R^2 linéaire = 1,0.

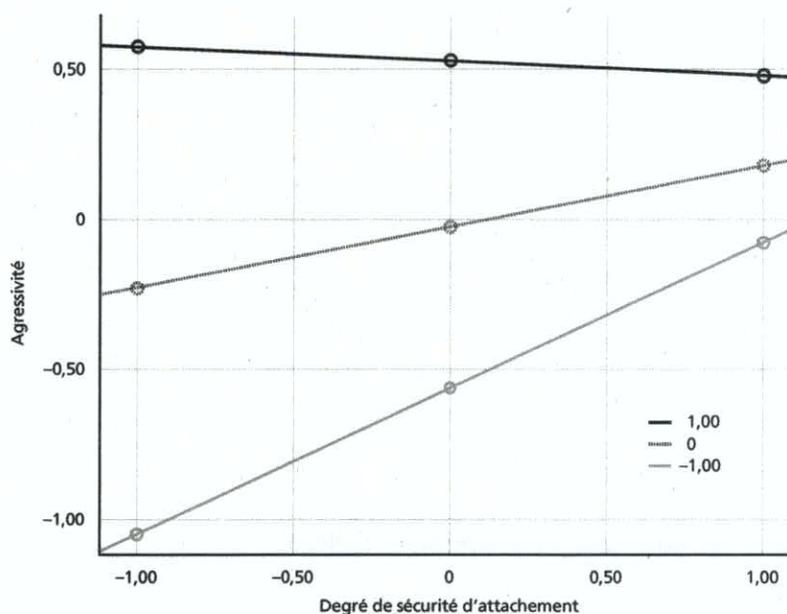
Figure 2. L'effet modérateur de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre l'attachement et la somatisation



-1,0: R² linéaire = 1,0; 0: R² linéaire = 1,0; 1,0: R² linéaire = 1,0.

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

Figure 3. L'effet modérateur de la sévérité des symptômes du TSA sur la relation entre l'attachement et l'agressivité



-1,0: R^2 linéaire = 1,0; 0: R^2 linéaire = 1,0; 1,0: R^2 linéaire = 1,0.

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

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

Tout d'abord, en ce qui a trait aux comportements liés à 1) l'hyperactivité, les trois facteurs mentionnés ci-haut expliquent 30 % de leur variance. Cependant, pour un même niveau de sévérité de l'autisme

et un même niveau de degré de sécurité d'attachement, c'est seulement l'augmentation du stress parental qui est significativement associée à l'augmentation des comportements d'hyperactivité ($\beta = 0,446$; $p = 0,005$). Par ailleurs, en ce qui a trait aux comportements liés à 2) l'agressivité, les trois facteurs expliquent 29 % de leur variance. Toutefois, seule l'augmentation du stress parental est significativement liée à l'augmentation de l'agressivité ($\beta = 0,537$; $p = 0,001$). En ce qui a trait aux comportements en lien avec 3) l'anxiété, les trois facteurs expliquent 18 % de la variance de ceux-ci. Néanmoins, seule l'augmentation du degré de sécurité d'attachement est associée à l'augmentation des comportements d'anxiété chez l'enfant présentant un TSA ($\beta = 0,385$; $p = 0,016$). Les trois facteurs expliquent également 32 % de la variance des comportements liés à 4) la dépression. Cependant, seule l'augmentation du stress parental est significativement liée à l'augmentation de celle-ci ($\beta = 0,573$; $p = 0,000$). De plus, les trois facteurs expliquent seulement 3,5 % de la variance des comportements en lien avec 5) la somatisation chez les enfants ayant un TSA et aucune de celles-ci n'y est significativement associée. Les trois facteurs sont responsables de 35 % de la variance de la présence de comportements liés à 6) l'inattention chez les enfants ayant un TSA, mais seules l'augmentation du stress parental ($\beta = 0,428$; $p = 0,005$) et la diminution du degré de sécurité d'attachement sont significativement associées à l'augmentation de ces comportements ($\beta = -0,268$; $p = 0,062$). Les trois mêmes facteurs expliquent 19 % de la variance des comportements liés à 7) l'anomalie chez les enfants ayant un TSA. Toutefois, c'est seulement l'augmentation du niveau de sévérité de l'autisme qui est significativement associée à l'augmentation de ces comportements chez l'enfant ($\beta = 0,411$; $p = 0,014$). Enfin, en ce qui a trait aux comportements liés au 8) retrait social chez les enfants présentant un TSA, les trois facteurs expliquent 19 % de la variance de ceux-ci. Néanmoins, seule la diminution du degré de sécurité d'attachement est associée à l'augmentation de ces comportements ($\beta = -0,330$; $p = 0,037$).

Résumé des résultats

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

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

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

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

Discussion

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

Comportements de retrait

Le déficit à développer, maintenir et comprendre les relations sociales et l'absence d'intérêt pour les relations sociales font partie des caractéristiques diagnostiques du TSA (APA, 2013). Cependant, dans cette étude, seule la diminution du degré de sécurité d'attachement est significativement associée à l'augmentation des comportements de retrait social. Comme il a été mentionné dans le contexte théorique, certains enfants qui présentent un attachement insécurisant peuvent minimiser la proximité et adopter des échanges sociaux d'allure instrumentale, s'isoler et prioriser les comportements d'exploration de l'environnement. À titre d'exemple, l'analyse de fréquences des réponses du questionnaire SBSHO a mis en évidence que 51 % des parents nomment que leur enfant n'aime pas être imité par leur parent ou imiter celui-ci. À cet égard, dans le cadre des interactions sociales, plusieurs auteurs considèrent que les problèmes d'imitation chez les enfants pourraient jouer un rôle essentiel dans le développement des anomalies sociales et des difficultés de communication (De Martino, Girardot, Poinso et Rey, 2008). Par ailleurs, selon Cyr, Dubois-Comtois, Moss et Trabulsy (2014), le modèle d'attachement insécurisant de type évitant (voir tableau 1) est le résultat d'une situation dans laquelle l'enfant a été appelé à gérer ses émotions et sa détresse de façon indépendante sans le réconfort du parent. Il est également courant que le parent accepte d'être rejeté par l'enfant qu'il considère comme étant autonome et en retrait dans ses jeux. (Cyr, Dubois-Comtois, Moss et Trabulsy, 2014). À l'âge préscolaire et scolaire, les enfants qui adoptent un modèle d'attachement insécurisant de type évitant sont des enfants qui préfèrent être seuls et qui ont du mal à créer des relations de confiance avec les autres (Moss et Saint-Laurent, 2001). Enfin, dans cette étude, que ce soient les symptômes inhérents au TSA ainsi que ses troubles associés qui aient pu compromettre la sensibilité de la réponse parentale ou encore renforcer des comportements d'insensibilité déjà présents chez le parent, il s'agit bel et bien seulement de la

diminution du degré de sécurité d'attachement qui est significativement associée à l'augmentation des comportements de retrait chez les enfants ayant un TSA. Ces résultats supportent donc l'hypothèse de la recherche.

Comportements d'inattention

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

Résumé

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

Mots-clés

Trouble de spectre de l'autisme
Attachement
Intervention relationnelle
Comportements problématiques

Comportements d'anxiété

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

Conclusion

À la lumière des résultats obtenus, il apparaît important d'accorder une plus grande importance au développement des interventions basées sur la diminution des comportements problématiques de retrait et d'inattention chez les enfants présentant un TSA. Plusieurs interventions visant à réduire la présence de l'ensemble de ces comportements existent. Cependant, considérant les résultats de la présente étude, il s'avérerait pertinent de proposer une intervention relationnelle en complémentarité aux autres interventions déjà mises en place. Il s'avère également important de rappeler que les symptômes inhérents au TSA, tels que les troubles de la communication ainsi que les troubles associés, peuvent compromettre la sensibilité de la réponse parentale. Toutefois, l'insécurité ou la sécurité d'attachement n'étant pas une caractéristique permanente, il existe plusieurs programmes qui visent à augmenter le degré de sécurité d'attachement chez une variété de clientèle. Notamment, au

Québec, depuis 2011, le Programme en intervention relationnelle par Trubulsky *et al.* (2008) a démontré beaucoup de succès quant à l'amélioration des comportements parentaux en contexte d'évaluation des capacités parentales (Cyr, Poulin, Losier, Michel et Paquette, 2012). L'intervention se réalise à l'aide d'une technique de rétroaction vidéo. Le recours à cette technique, qui met en scène une situation réelle d'interaction parent-enfant, aide l'intervenant à favoriser, chez le parent, une prise de conscience de l'impact de ses comportements et de son attitude sur les états émotionnels et le développement de son enfant. Le but étant de modifier le mode relationnel entre le parent et son enfant en développant la sensibilité parentale par différentes activités de jeux. L'intervention vise à maximiser, chez le donneur de soins, l'adoption de comportements sensibles favorables à l'instauration d'un sentiment de sécurité chez l'enfant afin de le rendre plus disponible à l'exploration; celle-ci étant une condition fondamentale au développement optimal de l'être humain (Trubulsky, Moss, Dubois-Comtois, Cyr, 2014). En terminant, il serait pertinent, dans de futures recherches, d'évaluer l'effet d'une telle intervention auprès d'enfants présentant un TSA et certains comportements problématiques associés.

Points à retenir

- L'hypothèse principale de cette étude résidait en l'établissement d'un lien entre la diminution du degré de sécurité d'attachement des enfants ayant un TSA et l'augmentation de la présence de comportements problématiques chez ces derniers
- La diminution du degré de sécurité d'attachement des enfants présentant un TSA est significativement liée à la présence de certains comportements problématiques, tels que les comportements de retrait et les comportements d'inattention
- Il apparaît donc important d'accorder une plus grande importance au développement des interventions basées sur la diminution des comportements problématiques de retrait et d'inattention chez les enfants présentant un TSA

Abstract

This study aims to evaluate the relationship between the degree of attachment security and problematic behaviors of children with autism spectrum disorder (ASD), while controlling the moderating effect of the parental stress index and the severity level of the child's autism. The results of the questionnaires completed by thirty-nine parents of children with ASD demonstrate that the decrease in the attachment security level of children with ASD is significantly linked to the presence of certain problematic behaviors, such as withdrawal behaviors and those associated with attention deficit disorder. As a result, the findings of this study support the relevance of using a relational intervention with families of children with ASD alongside other effective interventions.

Keywords

Autism spectrum disorder
Attachment
Relational intervention
Behavioral problems

Références

- [1] Abidin R. R., *Parenting Stress Index (PSI-4)*. Charlottesville, VA, Pediatric Psychology Press, 1996.
- [2] Adam E. K., Gunnar M. R. & Tanaka A., « Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: Mediator and moderator models », *Child Development*, 2004, 75(1), 110-122.
- [3] Ainsworth M. D. S., Blehar M. C. & Waters E., *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, Erlbaum, 1978.
- [4] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental* (5th ed.), Washington, DC, 2013.
- [5] Bacro F. et Florin A., « Spécificité des Modèles internes opérants: les représentations d'attachement au père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans », *Enfance*, 2008, 60(2), 108-119.
- [6] Barbey-Mintz A-S., « L'attachement à l'école primaire », *Enfances & Psy*, 2015, 66(2), 33-43.
- [7] Baron-Cohen S., Leslie A. & Frith U., « Does the autistic child have a theory of mind ? », *Cognition*, 1985, 21, 37-46.
- [8] Baron-Cohen, S., « The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1989, 30, 285-297.
- [9] Baron-Cohen S., « Théorie de l'esprit, développement normal et autisme », *Prisme*, 2001.
- [10] Baxter C., Cummins R. A. & Yiolitis L., « Parental stress attributed to family members with and without disability: A longitudinal study », *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 2000, 25(2), 105-118.
- [11] Beck A. T., « Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects », *Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, 1967, 34, 174-183, New York, Hoeber.
- [12] Béliveau M. J. et Moss E., « Le rôle joué par les événements stressants sur la transmission intergénérationnelle de l'attachement », *Revue européenne de psychologie appliquée / European Review of Applied Psychology*, 2009, 59(1), 47-58.
- [13] Beurkens N. M., Hobson J. A. & Hobson R. P., « Autism Severity and Qualities of Parent-Child Relations », *Journal of Autism and Development Disorders*, 2013, 43, 168-178.
- [14] Bigras M. et LaFrenière P. J., « L'influence du risque psychosocial, des conflits conjugaux et du stress parental sur la qualité de l'interaction mère-garçon et mère-fille », *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 1994, 26(2), 280.
- [15] Bigras M., LaFrenière P. J. & Abidin R. R., *Indice de stress parental: manuel francophone en complément à l'édition américaine*, Multi-Health Systems, 1996.
- [16] Bowlby J., *Attachment and Loss: Attachment. V 1*, Basic Books, 1969.
- [17] Bowlby J., *Attachment and Loss: Separation. Anxiety and Anger*, vol. 2, 1973.
- [18] Bureau J. F., Ann Easlerbrooks M. & Lyons-Ruth K., « Attachment disorganization and controlling behavior in middle childhood: maternal and child precursors and correlates », *Attachment & Human Development*, 2009, 11(3), 265-284.
- [19] Capps L., Sigman M. & Mundy P., « Attachment security in children with autism », *Development and psychopathology*, 1994, 6(2), 249-261.
- [20] Chandler F. & Dissanayake C., « An investigation of the security of caregiver attachment during middle childhood in children with high-functioning autistic disorder », *Autism*, 2014, 18(5), 485-492.
- [21] Charfi N., Halayem S., Touati M., Mrabet A. et Bouden A., « Étude des facteurs de risque des comportements agressifs dans les troubles du spectre autistique », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2016.

- [22] Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, *Les Troubles du spectre de l'autisme. L'évaluation clinique: Lignes directrices*, 2012. Consulté le 18 avril 2015, <<http://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Diagnostic-Depistage/Lignes-autisme-2012.pdf>>.
- [23] Cotton S. et Richdale A., « Brief report: parental descriptions of sleep problems in children with autism, Down syndrome, and Prader-Willi syndrome », *Research in Developmental Disabilities*, 2006, 27(2), 151-161.
- [24] Crockenberg S. B., « Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment », *Child Development*, 1981, 857-865.
- [25] Davidson C., O'Hare A., Mactaggart F., Green J., Young D., Gillberg C. & Minnis H., « Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: improving diagnostic validity through structured assessment », *Research in Developmental Disabilities*, 2015, 40, 63-72.
- [26] Dawson G. et Rogers S. J., *L'Intervention précoce en autisme. Le modèle de Denver pour jeunes enfants: promouvoir le langage, l'apprentissage et l'engagement social*, Dunod, 2016.
- [27] De Martino S., Girardot A., De Martino, Poinso F. et Rey V., « Étude des relations entre l'imitation, l'interaction sociale et l'attention conjointe chez les enfants autistes », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2009, 57(4), 267-274.
- [28] DeMyer M. K., *Parents and Children in Autism*, VH Winston, 1979.
- [29] De Schipper J. C. & Schuengel C., « Attachment behaviour towards support staff in young people with intellectual disabilities: associations with challenging behaviour », *Journal of Intellectual Disability Research*, 2010, 54(7), 584-596.
- [30] De Schipper J. C. & Schuengel C., *Secure Base Safe Haven Observation list for child attachment behaviour. VU University Amsterdam. Unpublished Work*, 2006.
- [31] Des Rivières-Pigeon C. et Courcy I., *Autisme et TSA. Quelles réalités pour les parents au Québec? Santé et bien-être des parents d'enfant ayant un trouble dans le spectre de l'autisme au Québec*, PUQ, 2014.
- [32] Egeland B., Kalkoske M., Susman-Stillman A. & Waldman I., « Infant temperament and maternal sensitivity as predictors of attachment security », *Infant Behavior and Development*, 1996, 19(1), 33-47.
- [33] Eisenhower A. S., Baker B. L. & Blacher J., « Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being », *Journal of Intellectual Disability Research*, 2005, 49(9), 657-671.
- [34] Fombonne E., « Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders », *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, 66, 3.
- [35] Garcin N., Leclair L., Sabourin G. et Tassé M., « Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle », *Canadian Journal of Behavioral Science*, 2010, 42, 62-69.
- [36] Goldstein S. & Naglieri J. A., *Autism Spectrum Rating Scales (ASRS)*, DSM-5 Update, Toronto, Multi-Health Systems Inc, 2014.
- [37] Grzadzinski R. L., Lord C., Luyster R. & Spencer A. G., « Attachment in young children with autism spectrum disorders: an examination of separation and reunion behaviors with both mothers and fathers », *Autism*, 2014, 18(2), 85-96.
- [38] Harlow H. F., *The Nature of Love*. *American Psychologist*, 1958, 13(12), 673.
- [39] Hartley S. L., Barker E. T., Seltzer M. M., Floyd F., Greenberg J., Orsmond G. & Bolt D., « The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder », *Journal of Family Psychology*, 2010, 24(4), 449.
- [40] Hartley S. L. & Schultz H. M., « Support needs of fathers and mothers of children and adolescents with autism spectrum disorder », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, 45(6), 1636-1648.

- [41] Horowitz A., «The mediating effects of perceptions and coping strategies between personal resources and emotional well-being: a study of mothers of children with autism», *Dissertation Abstracts International Section B: The Science and Engineering*, 2004, 64, 6009.
- [42] Humber N. & Moss E., «The relationship of preschool and early school age attachment to mother-child interaction», *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005, 75(1), 128.
- [43] Jarvis P. A. & Creasey G. L., «Parental stress, coping, and attachment in families with an 18-month-old infant», *Infant Behavior and Development*, 1991, 14(4), 383-395.
- [44] Kamphaus R. W. & Reynolds C. R., *BASC-3: Behavior Assessment System for Children, Second Edition*, Minnesota, AGS Publishing, 2015.
- [45] Kennett J., «Autism, empathy and moral agency», *The Philosophical Quarterly*, 2002, 52(208), 340-357.
- [46] Kim J. A., Szatmari P., Bryson S. E., Streiner D. L. & Wilson F. J., «The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome», *Autism*, 2000, 4(2), 117-132.
- [47] Koren-Karie N., Oppenheim D., Dolev S. & Yirmiya N., «Mothers of securely attached children with autism spectrum disorder are more sensitive than mothers of insecurely attached children», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2009, 50(5), 643-650.
- [48] Kraemer G. W., «A psychobiological theory of attachment», *Behavioral and Brain Sciences*, 1992, 15(03), 493-511.
- [49] Lecavalier L., Snow A. V. & Norris M., «Autism spectrum disorders and intellectual disability», in *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, New York, Springer, 2011, p. 37-51.
- [50] Levy S. E., Giarelli E., Lee L. C., Schieve L. A., Kirby R. S., Cunniff C. & Rice C. E., «Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States», *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2010, 31(4), 267-275.
- [51] LimeSurvey Project Team, *LimeSurvey: an Open Source Survey Tool*, 2015.
- [52] Lord C., Rutter M., Dilavore P. C., Risi S., Rogé B., Fombonne E. & Arti E., *ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule*, 2008, 1, Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- [53] Main M., «Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment», *Attachment Across the Life Cycle*, 1991, 127-159.
- [54] Main M., Kaplan N. & Cassidy J., «Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation», *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1985, 66-104.
- [55] Main M. & Solomon J., «Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation», *Attachment in the Preschool Years. Theory, research, and intervention*, 1990, 1, 121-160.
- [56] Moss E. & Saint-Laurent D., «Attachment at school age and academic performance», *Developmental Psychology*, 2001, 37(6), 863.
- [57] Moss E., Tarabulsky G. M., Saint-Georges R., Dubois-Comtois K., Cyr C., Bernier A & Lecompte V., «Video-feedback intervention with maltreating parents and their children: program implementation and case study», *Attachment & Human Development*, 2014, 16(4), 329-342.
- [58] Naber F. B., Swinkels S. H., Buitelaar J. K., Bakermans-Kranenburg M. J., van Ijzendoorn M. H., Dietz C. & Engeland H., «Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders», *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2007, 37(6), 1123-1138.

- [59] Nachshen J., Garcin N., Moxness K., Tremblay Y., Hutchinson P., Lachance A. et Caron C., *Guide des pratiques exemplaires canadiennes en matière de dépistage, d'évaluation et de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge*, 2008.
- [60] Noh S., Dumas J. E., Wolf L. C. & Fisman S. N., « Delineating sources of stress in parents of exceptional children », *Family Relations*, 1989, 456-461.
- [61] Noiseux M., « Le trouble envahissant du développement (TED): l'augmentation de la prévalence poursuit son cours », *Périscope*, 2011,28, consulté le 3 février 2016, <<http://extranet.santemonteregion.qc.ca/depot/document/3304/Periscope-TED- Juin-212.pdf>>
- [62] Oppenheim D., Koren-Karie N., Dolev S. & Yirmiya N., « Maternal sensitivity mediates the link between maternal insightfulness/resolution and child-mother attachment: the case of children with Autism Spectrum Disorder, *Attachment & Human Development*, 2012,14(6), 567-584.
- [63] Paquette D., Bigras M., et Parent S., « La validation du QSA et la prévalence des styles d'attachement adulte dans un échantillon francophone de Montréal », *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 2001, 33(2), 88.
- [64] Persini C., Viellard M., Chatel C., Borwell B. et Poinso F., « Troubles autistiques et troubles de l'attachement: quels liens? », *Devenir*, 2013, 25(3), 145-158.
- [65] Pierrehumbert B., Muhlemann I., Antonietti J. P., Sieye A. et Halfon O., « Étude de validation d'une version francophone du Q-Sort d'attachement de Waters et Deane », *Enfance*, 1995, 3(1), 293-315.
- [66] Patterson G. R., DeBaryshe B. D. & Ramsey E., « A developmental perspective on anti-social behavior », *American Psychologist*, 1989, 44, 329-335.
- [67] Pruettt Jr J. R., Kandala S., Petersen S. E. & Povinelli D. J., « Brief report: theory of mind, relational reasoning, and social responsiveness in children with and without autism: demonstration of feasibility for a larger-scale study », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015,45(7), 2243-2251.
- [68] Reynolds C. R. & Kamphaus R. W., *BASC-3: Behavior Assessment System for Children, Second Edition*, Minnesota AGS Publishing, 2015.
- [69] Rogers S. J., Ozonoff S. & Maslin-Cole C., « A comparative study of attachment behavior in young children with autism or other psychiatric disorders » *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1991, 30(3), 483-488.
- [70] Rogers S. J., Ozonoff S. & Maslin-Cole C., « Developmental aspects of attachment behavior in young children with pervasive developmental disorders », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1993, 32(6), 1274-1282.
- [71] Rutgers A. H., Bakermans-Kranenburg M. J., Ijzendoorn M. H. & Berckelaer-Onnes I. A., « Autism and attachment: a meta-analytic review », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2004, 45(6), 1123-1134.
- [72] Rutgers A. H., Van Ijzendoorn M. H., Bakermans-Kranenburg M. J. & Swinkels S. H., « Autism and attachment The Attachment Q-Sort », *Autism*, 2007, 11(2), 187-200.
- [73] Rutgers A. H., Van Ijzendoorn M. H., Bakermans-Kranenburg M. J., Swinkels S. H., Van Daalen E., Dietz C. & Van Engeland H., « Autism, attachment and parenting: A comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children », *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2007, 35(5), 859-870.
- [74] Semrud-Clikeman M., Bennet L. & Guli L., « Assessment of childhood depression », in Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (Eds.), *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children. Personality, Behavior, and Context*, vol. 2, New York, Guilford Press, 2003.
- [75] Simonoff E., Pickles A., Charman T., Chandler S., Loucas T. & Baird G., « Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2008, 47(8), 921-929.

- [76] Tereno S., Soares I., Martins E., Sampaio D. et Carlson E., « La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique », *Devenir*, 2007, 19(2), 151-188.
- [77] Van IJzendoorn M., « Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview », *Psychological Bulletin*, 1995, 117(3), 387.
- [78] Van IJzendoorn M. H., Rutgers A. H., Bakermans-Kranenburg M. J., Swinkels S. H., Van Daalen E., Dietz C & Van Engeland H., « 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*, 2007, 78(2), 597-608.
- [79] Van IJzendoorn M. H., Schuengel C. & Bakermans-Kranenburg M. J., « Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae », *Development and psychopathology*, 1999, 11(02), 225-250.
- [80] Wahl E., Isnard P. et Guédeney A., « Attachement désorganisé et sémiologie autistique », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2011, 59(3), 149-156.
- [81] Willemsen-Swinkels S. H., Bakermans-Kranenburg M. J., Buitelaar J. K., van IJzendoorn M. H. & Engeland H. V., « Insecure and disorganised attachment in children with a pervasive developmental disorder: relationship with social interaction and heart rate », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000, 41(6), 759-767
- [82] Wing L., Gould J. & Gillberg C., « Autism spectrum disorders in the DSM-V: better or worse than the DSM-IV? », *Research in Developmental Disabilities*, 2011, 32(2), 768-773.