

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

NATHALIE PARENT

LIENS ENTRE LES PROBLÈMES INTÉRIORISÉS ET LES HABILITÉS  
PSYCHOSOCIALES CHEZ LES ENFANTS PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE  
INTELLECTUELLE

JUIN 1999

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

## Sommaire

L'objectif de la présente étude est de mettre en lien les problèmes intériorisés chez les enfants ayant une déficience intellectuelle avec les habiletés psychosociales qu'ils manifestent. Les hypothèses de recherche indiquent que l'enfant ayant une déficience intellectuelle manifeste davantage de problèmes intériorisés que l'enfant normal. De plus, moins un enfant présentant une déficience intellectuelle manifeste des habiletés psychosociales, plus il manifeste des problèmes intériorisés. L'échantillon comporte un groupe de 56 enfants (2-7 ans) présentant une déficience intellectuelle ainsi qu'un groupe de 86 enfants (2-6 ans) n'ayant aucun retard intellectuel. Les parents et les éducateurs ont été rencontrés par un assistant de recherche qui s'est assuré que les questionnaires soient complétés de manière indépendante. L'inventaire de comportements de l'enfant (CBCL : Achenbach, 1992) a été rempli par les parents. L'inventaire des compétences socio-émotionnelles et l'inventaire de soutien requis (Lacharité et coll., 1996) ont été remplis par l'éducateur responsable de l'enfant. Les résultats montrent que les problèmes intériorisés sont plus fréquents chez les enfants ayant une déficience intellectuelle que chez les enfants de la population en général. Les résultats montrent également que moins un enfant présentant une déficience intellectuelle manifeste des habiletés psychosociales, plus il manifeste des problèmes intériorisés. Plus précisément, il y a un lien entre le manque d'habileté à la communication et le retrait social chez les enfants ayant une

déficience intellectuelle. La discussion met l'accent sur les retombées de ces résultats pour les interventions préventives auprès d'une clientèle de jeunes enfants présentant une déficience intellectuelle.

## Table des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LES REMERCIEMENTS.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
Généralités.....	5
Déficience intellectuelle.....	6
Problèmes intériorisés et extériorisés.....	7
Habilités psychosociales et psychopathologies.....	9
Programmes d'entraînement aux habiletés psychosociales.....	13
Problèmes extériorisés et déficience intellectuelle.....	16
Problèmes de langage, de communication et socio-émotionnels.....	17
Développement de l'enfant et communication.....	18
Problèmes intériorisés en lien avec les habiletés psychosociales.....	20
Résumé.....	22
Objectifs de recherche.....	22
Hypothèses.....	23

MÉTHODE.....	24
Participants.....	25
Instruments de mesure.....	25
Déroulement.....	33
RÉSULTATS.....	34
DISCUSSION.....	42
CONCLUSION.....	49
RÉFÉRENCES.....	52
APPENDICE A.....	55
APPENDICE B.....	56

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Comparaison entre le groupe « déficience » et le groupe normatif quant aux cotes du CBCL fournies par la mère.....	36
2	Comparaison entre le groupe « déficience » et le groupe normatif quant aux cotes du CBCL fournies par le père.....	36
3	Corrélations entre les habiletés psychosociales et les problèmes intériorisés pour les enfants du groupe « déficience » (n = 56).....	39
4	Corrélations partielles entre les habiletés psychosociales et les problèmes intériorisés pour les enfants du groupe « déficience » en tenant compte de l'indice de soutien requis (n= 56).....	40
5	Différence dans les cotes d'habiletés psychosociales en fonction des sous-groupes contrastés sur la base du point de coupure clinique à l'échelle de problèmes intériorisés.....	42

## Remerciements

Je tiens à remercier tous les intervenants du Centre de service en déficience intellectuelle Mauricie-Centre du Québec et le Centre Butters-Savoy-Horizon de la Montérégie pour leur collaboration à ce projet de recherche. J'aimerais également remercier toutes les familles qui ont bien accepté de donner de leur temps afin de contribuer aux efforts d'avancement de la recherche dans le domaine de la déficience intellectuelle. J'adresse un merci tout spécial à mon directeur de recherche, Carl Lacharité, Ph.D., pour sa patience avec moi et le temps qu'il a consacré pour me guider dans cette étude. J'ai beaucoup apprécié le rôle de mentor qu'il a occupé pour moi et ce, depuis près de deux ans et demi. Finalement, je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la concrétisation de cette étude par leurs encouragements, leur support ainsi que leurs précieux conseils. Je pense entre autre au Groupe de Recherche En Développement de l'Enfance et de la Famille (GREDEF), particulièrement à Rémi Coderre et Renèle Desaulniers. Merci à tous!



## Introduction

L'étude décrite dans le présent mémoire s'attarde principalement sur la problématique de la déficience intellectuelle chez les enfants. Plus précisément, elle se penche sur les risques que court une telle population de développer des problèmes de type intériorisé (dépression, anxiété, retrait social) comparativement aux enfants de la population en général. Sont également abordées les habiletés psychosociales des enfants présentant une déficience intellectuelle et les problèmes socio-émotionnels qui en découlent.

La présente étude mentionne que les enfants ayant des retards globaux de développement sont davantage à risque de développer une psychopathologie ainsi que de manifester des déficits dans les habiletés psychosociales. Les déficits dans les habiletés sociales chez les enfants présentant une déficience intellectuelle, sur lesquels se penche particulièrement la présente étude, concerne le domaine de la communication. Comme la communication (verbale / non verbale) est essentielle pour être en interaction, l'enfant ayant de la difficulté à communiquer peut être affecté dans son développement social, ce qui peut l'amener à vivre du rejet et de l'isolement.

Certaines études mentionnées dans le premier chapitre de cet ouvrage rapportent les effets de programmes d'entraînement aux habiletés psychosociales sur les problèmes émotionnels. En travaillant à développer les habiletés psychosociales de l'enfant, il est possible d'aider ce dernier dans son

malaise intérieur et de diminuer les risques de psychopathologies.

## Contexte théorique

### *Généralités*

Les recherches montrent que les enfants ayant une déficience intellectuelle sont davantage à risque de présenter des problèmes de nature intériorisée ainsi que des difficultés dans leurs habiletés psychosociales (Lacharité, 1996 ; MacLean, 1993). Plusieurs études examinent les problèmes de l'enfant en lien avec les problèmes des parents expliquant ainsi qu'une difficulté chez le parent (dépression, toxicomanie, isolement social, etc.) amènent une difficulté de même nature ou différente chez l'enfant. Peu d'études ont touché des habiletés précises de l'enfant sur le plan desquelles il serait possible aux intervenants d'agir pour aider à prévenir ou corriger un déficit ou une psychopathologie. De façon générale, les facteurs explicatifs peuvent provenir de l'environnement de l'enfant ou encore de l'enfant lui-même. Par contre, cette étude portera sur l'enfant tant au niveau intrapersonnel qu'interpersonnel (problèmes intériorisés, problèmes extériorisés, habiletés psychosociales) puisque très peu d'études ont été menées dans ce domaine comparativement à l'aspect environnemental (théorie de l'attachement, dépression des mères, réseau social, etc.).

Au niveau des facteurs individuels, les résultats d'études longitudinales démontrent que l'isolement social chez les jeunes enfants est le meilleur prédicteur des problèmes d'adaptation sociale à l'âge adulte (Moreau, 1990). En ce sens, il est important de mentionner que les problèmes intériorisés, dont le

retrait social, semblent moins déranger l'adulte qui entoure l'enfant que l'enfant lui-même (comparativement aux problèmes extériorisés). Koot et Verhulst (1992) ont trouvé que seulement 17% des enfants présentant un problème intériorisé, mais pas de déficience intellectuelle, étaient référés dans un centre de traitement. Ce qui porte à croire à l'aspect silencieux mais douloureux de ces pathologies. De là l'importance d'un diagnostic précoce pour intervenir le plus tôt possible chez l'enfant qui souffre mais dont les symptômes ne sont pas criants.

Dans cette optique, les habiletés sociales qui seraient mises en lien avec les symptômes intériorisés permettraient de cibler objectivement des pistes d'intervention comparables à celles s'adressant aux symptômes extériorisés (contrôle des crises de colère, modification de comportements,...). De façon plus précise, les enfants présentant une déficience intellectuelle affichent des retards spécifiques de développement (p. ex., dans le domaine du langage), ce qui peut nuire à leurs interactions sociales et amener ainsi un isolement ou un autre problème de nature intériorisée. Il semble donc y avoir un lien entre les problèmes intériorisés et les habiletés psychosociales chez les enfants présentant une déficience intellectuelle.

### *Déficience intellectuelle*

La déficience intellectuelle se manifeste de façon significative par des

problèmes d'adaptation et apparaît durant la période développementale (avant 18 ans) (MacLean, 1993). Selon le DSM, la déficience renferme des déficits concomitants ou l'altération du comportement adaptatif, c'est-à-dire de la capacité de l'enfant à répondre aux normes de son âge, telles qu'on les définit dans son groupe culturel, dans des secteurs tels que les aptitudes sociales et la responsabilité, la communication, la vie quotidienne, l'indépendance personnelle et le fait de pouvoir se suffire à soi-même. Il y a quatre niveaux de déficience, soit léger, moyen, grave et profond. Les causes peuvent provenir tout autant d'un environnement psychologique inadéquat que du bagage génétique (MacLean, 1993).

#### *Problèmes intériorisés et extériorisés*

Le terme « intériorisé », par opposition à « extériorisé », est utilisé pour regrouper certaines problématiques comme la dépression, l'anxiété et le retrait social. Elles représentent donc une catégorie de troubles dirigés vers l'intérieur de la personne et dont les principaux symptômes sont associés à un comportement hypercontrôlé (Keltner et Moffitt, 1995 ; Reynolds, 1992 ; Rothbaum et Weisz., 1989 ; Achenbach, 1982). Dans plusieurs symptomatologies ces problèmes provoquent tristesse, douleur et souffrance intérieure (Keltner et al., 1995 ; Rothbaum et al., 1989 ; Achenbach, 1982). Comparativement aux problèmes extériorisés tels que les troubles de comportement ou l'hyperactivité, les problèmes intériorisés affectent moins

l'environnement extérieur et passent plus facilement inaperçus, laissant par conséquent les enfants avec leur souffrance (Koot et al., 1992).

Les problèmes intériorisés regroupent des symptômes qui sont davantage diffus ou vagues comparativement aux problèmes extériorisés où les symptômes sont plus précis ou concrets, surtout pour les intervenants qui ont à aider ces enfants dans leur malaise. Par exemple, des comportements extériorisés peuvent apparaître comme étant « frappe les autres » ou « détruit ses propres choses » ou encore « crie beaucoup ». Sur le plan des problèmes intériorisés, des exemples de symptômes sont « est retiré, ne s'implique pas avec les autres », « malheureux, triste ou déprimé », « trop craintif ou anxieux » ou encore « farouche ou timide ». Ces derniers symptômes représentent davantage un état d'être qu'un comportement visible, précis et dérangeant pour l'adulte. Ainsi, l'aspect dérangeant des symptômes extériorisés pourrait expliquer les recherches qui abondent depuis quelques années comparativement aux problèmes intériorisés qui sont plus discrets et pour lesquels il y a peu de données.

À ce dernier élément, mentionnons Matson et Ollendick (1988) qui rapportent que, dans la population en général, les problèmes de comportement de nature extériorisée représentent environ un tiers à la moitié des familles qui sont référées dans les centres de services en santé mentale. Donc, les cas les



plus fréquents de consultation pour les thérapeutes sont les troubles de comportement ainsi que l'hyperactivité. De façon plus précise, dans une population d'enfants et d'adolescents ayant une déficience intellectuelle, les problèmes émotionnels et de comportement sont de deux à trois fois plus fréquents (Tonge, Einfeld, Krupinski, Mackenzie, McLaughlin, Florio et Nunn, 1996).

### *Habiletés psychosociales*

En ce qui concerne le concept d'habileté psychosociale, ce dernier est large et regroupe plusieurs facettes dont, notamment, la compétence sociale, les comportements prosociaux et la communication. Par définition, un enfant présentant des habiletés sociales positives serait capable de bien s'adapter à son environnement et de vivre des conflits interpersonnels (Matson et Ollendick, 1988). Par opposition, un enfant ayant des difficultés dans ses habiletés psychosociales pourrait avoir des problèmes de comportement tel que frapper les autres, être peu populaire auprès des pairs et adultes, apparaître comme très centré sur lui-même, avoir des troubles de l'humeur ou un comportement irritable (Meyer et Prizant, 1993 ; Matson et al., 1988).

Plus précisément pour cette étude, les habiletés déficitaires qui risquent de toucher davantage l'enfant ayant une déficience intellectuelle concernent les problèmes de communication (verbale et non verbale, l'expression et la

compréhension de la pensée et des émotions, l'intérêt pour autrui), les troubles du langage (prononciation, capacité de se faire comprendre), la difficulté à s'adapter aux changements, les réactions face à la nouveauté, ainsi qu'un certain nombre de problèmes reliés à l'autonomie fonctionnelle (habillement et hygiène).

Très tôt, l'enfant normal se montre capable d'adapter le contenu de ses messages à l'intérêt de son interlocuteur (Gremaud, 1991) alors que l'enfant présentant une déficience intellectuelle ne semble pas percevoir le besoin de l'autre (Provost, 1990). Les comportements d'interaction sociale tant chez les enfants ayant une déficience intellectuelle que chez leurs pairs normaux peuvent constituer une classe de comportements nécessaires au succès de l'intégration sociale (Ginsburg, La Greca et Silverman, 1998 ; Moreau, 1990). Il y a donc plusieurs aspects à travers les habiletés sociales qui favorisent le contact à autrui et qui risquent d'amener l'enfant ayant des retards globaux de développement à s'isoler ou à développer une psychopathologie.

Matson et Ollendick (1988) mentionnent que les personnes ayant une déficience intellectuelle moyenne sont davantage touchées sur le plan des habiletés sociales que les autres niveaux de déficience et qu'elles ont besoin d'assistance dans leur comportement social. Les personnes ayant une déficience intellectuelle moyenne présentent également des limitations

cognitives ce qui limiterait le développement des habiletés sociales. Ces personnes éprouveraient donc une difficulté à comprendre la façon de se conduire dans différentes situations sociales.

*Habiletés psychosociales et psychopathologies.* Plusieurs personnes ayant une déficience intellectuelle présentent des problèmes au niveau des habiletés sociales, comme d'exprimer clairement ses besoins et ses désirs, de saisir les messages verbaux et non verbaux ou bien de s'adapter dans des situations nouvelles (Lacharité, Gladu et Boutet, 1996), amenant à croire à la présence de psychopathologies (Reiss, 1990). De façon générale, les personnes ayant des problèmes intériorisés sont également plus vulnérables sur le plan des habiletés sociales telles que l'affirmation de soi (négocier, exprimer un désaccord) ou encore, l'expression des sentiments (Achenbach, 1992).

Dans une étude menée auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle, 39% présentaient un double diagnostic (déficience et psychopathologie) mais le quart était sous diagnostiqué, non reconnu dans leur souffrance (Reiss, 1990). De même, différentes études ont démontré que les personnes ayant une déficience intellectuelle manifestaient fréquemment une ou plusieurs psychopathologies (Gasquet, 1994 ; Bouvard, Paris et Dugas, 1993 ; McLean, 1993 ; Mouren-Siméoni et Bouvard, 1992). Dans le même sens, une étude portant sur 130 patients ayant des retards intellectuels, incluant 53

enfants et adolescents, a montré que 25% manifestaient de l'anxiété, de la dépression et un retrait social (MacLean, 1993). Les gens présentant une déficience intellectuelle sont plus vulnérables aux situations stressantes de la vie quotidienne les amenant à vivre davantage de frustrations et de conflits. Le fait d'avoir une plus grande vulnérabilité peut expliquer le risque plus grand de développer une psychopathologie chez les enfants présentant des retards globaux de développement.

Ainsi, des études ont démontré que le retrait social des enfants ne présentant pas de déficience intellectuelle de la maternelle et de deuxième année est un facteur prédictif de problèmes intériorisés en quatrième et cinquième année (Paquette et Lafrenière, 1994) de même que des problèmes ultérieurs de mésadaptation pour les enfants qui sont très inhibés à deux et trois ans (Paquette et al., 1994 ; Gasquet, 1994). De là l'importance d'un diagnostic précoce.

Les symptômes d'anxiété, de dépression et de retrait social sont 4 à 5 fois plus courant chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents qui présentent une déficience intellectuelle que chez les enfants de la population en général (MacLean, 1993 ; Matson et Frame, 1986 ; Cullinan, Epstein, Matson et Rosemier, 1984). Ainsi, plus l'enfant avance en âge, plus grand est le risque qu'il présente un trouble psychopathologique (Lacharité et al., 1996). Par contre,

il n'y a pas de données précises en ce qui concerne les enfants d'âge préscolaire.

Certains auteurs constatent que l'absence d'habiletés sociales chez l'enfant ayant une déficience intellectuelle est cause de la faible fréquence de ses interactions sociales positives avec ses pairs normaux (Moreau, 1990). Boivin (1996) mentionne que les enfants rejetés qui ne présentent pas de déficience intellectuelle connaissent une expérience sociale moins favorable qui pourrait affecter négativement leur concept de soi, susciter un sentiment de solitude et contribuer à maintenir ou augmenter leurs difficultés sociales et les malaises psychologiques.

Dans le même sens, selon Matson et Ollendick (1988), les comportements sociaux font parti de plusieurs aspects de la vie des enfants et risquent fort de les affecter plus tard dans leur adaptation et leur bonheur. Ces mêmes auteurs suggèrent que l'habileté d'une personne à être en contact avec les autres et à être engagée dans des comportements prosociaux va déterminer sa popularité auprès de ses pairs, les professeurs ou tout autre adulte significatif.

### *Programmes d'entraînement aux habiletés psychosociales*

Les travaux de Dodge (1991) établissent un lien entre le concept

d'habiletés sociales et des problèmes psychopathologiques (intériorisés et extériorisés). Cet auteur suggère que des déficits dans les habiletés psychosociales (interprétation, compréhension) place la personne déficitaire dans une position pour réagir de façon agressive ou dépressive. Donc, en travaillant sur le plan des habiletés psychosociales, certains comportements de nature extériorisée ou intériorisée seraient améliorés.

Matson et Ollendick (1988) suggèrent qu'un programme d'entraînement aux habiletés psychosociales devrait comporter des éléments tels que : d'aider à établir des relations amicales avec les autres ainsi que de consolider celles déjà existantes (jouer adéquatement et autres réponses non verbales appropriées), d'être capable de généraliser les comportements adéquats appris à d'autres situations de la vie quotidienne (par exemple, dans les magasins face à un vendeur), d'être capable de s'adapter à des comportements excessifs de la part des autres et finalement, de connaître les situations à travers lesquelles les habiletés psychosociales devraient être utilisées (surtout chez les enfants ayant une déficience intellectuelle). Des points à travailler plus spécifiquement avec les enfants présentant une déficience intellectuelle pourraient regrouper des habiletés telles que : le contact avec les yeux, un contenu approprié au niveau du discours, partager, aider les autres, le volume de la voix et parler fort (Matson et Ollendick, 1988).

De cette façon, certains déficits sur le plan des habiletés sociales tel la communication et le langage, l'expression inadéquate de sentiments, la non négociation ou encore l'incapacité à demander de l'aide peuvent placer l'enfant ayant une déficience intellectuelle dans une position où il peut lui être difficile d'exprimer clairement ses besoins et ses désirs, de même que de saisir clairement les messages verbaux et non verbaux d'un interlocuteur (Lacharité et al., 1996). C'est alors que les comportements de nature intériorisée (se retirer socialement, humeur dépressive, anxiété...) ou extériorisée (agressivité, comportements destructeurs, hyperactivité...) peuvent être vues comme une forme de communication du malaise que l'enfant vit, le symptôme de sa souffrance.

En ce sens, Matson et Ollendick (1988) mentionnent que les enfants d'âge préscolaire en général, vont bénéficier davantage d'un programme d'entraînement sur le plan des comportements précis identifiés et renforcés. Il est donc important de considérer l'âge des enfants ainsi que les déficits sur le plan des habiletés pour monter un programme d'entraînement puisque les besoins varient. Par exemple, les jeunes enfants en général ne se présentent pas à un groupe d'enfants mais demandent simplement à jouer comparativement aux adolescents où il y a une introduction avant de participer au groupe.

Les expériences décrites précédemment permettaient un contrôle interne en mettant l'accent sur des événements externes donc davantage sur le plan des problèmes extériorisés en lien avec les habiletés sociales. Par contre, les auteurs mentionnent que le travail doit se faire différemment au niveau des habiletés sociales selon les pathologies associées que présentent les enfants. Par exemple, de façon générale, les enfants retirés socialement et inhibés ont tendance à approcher un groupe de façon timide et prudente alors que les enfants considérés comme agressifs vont entrer dans un groupe de façon forcée et en étant le centre d'attention (Matson et Ollendick, 1988). Les habiletés sociales se présentent ainsi de façon différente selon la nature intériorisée ou extériorisée du problème. Une intervention différente serait donc à considérer, tenant compte des problèmes intériorisés ou extériorisés associés au comportement psychosocial.

#### *Problèmes extériorisés et déficience intellectuelle*

En ce qui concerne les problèmes extériorisés, Matson et Ollendick (1988) relatent plusieurs expériences menées auprès des enfants ayant une déficience intellectuelle. À travers ces enfants, ceux qui avaient peu d'habiletés psychosociales et qui présentaient des troubles de comportement étaient des enfants qui, en général, ne suivent pas et n'acceptent pas les règles de la société (Matson et al., 1988). Ils démontrent également des comportements sociaux problématiques comme riposter face aux adultes, argumenter avec les



pairs, refuser de reconnaître les droits des autres (par exemple, refuser d'attendre son tour ou toujours dépasser les autres pour être le premier dans les files d'attentes).

Dans ces expériences de Matson et Ollendick (1988) où les enfants ayant une déficience intellectuelle présentaient des problèmes extériorisés (tempérament colérique, inattention, etc.), le traitement visait un autocontrôle, la répétition de comportements appropriés, des jeux de rôle, des activités de coopération, etc. L'acquisition réussie des habiletés du langage et de la communication offre à l'enfant une augmentation du contrôle et la motivation à communiquer (Meyer et al., 1993). De façon plus précise, une expérience a été faite auprès d'adolescents (12 à 14 ans, ne présentant pas de déficience intellectuelle) qui avaient de la difficulté à socialiser avec les pairs, avaient peu d'amis et étaient solitaires (Christoff et al., 1985 cité par Matson et Ollendick, 1988). Les auteurs rapportent que les effets de l'entraînement ont été positifs (habileté à écouter, parler de soi, initier une conversation, faire des demandes aux autres,...).

### *Problèmes de langage, de communication et socio-émotionnels*

Comme il a été cité antérieurement, la communication et le langage sont des éléments qui font partie des habiletés psychosociales. Selon Meyer et

Prizant (1993), les jeunes enfants, en général, aux prises avec des problèmes de langage et de communication sont à risque d'avoir des limitations au niveau de certains aspects du développement socio-émotionnel. Ces auteurs rapportent que 50 à 70% des enfants en général, ayant des problèmes de langage, de communication et d'alloccution ont un diagnostic de problèmes émotionnels ou de comportement. Une expérience sociale initiale difficile avec les éducateurs et les pairs serait considérée comme un facteur de risque secondaire.

Le terme socio-émotionnel met l'accent sur la nature transactionnelle des processus développementaux qui encouragent l'enfant à sentir le bien-être émotionnel des autres et de soi. C'est donc, par définition, le développement des capacités de l'enfant d'expérimenter et d'exprimer une variété d'émotions, de régulation des émotions, d'établir des relations sécurées et positives, de développer la capacité de se distinguer des autres et être compétent pour réussir les objectifs d'interaction sociale (Meyer et Prizant, 1993).

### *Développement de l'enfant et communication*

Les problèmes de langage peuvent avoir un impact direct sur la relation des enfants avec les membres de la famille et le fonctionnement familial et donc avec les premières relations. C'est dans les premières années de vie de l'enfant que les changements majeurs ont lieu au niveau des capacités socio-

émotionnelles et c'est aussi à partir de sa famille que se construit l'enfant. Ainsi, il est possible de considérer un impact direct au niveau de la personnalité de l'enfant lorsque ce dernier a de la difficulté à se faire comprendre et à comprendre les autres membres de sa famille. Les émotions et les signaux émotionnels sont utiles dans la fonction interpersonnelle. Le bébé communique très tôt par son comportement tel que la posture, les vocalisations, l'expression faciale qui signalent son état physiologique et émotionnel, ceci servant à guider les éducateurs dans l'aide à lui apporter (Meyer et al., 1993).

À 8 mois déjà, le bébé utilise les gestes et les signaux vocaux pour affecter intentionnellement le comportement des autres. Plus tard, l'enfant développe une plus grande conscience ainsi qu'il apprend à s'affirmer dans le but d'atteindre ses objectifs. L'augmentation de la conscience des obstacles à la réussite de son but peut amener l'enfant à des conflits avec les autres. Ces conflits sont une des premières manifestations de l'autonomie grandissante. Dans une perspective socio-émotionnelle, l'enfant devient graduellement moins impulsif avec une capacité plus grande à retarder la gratification. Les enfants transmettent leur propre état intérieur et leurs sentiments et ainsi, le langage devient un support pour partager l'expérience émotionnelle avec les autres. La capacité à exprimer de l'empathie apparaît lorsque l'enfant est capable de capter la perspective émotionnelle des autres et de participer activement à aider les autres dans leur détresse en tentant de les calmer (Meyer et Prizant, 1993).

Comme les relations avec les pairs se développent dans les années préscolaires, le langage devient une partie essentielle du jeu de l'enfant. Donc, si ce dernier est incapable de communiquer adéquatement, il sera isolé des pairs, ce qui peut l'amener à vivre du retrait social. Selon Meyer et Prizant (1993), de façon générale, les enfants d'âge préscolaire ayant des problèmes spécifiques au niveau du langage amorcent les interactions sociales de façon moindre que leurs pairs normaux. Ainsi, à deux ans, un retard de langage affecte significativement les interactions sociales et à trois ans, près de la moitié des enfants ayant des retards de langage présentent des problèmes au niveau de la socialisation.

#### *Problèmes intériorisés en lien avec les habiletés psychosociales*

Il y a donc plusieurs données qui prouvent les bienfaits de l'entraînement aux habiletés psychosociales auprès des enfants mais très peu qui précisent les liens entre certaines habiletés sociales et certains symptômes spécifiques de psychopathologies, surtout sur le plan des problèmes intériorisés et auprès des enfants ayant une déficience intellectuelle. Par contre, Rustin et Kuhr (1992) mentionnent que les difficultés de communication verbale (troubles de la parole et du langage) chez les enfants ayant une déficience intellectuelle peuvent amener ces derniers à être isolés, diminuant ainsi les occasions de développer ses habiletés sociales, source de problèmes de comportement qui, à leur tour, vont entraîner un plus grand isolement.

Une étude menée par Meyer et Prizant (1993) sur le langage et la communication affirme qu'il est maintenant bien établi qu'au moins la moitié de tous les enfants ayant des problèmes de langage et de communication présentent également des difficultés socio-émotionnelles significatives. Ces mêmes auteurs mentionnent qu'il serait important d'améliorer les données empiriques pour une meilleure compréhension du lien entre le développement socio-émotionnel et la communication ainsi qu'entre les disfonctions prématurées de l'enfance et le fonctionnement émotionnel. C'est en incluant la dimension socio-émotionnelle au niveau des recherches que la compréhension sur les effets des problèmes de communication pour plusieurs enfants sera améliorée.

Malheureusement, les recherches disponibles qui explorent ces liens chez les jeunes enfants sont limitées, ou encore absentes en ce qui concerne l'impact du langage et les problèmes de communication chez l'enfant dans la famille. Dans une étude menée par Ginsburg et al. (1998), il est mentionné que l'enfant présentant des troubles d'anxiété démontre également des problèmes dans les relations avec les pairs et donc dans ses habiletés psychosociales. Apparemment, cette étude serait la première à démontrer un lien entre les problèmes d'anxiété et les déficits dans les habiletés sociales. Ces auteurs mentionnent l'importance d'intervenir tôt dans l'enfance, puisqu'à l'adolescence

les problèmes initiaux ont augmenté et d'autres problèmes psychosociaux se sont joints.

### *Résumé*

Ces résultats montrent qu'il y a, chez les enfants ayant une déficience intellectuelle, une plus grande vulnérabilité face aux troubles de la personnalité ainsi qu'une inadéquacité sociale. Plus l'âge augmente, plus le taux de prévalence des problèmes intériorisés chez les personnes ayant une déficience intellectuelle augmente (Lacharité et al., 1996 ; MacLean, 1993 ; Matson et Frame, 1986). Par contre, il n'y a pas d'étude qui précise la fréquence spécifique chez les enfants d'âge préscolaire.

### *Objectifs de recherche*

Le but de cette recherche est de comprendre et d'acquérir des connaissances sur la problématique de la déficience intellectuelle chez les jeunes enfants (2 à 7 ans) pour ainsi contribuer aux efforts visant à prévenir l'apparition de problèmes psychologiques chez cette clientèle. L'objectif général est d'examiner la relation entre la présence de problèmes intériorisés et des déficits dans les habiletés psychosociales chez les enfants ayant une déficience intellectuelle. De façon plus spécifique, les objectifs sont d'observer la proportion de jeunes enfants ayant une déficience intellectuelle, qui présentent

des problèmes intériorisés, comparés à une population normale et d'examiner les liens entre les problèmes intériorisés et les habiletés psychosociales chez les enfants présentant une déficience intellectuelle. Ces liens seront examinés pour le groupe « atypique » ainsi que le groupe « normatif ».

### *Hypothèses*

- 1) L'enfant ayant une déficience intellectuelle manifestera davantage de problèmes intériorisés que l'enfant non déficient.
  
- 2) Moins un enfant ayant une déficience intellectuelle manifestera des habiletés psychosociales, plus il manifestera des problèmes intériorisés.

De manière exploratoire, les liens entre des habiletés psychosociales particulières et certains syndromes intériorisés spécifiques (anxiété, retrait social, etc.) seront examinés pour les enfants présentant une déficience intellectuelle.

## Méthode



### *Participants*

L'échantillon total compte 142 enfants âgés entre 2 et 7 ans. Tous les enfants à l'étude résident au domicile familial de façon régulière et toutes les familles ont participé sur une base volontaire en complétant les questionnaires appropriés. Cinquante-six de ces enfants présentent une déficience intellectuelle modérée ou sévère et reçoivent des services d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle. Les cas de déficience profonde ou de multihandicap ont été exclus. L'étude compte également un groupe de 86 enfants, âgés entre 2 et 6 ans, et qui ne présentent aucun retard intellectuel. Ce groupe de comparaison a été recruté par l'intermédiaire de garderies, maternelles et pré-maternelles.

### *Instruments de mesure*

*Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991)*. Le CBCL<sup>1</sup> permet aux parents, le père et la mère répondant de façon individuelle, de décrire les comportements de l'enfant à partir d'une liste d'une centaine d'énoncés évalués à partir d'une échelle de type Likert à 3 niveaux (0, 1, 2). Les énoncés sont regroupés par la suite en sous-échelles (comportements agressifs, comportements destructeurs, troubles du sommeil, somatisation, anxiété / dépression et retrait social) et en deux dimensions (les problèmes de type intériorisés et les problèmes de type extériorisés). Le coefficient de consistance

---

<sup>1</sup> La version « 2-3 ans » ou « 4 ans et plus » a été utilisée selon le groupe d'âge de l'enfant.

interne pour l'échelle totale est supérieur à 0,95. De façon séparée, l'échelle de consistance interne pour les problèmes intériorisés est supérieure à 0,93 et celle pour les problèmes extériorisés est supérieure à 0,92. Un enfant obtenant un score total dans la zone clinique est 9 fois plus à risque d'avoir un diagnostic de psychopathologie que les enfants obtenant un score sous la zone clinique. Cet instrument de mesure est un des plus utilisé en Amérique du Nord pour évaluer les problèmes psychologiques chez les enfants. Par contre, il a été peu utilisé auprès d'une clientèle d'enfants présentant une déficience intellectuelle.

Afin d'homogénéiser les informations recueillies, uniquement la version « 2-3 ans » a été utilisée auprès d'enfants présentant une déficience intellectuelle. Cette version a été retenue en raison du fait que, pour les enfants qui présentent des retards significatifs dans leur développement, Achenbach (1991) suggère d'utiliser la version qui se rapproche le plus de l'âge développemental de l'enfant.

Les cotes brutes du CBCL peuvent être transformées en cotes T en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant. Ces cotes permettent d'appliquer un critère clinique concernant l'intensité des problèmes manifestés par l'enfant. À l'échelle des problèmes intériorisés et des problèmes extériorisés, une cote T de 60 définit le point de coupure pour la zone clinique. Dans cette étude, les

normes américaines sont utilisées dans la standardisation des cotes brutes. Une étude de Lacharité (1997) montre qu'à l'intérieur d'un échantillon tout venant d'enfants québécois d'âge préscolaire, 17% obtiennent une cote de problèmes intériorisés correspondant au 85<sup>e</sup> percentile des normes américaines.

*Inventaire des compétences socio-émotionnelles de l'enfant (ICSE: Lacharité et coll., 1996).* L'ICSE permet à l'éducateur qui intervient auprès de l'enfant présentant des retards globaux de développement, d'évaluer la présence relative d'habiletés de base sur le plan social et émotionnel à l'aide d'une échelle allant de 1 à 5 (de « l'enfant ne semble pas posséder cette habileté dans son répertoire de comportements » à « l'enfant présente cette habileté de façon évidente dans n'importe quel type de condition ») pour chacune des habiletés étudiées. Une cote « non-applicable » peut être utilisée pour indiquer que, de l'avis de l'intervenant, l'enfant est en dessous de l'âge chronologique où cette compétence est normalement observée. L'instrument est donc composé de 40 énoncés qui décrivent des conduites couvrant divers domaines du développement social et émotionnel du jeune enfant : engagement social, régulation interne/concentration, régulation des affects, attachement (recherche de proximité et partenariat social), symbolisation langagière, habiletés prosociales, tolérance à la frustration (voir Appendice A).

L'ICSE a été construit en combinant ensemble des items provenant de trois sources différentes: l'Axe V du Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC/0-3: NCCIP, 1994), le Q-Set sur l'attachement (Waters et Deane, 1985) et l'Inventaire des habiletés psychologiques (Strayhorn et Weidman, 1988). La formulation des catégories de réponses de l'échelle en 5 points est également inspirée de l'Axe V du DC/0-3.

Considérant l'importance des habiletés communicationnelles soulignées dans le premier chapitre, deux sous-échelles ont été constituées. Une première est composée de 6 items de l'ICSE concernant les pré-requis à la communication (items 1 à 6). Une seconde sous-échelle est composée de 10 items se rapportant directement au domaine de la communication non verbale ou verbale (items 7 à 11, 24 à 27, 40). La sous-échelle « pré-requis à la communication » obtient un alpha de Cronbach de 0,91 et la sous-échelle « communication », un alpha de 0,89. Les sous-échelles « communication » et « pré-requis à la communication » sont mentionnées ici dans le but d'en tenir compte de manière isolée dans les analyses statistiques en lien avec les problèmes intériorisés puisque, comme les recherches le suggèrent, les enfants ayant des problèmes au niveau du langage et de la communication sont davantage à risque de présenter des problèmes émotionnels ou de comportement.

Dans l'ICSE, les items sont ordonnés de manière à refléter une progression développementale allant des conduites rudimentaires d'engagement social manifestées habituellement par des nourrissons (par exemple, « manifeste de l'intérêt et de la curiosité face aux personnes en général ») jusqu'à des conduites sociales plus élaborées qui se retrouvent normalement chez des enfants d'âge préscolaire (par exemple, « est capable d'engager et de soutenir une conversation avec quelqu'un d'autre »). L'ordre des items à l'intérieur de l'inventaire a été établi de manière indépendante par deux spécialistes du développement de l'enfant qui sont arrivés à un taux d'accord de 90%. Les juges ont, par la suite, discuté des items sur lesquels il y avait un désaccord et ces items ont été ordonnés après qu'un consensus entre les deux spécialistes ait été obtenu.

L'ICSE est corrigé en additionnant la cote obtenue à chacun des items. La catégorie « non-applicable » peut être recodée pour correspondre à une cote de 1 (absence de l'habileté). Cette procédure permet d'obtenir une cote totale qui varie entre 40 et 200 qui correspond à une étendue de 160 points. Une autre procédure alternative consiste à éliminer les items qui ont été considérés « non-applicables » et, à l'aide d'une règle de trois, de reporter la somme obtenue sur une étendue de 160 points allant de 40 à 200. C'est cette seconde procédure qui a été utilisée dans le cadre de cette étude. Les résultats obtenus par ces deux procédures sont hautement corrélés ( $r = 0,98$ ). Plus la cote totale est

élevée, plus l'enfant est perçu par l'intervenant comme ayant des habiletés socio-émotionnelles qui correspondent à ce qu'il considère comme étant normalement présent chez un enfant d'un même groupe d'âge. La cote parfaite de 200 signifie que l'enfant est perçu par l'intervenant comme possédant des conduites normalement attendues dans son groupe d'âge.

Le coefficient de consistance interne pour les 40 items est de 0,96. Aucune évaluation de la stabilité temporelle (test-retest) de la cote totale ni du taux d'accord inter-juges ne sont disponibles à ce moment. Il n'y a pas eu d'accord inter-juges pour plusieurs raisons. Entre autre, il aurait été difficile d'inclure les parents comme sources d'information fiables sur des aspects requérant une expertise en psychologie du développement de l'enfant et, d'autre part, l'avis recherché était celui de l'intervenant. Lacharité et coll. (1996) rapportent que la cote totale de l'ICSE n'est en relation ni avec le sexe de l'enfant, ni avec le statut conjugal des parents ou le niveau socio-économique de la famille. La corrélation entre la cote totale de l'ICSE et l'âge chronologique de l'enfant (en mois) est faible ( $r = 0,22$ ).

La validité de construit a été évaluée à partir de l'étude de Lacharité et coll. (1996) qui examine les liens entre la cote totale de l'ICSE, les résultats à un « check-list » de symptômes manifestés par l'enfant tirés du DSM-IV et du DC/0-3. Tous ces instruments ont été remplis par le même intervenant. La

corrélation entre l'ICSE et la sévérité des symptômes psychopathologiques manifestés par l'enfant est de 0,53 ( $p < 0.001$ ), indiquant par là que plus l'enfant est perçu comme possédant des habiletés socio-émotionnelles, moins il manifeste de symptômes psychopathologiques.

Comme l'ICSE exige de l'intervenant une connaissance fonctionnelle préalable du développement social et émotionnel normal de l'enfant âgé de 6 ans ou moins, les intervenants participant à l'étude ont reçu une brève activité de formation (2-3 heures). Cette formation, axée spécifiquement sur les divers contenus de l'instrument de mesure, a été donnée par une personne ayant une expertise dans le domaine du développement normal de l'enfant. Cette formation permettait à l'intervenant de mettre à jour ses repères développementaux et lui donnait une période d'entraînement à la codification de l'ICSE assistée par le même expert.

*Indice de soutien requis par l'enfant (Lacharité et coll., 1996).* L'ISRE est complété par l'intervenant responsable du suivi du dossier de l'enfant et fait essentiellement appel au jugement de l'éducateur. Ce dernier évalue le degré de soutien que l'enfant requiert de la part de son entourage (famille et communauté) afin de pouvoir fonctionner de façon optimale et fournit notamment une évaluation des caractéristiques cognitives de l'enfant (Appendice B). L'éducateur doit posséder une bonne connaissance

« fonctionnelle » de l'enfant qu'il décrit ainsi qu'une bonne connaissance « conceptuelle » des enfants du même groupe d'âge qui ne présentent pas de retards dans leur développement.

Dans le cadre de la présente étude, l'indice de soutien requis par l'enfant est à considérer comme covariable lors des analyses statistiques. Comme les enfants de l'échantillon sont très jeunes, il est difficile de trancher de façon précise sur le niveau de déficience auquel chacun appartient. L'ISRE permet d'obtenir une cote pour considérer les besoins de l'enfant, c'est-à-dire à quel point il requiert du soutien et de l'attention de la part des adultes et à quel point il requiert des services. L'indice de soutien requis par l'enfant permet donc à cette étude d'être davantage précise pour l'analyse des résultats.

L'ISRE s'inspire d'un document de travail concernant le cadre conceptuel et financier régissant les ressources intermédiaires en réadaptation (MSSS, 1995) et a été modifié pour que la grille d'évaluation soit mieux adaptée à la situation des enfants. C'est en se basant sur le développement « normal » d'un enfant que l'éducateur estime le degré de soutien spécifique requis par l'enfant présentant un retard de développement. L'éducateur peut utiliser toutes les sources d'information sur l'enfant dont il dispose (expérience directe, description par un tiers, éléments au dossier, etc.).



Le calcul de l'indice de soutien requis s'effectue en additionnant les cotes totales obtenues aux dimensions « Caractéristiques de l'enfant », « Niveau d'intervention requise » et « Niveau d'expertise requise ». Plus le score est élevé, plus le soutien que requiert l'enfant est intense. L'ISRE fournit notamment des renseignements sur l'enfant au niveau physique et cognitif. Le domaine physique comprend l'état de santé (présence de maladies chroniques, perte ou anomalie permanente d'un membre ou d'un organe sensoriel) et le fonctionnement physique de l'enfant (alimentation, élimination, mobilité). Le domaine cognitif réfère à l'accomplissement des principales fonctions cognitives, soit l'attention, la mémoire ainsi que la compréhension et le jugement. C'est la combinaison des cotes dans le domaine physique et cognitif qui sera utilisée comme co-variable permettant d'évaluer le niveau de fonctionnement de l'enfant.

*Déroulement:*

Le père et la mère de chaque enfant, autant dans le groupe d'enfants ayant une déficience que dans le groupe de comparaison, ont été rencontrés à domicile par un assistant de recherche qui s'est assuré que les parents répondent aux questionnaires de façon indépendante et il en a été de même avec la cueillette de données auprès de l'éducateur responsable du dossier de l'enfant présentant une déficience intellectuelle.

## Résultats

*Différence entre les enfants présentant une déficience intellectuelle et ceux du groupe « normatif »*

Le tableau 1 et le tableau 2 présentent les résultats obtenus par le groupe « normatif » et le groupe « déficience », fournis par les mères et les pères, en ce qui concerne les problèmes totaux, les problèmes intériorisés et les problèmes extériorisés chez l'enfant. Le coefficient de relation entre le point de vue des mères et celui des pères au CBCL est de 0,72. Autant du point de vue des mères que de celui des pères, il y a des différences significatives ( $p < 0.01$ ) positives entre les enfants ayant une déficience intellectuelle et ceux qui n'en n'ont pas. Les résultats démontrent que les enfants présentant une déficience intellectuelle ont davantage de problèmes intériorisés que les enfants dits « normaux ». Par contre, les résultats ne démontrent pas de différence significative en ce qui concerne les problèmes extériorisés entre les enfants du groupe « normatif » et les enfants du groupe déficience, autant dans les données fournies par les mères que celles fournies par les pères.

Tableau 1

Comparaison entre le groupe « déficience » et le groupe « normatif » quant aux cotes du CBCL fournies par la mère.

Variables	Déficience (n = 55) Moyenne / Écart-type		Normatif (n = 86) Moyenne / Écart-type		F
Problèmes intérieurisés	58,0	/ 11,0	51,9	/ 10,0	11.68 **
Problèmes extériorisés	54,2	/ 9,7	53,6	/ 9,2	0.15
Cote totale au CBCL	58,2	/ 10,8	53,7	/ 9,9	6.51 **

\*\* p<0.01.

Tableau 2

Comparaison entre le groupe « déficience » et le groupe « normatif » quant aux cotes du CBCL fournies par le père.

Variables	Déficience (n = 42) Moyenne / Écart-type		Normatif (n = 67) Moyenne / Écart-type		F
Problèmes intérieurisés	55,5	/ 11,8	50,1	/ 8,8	7.61 **
Problèmes extériorisés	51,7	/ 9,4	50,7	/ 8,4	0.36
Cote totale au CBCL	55,5	/ 10,4	50,8	/ 8,5	6.65 **

\*\* p<0.01.

*Liens entre les habiletés psychosociales et les problèmes intériorisés chez les enfants présentant une déficience intellectuelle*

Les corrélations entre les habiletés psychosociales et les problèmes intériorisés se retrouvent aux tableaux 3 et 4. Les résultats donnés par les mères et ceux donnés par les pères sont sensiblement identiques et rapportent les mêmes conclusions. Il y a un lien significativement négatif entre les problèmes intériorisés et les compétences psychosociales. Plus un enfant possède des compétences sociales et émotionnelles moins il manifeste des problèmes intériorisés. Dans le tableau 3, les habiletés « pré-requis à la communication » et « communication » sont corrélées négativement avec les problèmes intériorisés, c'est-à-dire que moins un enfant possède d'habileté à communiquer, plus il présente des problèmes de nature intériorisée. Plus particulièrement au niveau du retrait social, il y a corrélation significative ( $p < .01$ ) négative avec le score total de compétence, entre le retrait social et la compétence « pré-requis à la communication », ainsi qu'entre le retrait social et l'habileté « communication ». Ce qui signifie que plus l'enfant a de la difficulté à entrer en contact avec les autres et à communiquer, plus il est retiré socialement. Par contre, l'échelle d'anxiété / dépression n'est pas corrélée significativement avec les compétences sociales.

Lorsque la variable « indice de soutien requis » est contrôlée, comme il est présenté au tableau 4, il y a des liens significatifs négatifs entre le retrait social et le score total de compétence et également entre le retrait social et l'habileté à la communication. Ce qui veut dire que même lorsque le soutien requis par l'enfant ou son niveau de déficience est contrôlé, si l'enfant manifeste peu d'habileté sociales et émotionnelles (et notamment les pré-requis à la communication et la communication) il se montre également retiré socialement.

Tableau 3

Corrélations entre les habiletés psychosociales et les problèmes intériorisés (totaux, anxiété / dépression et retrait social) du groupe « déficience » (n = 56).

Variables	Mère			Père		
	A	B	C	A	B	C
Problèmes intériorisés	-.30 *	-.29 *	-.22	-.26	-.30 *	-.22
Anxiété / Dépression	-.01	.03	.06	-.07	-.08	-.02
Retrait social	-.40 **	-.38 **	-.34 **	-.43 **	-.39 *	-.39 *

A = Score total de compétence chez l'enfant

B = Score à la sous-échelle « Pré-requis à la communication »

C = Score à la sous-échelle « communication »

\* p<0.05. \*\* p<0.01.

Tableau 4

Corrélations partielles entre les habiletés psycho-sociales et les problèmes intériorisés (totaux, anxiété / dépression et retrait social) pour les enfants du groupe « déficience » en tenant compte de l'indice de soutien requis (n = 56).

Variables	Mère			Père		
	A	B	C	A	B	C
Problèmes intériorisés	-.24	-.26	-.15	-.21	-.29	-.17
Anxiété / Dépression	.02	.04	.11	-.03	-.07	.03
Retrait social	-.36 **	-.36 **	-.30 *	-.38 *	-.36 *	-.33 *

A = Score total de compétence chez l'enfant

B = Score à la sous-échelle « Pré-requis à la communication »

C = Score à la sous-échelle « communication »

\*  $p < 0.05$ . \*\*  $p < 0.01$ .

*Différence entre les enfants présentant une cote dans la zone clinique pour les problèmes intériorisés et ceux ayant une cote dans la zone normale*

Dans le cadre de la présente étude, lorsque l'enfant obtient une cote  $\geq 60$  au CBCL selon la mère et le père, il est considéré comme ayant des problèmes intériorisés. Seize enfants sur 56 atteignent ce critère. Lorsque l'enfant obtient une cote  $< 60$  selon la mère et le père, il est considéré comme n'ayant aucun problèmes intériorisé. Vingt enfants sur 56 atteignent ce critère. Le tableau 5 présente les résultats aux sous-échelles d'habiletés psychosociales pour ces deux sous-groupes contrastés.

Il est possible de constater que les enfants présentant des problèmes intériorisés manifestent significativement moins d'habiletés psychosociales en général ( $p = .018$ ) et, en particulier, moins d'habiletés reliées aux pré-requis à la communication ( $p = .051$ ) et à la communication ( $p = .059$ ).



Tableau 5  
Différences dans les cotes d'habiletés psychosociales en fonction des sous-  
groupes contrastés sur la base du point de coupure clinique à l'échelle de  
problèmes intériorisés.

Variable	Pas de problèmes intériorisés (N=20) Moyenne / Écart-type	Présence de problèmes intériorisés(N=16) Moyenne / Écart-type	F	p
Pré-requis à la communication	29.2 / 1.7	26.6 / 5.4	4.11	.051
Sous-échelle de Communication	38.1 / 8.1	32.3 / 9.8	3.83	.059
Compétence totale	155.3 / 25.3	132.9 / 28.6	6.21	.018

## Discussion

Comme il est démontré dans les écrits scientifiques, les enfants ayant une déficience intellectuelle présentent plusieurs formes de problèmes psychopathologiques. Par contre, ce qui est davantage souligné dans les recherches, ce sont les problèmes de nature extériorisée. La présente étude permet donc de faire un pas du côté des problèmes intériorisés.

Avec les enfants ayant une déficience intellectuelle, on s'attend à voir des problèmes de comportement alors que la présente étude souligne l'importance des problèmes intériorisés chez les jeunes enfants présentant des retards globaux de développement. Les problèmes intériorisés font moins parties des demandes de consultation que les problèmes extériorisés mais, comme les résultats précédents le démontrent, ils n'en demeurent pas moins important au niveau de la déficience intellectuelle. Puisque les enfants présentant une déficience intellectuelle sont plus vulnérables dans leur fonctionnement quotidien, il est donc possible de penser qu'ils soient plus à risque de développer une psychopathologie.

Les résultats du précédent chapitre font ressortir l'importance des problèmes de communication chez l'enfant ayant une déficience intellectuelle et qui affectent son développement social. En effet, l'enfant aux prises avec une déficience intellectuelle présente très tôt des difficultés à communiquer (vivre et gérer ses émotions, sentir l'autre et interagir avec), ce qui l'amène

graduellement à être isolé et possiblement à être rejeté par les pairs. Il est vraisemblable de croire qu'un enfant qui présente des difficultés à s'exprimer, à tenir compte de l'autre et qui ne sait gérer ses émotions (fait des crises à la moindre frustration) puisse être mis à part par les autres enfants. C'est à ce moment que peut apparaître les symptômes intériorisés, et en particulier le retrait social, étant vu comme la communication du malaise de l'enfant.

Autre fait à noter, l'âge des sujets de l'échantillon. En général, dans les recherches menées auprès des enfants ayant une déficience intellectuelle, il est surtout question d'enfants d'âge scolaire et d'adolescents. Très peu d'études ont été faites chez les jeunes enfants ayant une déficience intellectuelle. Il est donc intéressant de constater qu'il est possible d'évaluer l'importance des problèmes de nature intériorisée chez les très jeunes enfants qui présentent des retards d'ordre intellectuel. Il est également possible d'établir des liens entre les habiletés socio-émotionnelles et les problèmes intériorisés chez cette même clientèle. Puisque les études ont démontré que les problèmes intériorisés augmentent avec l'âge, le fait d'identifier les pathologies ou les déficits le plus tôt possible permet de limiter une détérioration des conditions de vie future de l'enfant.

Un autre point intéressant à souligner est que cette étude tient compte de l'évaluation que les pères font de leur enfant. Il y a très peu de recherches

menées auprès des enfants qui présentent l'évaluation que les deux parents font de leur enfant. La présente étude possède donc l'avantage d'avoir la représentation que la mère se fait de son enfant ainsi que celle du père. Donc, le fait d'avoir un deuxième avis, celui du père en l'occurrence, vient ajouter un appui supplémentaire aux résultats de cette recherche.

De plus, les résultats aux analyses statistiques des mères et des pères sont pratiquement semblables et ce, malgré le fait que leur opinion ait été obtenue de manière indépendante. Ce qui démontre que les deux parents sont des informateurs aussi fiable l'un que l'autre. Dans cette optique, il serait important et intéressant de pouvoir inclure les pères au niveau de la recherche.

Dans le même sens, l'évaluation des variables « problèmes intériorisés » et « habiletés psychosociales » a été rendue par des personnes différentes. Elle vient donc de trois sources, soit du père, de la mère et de l'éducateur. Le lien trouvé entre les deux concepts ne vient pas du fait que c'est la même personne qui a fait l'évaluation de la situation de l'enfant car ce n'est pas le cas. Ce qui n'est pas à négliger puisque, en regardant les corrélations à l'étude, elles ont été sensiblement les mêmes entre la mère et l'intervenant ainsi qu'entre le père et l'intervenant. Ces données permettent de renforcer l'hypothèse qui mentionne que, moins un enfant ayant une déficience intellectuelle manifeste des habiletés psychosociales, plus il présente des problèmes intériorisés.

Le lien trouvé entre les problèmes intériorisés et les habiletés psychosociales montre bien qu'il s'agit de deux concepts qui se rapprochent mais qui abordent des phénomènes différents. En mettant en lien ces deux concepts, un programme d'entraînement aux habiletés sociales pourrait être fait de façon adaptée et ainsi améliorer les conditions de vie de cette clientèle (Matson et Ollendick, 1988). C'est-à-dire qu'en ayant établi à prime abord un lien entre certains symptômes intériorisés et des déficiences au niveau de certaines habiletés sociales chez l'enfant ayant une déficience intellectuelle, il serait possible de créer un programme d'entraînement aux habiletés psychosociales adapté et ainsi diminuer les symptômes de même que la souffrance associée. Notons que plus il est possible de voir et reconnaître concrètement des symptômes, plus il est possible d'intervenir ou de cibler adéquatement les interventions dans un programme adapté aux pathologies.

Certaines limites marquent cette étude. Premièrement, le fait que l'échantillon est restreint. Certains enfants ont dû être exclus de l'échantillon puisqu'ils présentaient de multiples handicaps, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats de la présente étude à ce type d'enfant.

Il y a peut-être des liens différents à faire avec certains problèmes particuliers reliés à la déficience. Comme par exemple, un échantillon uniquement d'enfants trisomiques pourrait présenter des résultats différents où il

y aurait place à d'autres interprétations. La présente étude transmet des résultats généraux au niveau d'une population d'enfants présentant une déficience intellectuelle. Puisque toute l'étiologie de la déficience n'a pas été considérée lors de cette étude, les résultats se trouvent donc limités.

Deuxièmement, une autre limite qui mérite une attention particulière est que cette recherche en est une de corrélation. Les résultats démontrent une association entre deux concepts et ne permet pas de mettre en lumière les liens de cause à effet. Il n'est donc pas possible ici de préciser si c'est davantage le manque d'habileté socio-émotionnelles qui amènent des problèmes intériorisés dans un échantillon d'enfants ayant une déficience intellectuelle ou bien l'inverse.

Une troisième limite relative à cette étude concerne l'évaluation des habiletés socio-émotionnelles de l'enfant. Les habiletés ont été observées par un seul évaluateur et à un moment précis. Si l'évaluation avait été faite à plusieurs reprises et qu'une moyenne des résultats avait été obtenue par la suite, les résultats auraient été davantage fiables.

Finalement, la présente étude s'est limitée aux données relatives à l'enfant. Puisque plusieurs recherches sont menées auprès des familles (les relations d'attachement, les caractéristiques des parents en lien avec les

caractéristiques de l'enfant, le réseau social des familles, l'organisation des familles, etc.), il apparaissait important de s'attarder davantage à l'enfant. Par contre, le fait de ne pas tenir compte des caractéristiques des familles limite la généralisation des résultats et l'interprétation. Avoir des données supplémentaires auraient permis de faire des nuances dans l'interprétation des résultats.

Suite à cette étude, il serait intéressant de pouvoir réaliser des recherches de type longitudinal chez les enfants ayant une déficience intellectuelle. Des études futures pourraient se baser sur un programme d'entraînement précoce aux habiletés psychosociales, pour ainsi voir l'effet à long terme et comparer un échantillon ayant reçu le programme à un autre ne l'ayant pas suivi. Ce type d'étude pourrait démontrer qu'avec un entraînement précoce aux habiletés socio-émotionnelles, les jeunes enfants présentent moins de problèmes intériorisés. Donc, des études davantage longitudinales et de cause à effet pourraient éclairer ce champ d'intérêt.



## Conclusion

L'objectif principal de cette étude était d'examiner la relation entre la présence de problèmes intériorisés et les déficiences dans les habiletés psychosociales dans un échantillon d'enfants présentant une déficience intellectuelle. Plus spécifiquement, elle visait à se pencher sur la proportion de jeunes enfants ayant une déficience intellectuelle et qui présentent des problèmes intériorisés comparée à une population normale ainsi que de se pencher sur les liens entre les problèmes intériorisés et les habiletés psychosociales chez les enfants présentant une déficience intellectuelle.

La présente étude a montré que les enfants ayant une déficience intellectuelle ont plus de problèmes intériorisés que les enfants de la population normale. Ce qui ressort également de cette étude est la présence de relation entre les habiletés psychosociales et les problèmes intériorisés. Plus un enfant se montre compétent dans ses habiletés psychosociales, moins il a de problèmes intériorisés. De même, moins un enfant possède d'habiletés à communiquer, plus il présente des problèmes de nature intériorisée, plus spécifiquement au niveau du retrait social et des pré-requis à la communication. Ces données sont confirmées même lorsque l'indice de soutien requis par l'enfant est contrôlé, c'est-à-dire peu importe le degré de déficience des enfants de l'échantillon.

Pour conclure, être en mesure d'aider les enfants très tôt à entrer en

relation et à communiquer pourrait mettre en place des facteurs de protection contre des problèmes important de nature psychopathologique et cela pourrait ainsi contribuer à un mieux être chez les enfants présentant une déficience intellectuelle.

## Références

- Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psychopathology* (2e éd.). New-York : Wiley.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manuel for the CBCL / 4-18 & 1991 Profile*. Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1992). *Manuel for the CBCL / 2-3*. Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Bouvard, M. P., Paris, P., & Dugas, M. (1993). Évolution de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. *Encephale*, 19 (3), 473-479.
- Dodge, K. A. (1991). The structure and fuction of proactive and reactive aggression. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp.201-218). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of psychology*, 44, 559-584.
- Cullinan, D., Epstein, M. H., Matson, J. L., & Rosemier, R. A. (1984). Behavior problems of mentally retarded and nonretarded adolescent pupils. *School Psychology Review*, 13, 381-384.
- Gasquet, I. (1994). Approche épidémiologique de l'évolution avec l'âge et le sexe de la dépression infanto-juvénile. *Psychiatrie de l'enfant*, 37 (2), 533-566.
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders : relation with social and emotional functioning. *Journal of abnormal child psychology*, 26 (3), 175-185.
- Gremaud, G. (1991). *Aspects de la communication référentielle et de la prise de rôle en handicap mental*. Suisse : Delval.
- Keltner, D., & Moffitt, T. E. (1995). Facial expressions of emotion and psychopathology in adolescent boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (4), 644-652.
- Koot, H. M., & Verhulst, F. C. (1992). Prediction of children's referral to mental health and special education services from earlier adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33 (4), 717-729.
- Lacharité, C., Gladu, S., & Boutet, M. (1996). *Caractéristiques individuelles et qualité de l'environnement familial en tant que facteurs associés à l'adaptation psychologique du jeune enfant présentant une déficience intellectuelle*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- MacLean, W. E. Overview. In Matson, J. L. and Barrett, R. P. (1993). *Psychopathology in the Mentally Retarded* (2e éd.). London : Allyn and Bacon.

- Matson, J. L., & Frame, C. L. (1986). *Psychopathology among mentally retarded children and adolescents*. London : Sage Publications.
- Matson, J. L., & Ollendick, T. H. (1988). *Enhancing children's social skills*. New York : Pergamon Press
- Meyer, E. C., & Prizant, B. M. (1993). Socioemotional Aspects of language and social-communication disorders in young children and their families. *AJSLP*, 2, 56-71.
- Moreau, C. A. (1990). L'entraînement aux interactions sociales réciproques auprès d'enfant ayant une déficience intellectuelle: contributions des recensions d'écrits. *Comportement humain*, 4 (2), 87-101.
- Mouren-Siméoni, M. C., & Bouvard, M. P. (1992). Temps et dépression chez l'enfant et l'adolescent. *Encephale*, 18 (4), 499-506.
- Paquette, D., & Lafrenière, P. J. (1994). Les enfants anxieux-isolés sont-ils inhibés dans un contexte de nouveauté sociale? *Canadian Journal of Behavioral Science*, 26 (4), 534-550.
- Provost, M. A. (1990). *Le développement social des enfants*. Ottawa : Agence D'ARC.
- Reiss, S. (1990). Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *American Journal of Mental Retardation*, 94, 578-585.
- Reynolds, W. M. (1992). *Internalizing disorders in children and adolescents*. Toronto : John Wiley & Sons.
- Rotatori, A. F., Schwenn, J. O., & Burkhardt, S. (1998). *Advances in special education*. London : Jai Press.
- Rothbaum, F., & Weisz, J. R. (1989). *Child psychopathology and the quest for control*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Rustin, L., & Kuhr, A. (1992). *Troubles de la parole et habiletés sociales*. Paris : Masson.
- Tessier, R., Tarabulsky, G. M., Provost, M. A. (1996). *Les relations sociales entre les enfants*. Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Tonge, B. J., Einfeld, S. L., Krupinski, J., Mackenzie, A., Mclaughlin, M., Florio, T., & Nunn, R. J. (1996). The use of factor analysis for ascertaining patterns of psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 40 (3), 198-207.

## Appendice A

# INVENTAIRE DES COMPETENCES EMOTIONNELLES FONCTIONNELLES CHEZ LE JEUNE ENFANT

Lacharité (1994)

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Nom du répondant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Voici une liste d'habiletés que les enfants apprennent graduellement à manifester au cours de leur développement. Indiquez en encerclant le chiffre approprié dans quelle mesure cet enfant possède actuellement chacune de ces habiletés.

1	2	3	4	5
L'enfant ne semble pas posséder cette habileté dans son répertoire de comportements	L'enfant ne présente cette habileté que lorsqu'on lui procure un soutien significatif	L'enfant présente en partie cette habileté, soit sous un nombre restreint de conditions soit sous une forme immature	L'enfant présente cette habileté de façon évidente sous la plupart des conditions, mais elle est moins solide dans les situations de stress	L'enfant présente cette habileté de façon évidente dans n'importe quel type de condition

N/A = Non-applicable (i.e. l'enfant est en-dessous de l'âge chronologique où cette compétence est normalement observée)

1. Manifeste de l'intérêt et de la curiosité face aux personnes en général. ....	1	2	3	4	5	N/A
2. Manifeste un intérêt et une curiosité plus intense face à sa mère, son père et d'autres adultes qui prennent soin de lui.....	1	2	3	4	5	N/A
3. Lorsque l'adulte lui parle ou le touche, il se tourne la tête et établit un contact visuel avec lui.....	1	2	3	4	5	N/A
4. Lorsque l'adulte lui parle ou le touche, il est capable de lui faire au moins un sourire.....	1	2	3	4	5	N/A
5. Lorsque l'adulte lui parle ou le touche, il est capable de faire des gestes ou des expressions faciales qui signalent clairement une sensation de plaisir.....	1	2	3	4	5	N/A
6. Lorsque l'adulte lui parle ou le touche, il est capable de faire des gestes ou des expressions faciales qui signalent clairement qu'à mesure que le contact dure il se sent en sécurité et confortable dans cette interaction.....	1	2	3	4	5	N/A
7. Manifeste émotions variées (joie, colère, détresse, surprise, etc.) à l'intérieur des interactions avec l'adulte.....	1	2	3	4	5	N/A
8. Signale ses intentions à l'adulte par des gestes, des sons ou des expressions faciales (par exemple: pointer du doigt lorsqu'il veut obtenir un objet, tendre les bras lorsqu'il veut se faire prendre, etc.)	1	2	3	4	5	N/A
9. Est capable d'exprimer une émotion (par exemple: plaisir, colère, protestation, etc.) <u>en réaction</u> au comportement de l'adulte lors d'une interaction.....	1	2	3	4	5	N/A
10. Est capable de soutenir des échanges réciproques (qui peuvent être non-verbaux) avec l'adulte qui durent au moins 1 à 2 minutes.....	1	2	3	4	5	N/A
11. Est capable de soutenir des échanges réciproques (qui peuvent être non-verbaux) avec l'adulte qui durent au moins 10 à 15 minutes.....	1	2	3	4	5	N/A
12. Est capable d'explorer un jouet ou un objet en le regardant, le touchant, le manipulant pendant au moins 1 à 2 minutes.....	1	2	3	4	5	N/A
13. Est facilement consolé par l'adulte.....	1	2	3	4	5	N/A
14. Sollicite activement le réconfort de l'adulte quand il est en détresse.....	1	2	3	4	5	N/A
15. Les cycles «proximité-exploration-proximité» sont repérables en-dedans d'une demie à une heure (par exemple, l'enfant se tient près de l'adulte quelques minutes puis va jouer plus loin 20-30 minutes et revient vers l'adulte).....	1	2	3	4	5	N/A
16. Préfère être réconforté par un adulte.....	1	2	3	4	5	N/A
17. Lorsqu'il joue ou explore à la maison ou dans un autre lieu familier, il lui arrive souvent d'aller spontanément vers l'adulte.....	1	2	3	4	5	N/A
18. Sollicite activement l'aide ou le réconfort de l'adulte après avoir subi une légère blessure.....	1	2	3	4	5	N/A
19. Les cycles «proximité-exploration-proximité» sont repérables en dedans de 3 à 5 heures (par exemple, l'enfant se tient près de l'adulte quelques minutes puis s'occupe à autre chose pendant 3-4 heures et revient vers l'adulte).....	1	2	3	4	5	N/A



1	2	3	4	5
L'enfant ne semble pas posséder cette habileté dans son répertoire de comportements	L'enfant ne présente cette habileté que lorsqu'on lui procure un soutien significatif	L'enfant présente en partie cette habileté, soit sous un nombre restreint de conditions soit sous une forme immature	L'enfant présente cette habileté de façon évidente sous la plupart des conditions, mais elle est moins solide dans les situations de stress	L'enfant présente cette habileté de façon évidente dans n'importe quel type de condition

N/A = Non-applicable (i.e. l'enfant est en-dessous de l'âge chronologique où cette compétence est normalement observée)

20.	Dans un lieu non familial, il revient souvent spontanément après une période d'exploration ou de jeu.....	1	2	3	4	5	N/A
21.	Jouer à «faire semblant» de façon simple en utilisant des jouets représentant des choses ou des personnages réels (par exemple, faire semblant de boire avec une tasse-jouet, faire semblant de nourrir un bébé avec une poupée, etc.).....	1	2	3	4	5	N/A
22.	Jouer à «faire semblant» en représentant un objet par un autre sans qu'il y ait de lien apparent entre les deux (par exemple: utiliser un bâton pour représenter un fusil, utiliser une boîte de carton pour faire un petit lit, etc.).....	1	2	3	4	5	N/A
23.	Jouer à «faire semblant» en élaborant un scénario qui implique une série de plusieurs actions et la présence d'idées, d'intentions et d'émotions variées (par exemple: «le papa fait un accident d'auto / l'ambulance arrive / le papa va à l'hôpital / le docteur soigne le papa»).....	1	2	3	4	5	N/A
24.	Utiliser des mots ou des sons qui ressemblent à des mots pour désigner ou décrire des objets ou des événements (par exemple: «vroum-vroum», «camion», «tomber», etc.).....	1	2	3	4	5	N/A
25.	Manifeste à l'adulte ses intentions et ses désirs en utilisant des mots ou des sons qui ressemblent à des mots (par exemple: «lolo», «veux du jus», etc.).....	1	2	3	4	5	N/A
26.	Utilise des mots pour parler des émotions (par exemple: «maman fâchée», «je suis contente», «je t'aime beaucoup», «c'est le fun», etc.).....	1	2	3	4	5	N/A
27.	Fait la différence entre une situation de jeu ou de fantaisie et une situation réelle (par exemple: le père grogne pour faire semblant d'être un loup et l'enfant fait semblant de se cacher en riant plutôt que de réagir par de la peur).....	1	2	3	4	5	N/A
28.	Montre son appréciation et sa gratitude à l'autre (par exemple: montre sa joie lorsque l'autre lui fait un cadeau, dit spontanément merci, etc.).....	1	2	3	4	5	N/A
29.	Tire de la satisfaction des choses qu'il réussit à réaliser ou à accomplir.....	1	2	3	4	5	N/A
30.	Être compréhensif et se préoccuper des sentiments des autres.....	1	2	3	4	5	N/A
31.	A du plaisir à poser des gestes gentils face à quelqu'un d'autre (par exemple: aider l'autre, rendre un service, etc.).....	1	2	3	4	5	N/A
32.	Tolère de <u>ne pas avoir</u> ce qu'il désire sans que cela le perturbe à l'excès.....	1	2	3	4	5	N/A
33.	Tolère un certain temps d'attente avant d'obtenir ce qu'il demande.....	1	2	3	4	5	N/A
34.	Vit des événements déplaisants sans que cela le perturbe à l'excès (par exemple: ne pas réussir à ouvrir une boîte, aller chez le dentiste, être surpris par un orage, etc.).....	1	2	3	4	5	N/A
35.	Fait des concessions ou des compromis.....	1	2	3	4	5	N/A
36.	Lorsqu'il ne réussit pas du premier coup, il est capable d'explorer d'autres stratégies afin d'arriver à ses fins.....	1	2	3	4	5	N/A
37.	Se conforme lorsque l'adulte lui fait une demande.....	1	2	3	4	5	N/A
39.	Est capable de se reposer et de se détendre.....	1	2	3	4	5	N/A
39.	Demande de l'aide lorsque cela s'avère nécessaire.....	1	2	3	4	5	N/A
40.	Est capable d'engager et de soutenir une conversation avec quelqu'un d'autre. Cela implique qu'il y ait un échange verbal d'idées entre lui et l'autre qui soit cohérent (communique des idées et écoute les idées de l'autre).....	1	2	3	4	5	N/A

Appendice B

# INDICE DE SOUTIEN REQUIS PAR L'ENFANT

## Protocole de cotation

Carl Lacharité, Ph.D. (1995)

---

### INTRODUCTION

---

Cet inventaire fait essentiellement appel au jugement de l'éducateur. Il requiert de sa part une bonne connaissance «fonctionnelle» de l'enfant qu'il décrit ainsi qu'une bonne connaissance «conceptuelle» des enfants du même groupe d'âge qui ne présentent pas de retards dans leur développement. L'inventaire vise à estimer le degré de soutien que l'enfant requiert de la part de son entourage (famille et communauté) afin de pouvoir fonctionner de façon optimale.

Contrairement à l'approche utilisée à l'intérieur des échelles de développement et de comportements adaptatifs consistant à inventorier un grand nombre de comportements spécifiques, cet inventaire demande à l'éducateur de se situer à un niveau d'abstraction plus élevé et de porter un jugement sur des secteurs globaux du fonctionnement de l'enfant (domaine physique, cognitif, affectif, comportemental et relationnel).

L'inventaire demande également à l'éducateur de décrire le degré d'intensité des interventions spécifiques qui peuvent être requises par l'enfant et qui peuvent apparaître à l'intérieur du plan d'intervention prévu. Le niveau d'expertise requise pour dispenser ces interventions spécifiques doit également être estimé.

Il est entendu qu'un enfant qui ne présente aucun retard de développement exige une somme significative de soutien et d'assistance de la part de sa famille et de la communauté pour se développer adéquatement. C'est en se basant sur ce critère normatif que nous demandons à l'éducateur d'estimer le degré de soutien spécifique requis par l'enfant présentant un retard de développement. Pour ce faire, l'éducateur peut utiliser toutes les sources d'information sur l'enfant dont il dispose (expérience directe, description par un tiers, éléments au dossier, etc.). Si l'éducateur désire mettre à jour ses connaissances du développement normal chez l'enfant du même groupe d'âge que l'enfant qu'il évalue, il peut prendre quelques minutes et en discuter avec ses collègues, les conseillers professionnels de son organisme ou toutes autres personnes susceptibles de l'aider à se représenter adéquatement le genre de soutien que requiert un enfant normal.

---

### CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT

---

#### 1. DOMAINE PHYSIQUE

##### A) Etat de santé

*Réfère à la présence ou non de déficiences organiques (maladies), physiques (motrices) ou sensorielles (auditives ou visuelles). L'expression «déficiência organique» réfère à la présence de maladies chroniques telles l'épilepsie, la sclérose en plaque, le diabète, les troubles cardio-vasculaires, le cancer, etc. Les maladies ou malaises occasionnels ou ponctuels tels la grippe, l'otite, la varicelle, etc. ne doivent pas être considérés comme des déficiences organiques. Les expressions «déficiência physique» et «déficiência sensorielle» réfèrent à une perte ou anomalie permanente d'un membre ou d'un organe sensoriel.*

0 = Absence de problème organique, de déficiences physiques et sensorielles

1 = Absence de problème organique et présence de déficiences physiques ou sensorielles ou les deux

2 = Présence de problème organique et absence de déficiences physiques ou sensorielles

3 = Présence de problème organique et présence de déficiences physiques ou sensorielles

4 = Présence de problème organique et présence de déficiences physiques et sensorielles

## B) Fonctionnement physique

Réfère à l'accomplissement des trois activités de vie quotidienne suivantes: *l'alimentation, l'élimination et la mobilité. L'important ici est le résultat obtenu quel que soit le moyen technique utilisé tels orthèse, prothèse, fauteuil roulant, ustensiles adaptés, attaches de velcro, etc.)*

- |    |   |
|----|---|
| 0= | L'enfant manifeste de façon stable pour cette fonction un degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge  |
| 1= | L'enfant possède en général pour cette fonction un degré d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge. Mais, dans certains contextes particuliers ou à certains moments particuliers, il manifeste une difficulté évidente (comparée aux enfants du même âge) à réaliser les activités reliées à cette fonction. |
| 2= | L'enfant possède pour cette fonction un degré d'autonomie plus faible que celui manifesté normalement par les enfants du même âge. Il est capable de réaliser certaines activités reliées à cette fonction mais sous une forme immature. Cette immaturité est régulière et stable.  |
| 3= | L'enfant présente, pour cette fonction, des difficultés marquées à manifester un degré d'autonomie correspondant minimalement à celui des enfants du même âge.  |
| 4= | L'enfant ne semble pas posséder dans son répertoire comportemental les habiletés nécessaires permettant accomplir, même minimalement, les activités de base de cette fonction telles qu'on peut les observer chez les enfants du même âge.  |

## 2. DOMAINE COGNITIF

Réfère à l'accomplissement des principales fonctions cognitives:

- a. *L'attention: la capacité à se concentrer et à maintenir son attention sur une tâche.*
- b. *La mémoire: la capacité d'utiliser des souvenirs (d'objets, de personnes ou de situations) pour apprendre et résoudre des problèmes et la capacité à conserver temporairement l'information récemment acquise*
- c. *La compréhension et le jugement: La capacité de raisonner et de prendre des décisions qui sont appropriées au contexte.*

- |    |  |
|----|--|
| 0= | L'enfant manifeste de façon stable pour ce domaine un degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge   |
| 1= | L'enfant manifeste pour ce domaine un degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais il est possible d'observer certaines restrictions ou difficultés sous l'une ou plusieurs des formes suivantes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ne fonctionne pas à ce niveau pour l'ensemble des fonctions cognitives (par exemple, difficultés manifestes à maintenir son attention, à mémoriser à court ou à long terme, etc.)</li> <li>b) ne fonctionne pas à ce niveau dans des conditions de stress</li> <li>c) fonctionnement à ce niveau seulement avec certaines personnes (par exemple, la mère ou l'éducateur) et pas avec d'autres</li> </ol> |
| 2= | L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais manifeste des habiletés correspondant à <u>toutes</u> les étapes développementales précédentes   |
| 3= | L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais manifeste des habiletés correspondant à <u>quelques-unes</u> des étapes développementales précédentes  |

4=	L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge et ne manifeste aucune habiletés correspondant aux étapes développementales précédentes
----	--

### 3. DOMAINE AFFECTIF OU ÉMOTIONNEL

Réfère à la qualité habituelle de l'humeur et de l'affect. Les trois aspects peuvent être considérés:

a. L'étendue et la variété des affects: le nombre d'affects que l'enfant manifeste. Lors des premières périodes développementales précoces l'étendue des affects est limitée ou étroite; lors des périodes subséquentes, cette étendue s'élargit graduellement. Cela englobe également l'observation des types particuliers d'affects: rage, jalousie, colère, amour, empathie, etc.

b. Le caractère approprié des affects: particulièrement en relation avec l'humeur générale et le contexte.

c. La capacité de régulation affective: degré de contrôle que l'enfant exerce dans l'expression des émotions

0=	L'enfant manifeste de façon stable pour ce domaine un degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge
----	--

1=	L'enfant manifeste pour ce domaine un degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais il est possible d'observer certaines restrictions ou difficultés sous l'une ou plusieurs des formes suivantes:
----	--

a) ne fonctionne pas à ce niveau dans l'ensemble des affects (par exemple, difficultés manifestes face à l'expression de peur, d'affection ou de colère, etc.)

b) ne fonctionne pas à ce niveau dans des conditions de stress

c) fonctionnement à ce niveau seulement avec certaines figure d'attachement et pas avec d'autres

2=	L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais manifeste des habiletés correspondant à <u>toutes</u> les étapes développementales précédentes
----	--

3=	L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais manifeste des habiletés correspondant à <u>quelques</u> étapes développementales précédentes
----	--

4=	L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge et ne manifeste aucune habiletés correspondant aux étapes développementales précédentes
----	--

### 4. DOMAINE DES COMPORTEMENTS SOCIALISÉS (SOCIALISATION)

Réfère à la façon d'agir de l'enfant en ce qui regarde les comportements de respect de soi, des autres et des règles et normes sociales.

a. L'étendue et la variété des comportements: le nombre de comportements de respect de soi, des autres et des règles et normes sociales que l'enfant manifeste. Lors des premières périodes développementales précoces l'étendue de ces comportements est limitée ou étroite; lors des périodes subséquentes, cette étendue s'élargit graduellement. Cela englobe également l'observation des types particuliers de comportements sociaux: affirmation, conformisme, manipulation, agressivité, partage, etc..

b. Le caractère approprié des comportements: particulièrement en relation avec le tempérament de l'enfant et le contexte.

c. La capacité de régulation comportementale: degré de contrôle de l'enfant, internalisation des règles et des normes sociales appropriées à son âge.

- 0= L'enfant manifeste de façon stable pour ce domaine un degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge
- 1= L'enfant manifeste pour ce domaine un degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais il est possible d'observer certaines restrictions ou difficultés sous l'une ou plusieurs des formes suivantes:
- a) ne fonctionne pas à ce niveau pour l'ensemble des comportements socialisés (par exemple, étendue et variété adéquates des comportements socialisés mais difficultés manifestes à agir de façon appropriée au contexte, etc.)
  - b) ne fonctionne pas à ce niveau dans des conditions de stress
  - c) fonctionnement à ce niveau seulement avec certaines figure d'attachement et pas avec d'autres
- 2= L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais manifeste des habiletés correspondant à toutes les étapes développementales précédentes
- 3= L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais manifeste des habiletés correspondant à quelques étapes développementales précédentes
- 4= L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge et ne manifeste aucune habiletés correspondant aux étapes développementales précédentes

## 5. DOMAINE RELATIONNEL

### A) Structure du réseau social

*Réfère la diversité des contacts avec les figures normalement présentes dans le réseau social d'un enfant, divisées selon les quatre catégories suivantes:*

- a. *Les figures parentales*
- b. *La famille élargie (grand-parents, etc.)*
- c. *Les pairs*
- d. *Les intervenants (éducateurs, etc.)*

L'enfant interagit avec:

- 0= L'ensemble des catégories de figures sociales (4/4)
- 1= La majorité des catégories de figures sociales (3/4)
- 2= La moitié des catégories de figures sociales (2/4)
- 3= La minorité des catégories de figures sociales (1/4)
- 4= Aucune des catégories (0/4)

### B) Le fonctionnement à l'intérieur du réseau social

Réfère à la qualité des interactions que l'enfant entretient avec les personnes avec lesquelles il entre en contact quel que soit le nombre de catégories de figures sociales avec lesquelles il a des contacts. Les aspects suivants peuvent être examinés (chez les enfants de 2 ans et plus):

- a. Les capacités d'attention et d'engagement interpersonnel: l'intérêt et la curiosité de l'enfant à l'égard des autres et notamment sa capacité à reconnaître et à vouloir interagir avec des personnes familières.
- b. Les capacités de communication bi-directionnelle: les capacités à répondre de façon contingente (verbalement ou non-verbalement) aux comportements de l'autre lors d'une interaction.
- c. Les capacités de représentation symbolique: la capacité de l'enfant à partager des significations (mots, actes symboliques) avec l'autre à travers des activités langagières ou ludiques.

Si la qualité des contacts diffère beaucoup d'une catégorie à l'autre, décrivez la qualité des contacts en ce qui concerne la catégorie de figure avec laquelle l'enfant a le plus de compétence et d'habiletés. Notez dans l'espace approprié la catégorie concernant laquelle vous décrivez le fonctionnement de l'enfant (Figures parentales, Famille élargie, Pairs ou Intervenants).

0=	L'enfant manifeste de façon stable pour ce domaine un degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge
1=	L'enfant manifeste pour ce domaine un degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais il est possible d'observer certaines restrictions ou difficultés sous l'une ou plusieurs des formes suivantes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ne fonctionne pas à ce niveau dans l'ensemble des processus interpersonnels (par exemple, capable de s'intéresser à l'autre mais difficulté à établir une communication réciproque, etc.)</li> <li>b) ne fonctionne pas à ce niveau dans des conditions de stress</li> <li>c) fonctionnement à ce niveau seulement avec certaines personnes et pas avec d'autres</li> </ol>
2=	L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais manifeste des habiletés correspondant à <u>toutes</u> les étapes développementales précédentes
3=	L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge mais manifeste des habiletés correspondant à <u>quelques</u> étapes développementales précédentes
4=	L'enfant n'a pas atteint le degré de compétence et d'autonomie correspondant à celui des enfants du même âge et ne manifeste aucune habiletés correspondant aux étapes développementales précédentes

---

## CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENTION

---

La cotation des caractéristiques de l'intervention requise concerne l'ensemble du domaine examiné (par exemple, domaine relationnel) et non pas les sous-dimensions qui peuvent faire l'objet d'une évaluation (par exemple, structure du réseau, fonctionnement). Pour le domaine physique, l'évaluateur ne doit tenir compte que du fonctionnement physique dans son évaluation des caractéristiques de l'intervention requise (exclure la dimension touchant l'état de santé).

La cotation des caractéristiques de l'intervention requise s'effectue en deux temps: premièrement, la nature de l'intervention «spécifique» requise pour chaque domaine est évaluée et, deuxièmement, le niveau d'expertise requise pour chaque domaine est évalué. L'évaluateur doit ici se demander si l'enfant, dans chacun des domaines prescrits, nécessite une intervention spécifique et spéciale qui va au-delà du type et de la quantité de soutien que requiert un enfant normal et si le niveau d'expertise des personnes fournissant ce soutien va au-delà des compétences naturelles requises chez les parents d'un enfant normal.

## 1. NATURE DE L'INTERVENTION REQUISE

Sept types d'intervention spécifique peuvent être requise auprès d'un enfant:

- |    |               |  |
|----|---------------|--|
| a- | Vérification  | Examiner de manière à pouvoir établir si l'enfant réalise adéquatement ce qui est attendu de lui (comportement, expression de soi, activité, etc.).  |
| b- | Assistance    | Aider l'enfant à s'exprimer, à réaliser une activité ou à faire un choix parmi certaines options qui s'offrent à lui.  |
| c- | Stimulation   | Suggérer par des paroles ou des gestes le comportement, les attitudes, les expressions, les actions que doit accomplir ou manifester l'enfant.   |
| d- | Contrôle      | Intervenir d'autorité auprès de l'enfant afin d'arrêter ou de susciter un comportement.  |
| e- | Suppléance    | Poser des gestes, réaliser des activités, en lieu et place de l'enfant concerné y incluant des services relatifs à sa santé physique que lui-même devrait normalement assumer.   |
| f- | Apprentissage | À l'aide de paroles, de gestes, d'exemples, faire acquérir à l'enfant les connaissances (savoir), les attitudes (savoir-être) ou les comportements (savoir-faire) spécifiques, requis à son bon fonctionnement et les modalités nécessaires pour les utiliser. |
| g- | Évaluation    | Poser un diagnostic de manière à pouvoir préciser les services requis par un enfant ou de déterminer l'orientation à privilégier.  |

0= L'enfant ne requiert aucune intervention spécifique.

1= L'enfant requiert une intervention spécifique légère ou modérée mais intermittente.

2= L'enfant requiert une intervention spécifique légère ou modérée mais régulière.

3= L'enfant requiert une intervention spécifique massive (impliquant plusieurs types d'intervention à des degrés d'intensité élevés).

4= L'enfant requiert une intervention spécifique maximale (impliquant plusieurs types d'intervention à des degrés d'intensité maximaux).



## 2. NIVEAU D'EXPERTISE

- |    |  |
|----|--|
| 0= | Aucune expertise particulière n'est requise considérant qu'aucune intervention spécifique n'est prévue au plan d'intervention.                                   |
| 1= | Les capacités «naturelles» ou acquises par l'expérience se révèlent habituellement suffisantes afin d'assurer à l'enfant les services que sa condition requiert. |
| 2= | Les services requis par l'enfant exigent habituellement la présence de personnes ayant une formation spécifique <u>ou</u> une expérience jugée équivalente.      |
| 3= | Les services requis par l'enfant exigent habituellement la présence de personnes ayant une formation spécifique <u>et</u> une expérience pertinente.             |
| 4= | Les services requis par l'enfant exigent habituellement la présence de personnes ayant une formation universitaire <u>et</u> une expérience pertinente.          |

## INDICE DE SOUTIEN REQUIS PAR L'ENFANT

No de sujet: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT	CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENTION REQUISE	
	Nature de l'intervention	Niveau d'expertise
1. DOMAINE PHYSIQUE		
a) État de santé /_____/		
b) Fonctionnement physique		
- Alimentation /_____/	/_____/	/_____/
- Élimination /_____/		
- Mobilité /_____/		
(Somme divisée par 3) /_____/		
2. DOMAINE COGNITIF /_____/	/_____/	/_____/
3. DOMAINE AFFECTIF OU ÉMOTIONNEL /_____/	/_____/	/_____/
4. DOMAINE DES COMPORTEMENTS SOCIALISÉS (SOCIALISATION) /_____/	/_____/	/_____/
5. DOMAINE RELATIONNEL ET SOCIAL		/_____/
a) Structure du réseau /_____/	/_____/	
b) Fonctionnement social /_____/		
<b>TOTAL (1) /_____/</b>	<b>(2) /_____/</b>	<b>(3) /_____/</b>

**Indice de Soutien Requis**  
(1 + 2 +3)

/\_\_\_\_\_/