

## TROUBLES DE L'ATTACHEMENT : VALIDATION D'UN QUESTIONNAIRE BASÉ SUR LE DSM-5

[Sébastien Monette](#), [Miguel M. Terradas](#), [Maélie Yan Boudreault](#), [Audrey Carrier](#),  
[Alexandra Ruest-Bélanger](#), [Ariane Robert](#), [Maude Archambault](#), [Chantal Cyr](#), [Sophie  
Couture](#)

Presses Universitaires de France | « [Enfance](#) »

2018/4 N° 4 | pages 511 à 532

ISSN 0013-7545

ISBN 9782130803522

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-enfance-2018-4-page-511.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Troubles de l'attachement : Validation d'un questionnaire basé sur le DSM-5

Sébastien Monette<sup>a</sup>, Miguel M. Terradas<sup>b</sup>,  
Maélie Yan Boudreault<sup>b</sup>, Audrey Carrier<sup>b</sup>,  
Alexandra Ruest-Bélanger<sup>b</sup>, Ariane Robert<sup>b</sup>,  
Maude Archambault<sup>c</sup>, Chantal Cyr<sup>c</sup> et Sophie Couture<sup>a</sup>

## RÉSUMÉ

Une recension de la documentation scientifique montre un manque d'instruments valides pour l'évaluation du trouble réactionnel de l'attachement (TRA) et du trouble de désinhibition du contact social (TDCS), deux entités diagnostiques habituellement regroupés sous le terme « troubles de l'attachement » (TA). Cette recherche vise à valider la version courte du Questionnaire sur les troubles d'origine traumatique précoces (Q-TOP-VC), un outil mesurant les TA, basé sur les critères de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 ; American Psychiatric Association ; APA, 2013). Les figures de soins principales ( $n = 145$ ) d'enfants âgés de 5 à 12 ans issus de la population générale, adoptés ou placés en famille d'accueil, avec ou sans diagnostic de TA, ont rempli un questionnaire sociodémographique, le Q-TOP-VC et le *Relationship Problem Questionnaire* (RPQ ; Minnis, Rabe-Hesketh, & Wolkind, 2002 ; Vervoort *et al.*, 2013), un second instrument mesurant les TA. L'analyse factorielle exploratoire du Q-TOP-VC montre que les items se regroupent sous deux facteurs (TRA et TDCS) modérément liés entre eux. Les deux échelles du Q-TOP-VC montrent des indices très élevés de cohérence interne et corrélent dans le sens attendu avec celles du RPQ. Les enfants adoptés ou placés en famille d'accueil ayant un diagnostic de TA ont des scores plus élevés aux échelles du Q-TOP-VC que ceux sans diagnostic de TA. Ces deux groupes ont des scores plus élevés que les enfants issus de la population générale. Ces résultats appuient la fidélité, la validité factorielle et la validité convergente du Q-TOP-VC.

MOTS-CLÉS : TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT, TROUBLE DE DÉSINHIBITION DU CONTACT SOCIAL, Q-TOP-VC, ENFANTS, VALIDATION.

<sup>a</sup> Institut universitaire Jeunes en t Universitaire Jeunes en difficulté (IUJD), 1001 boul. de Maisonneuve Est, Montréal (Québec), CANADA, H2L 4R5. *E-Mails* : sebastien\_monette@hotmail.com ; sophie.couture@umontreal.ca

<sup>b</sup> 150, Place Charles LeMoyne, bureau 200, Longueuil (Québec, CANADA J4K 0A8. *E-Mails* : Miguel.Terradas.Carrandi@USherbrooke.ca ; maelie.boudreault@USherbrooke.ca ; audrey.carrier@usherbrooke.ca ; Alexandra.Ruest-Belanger@USherbrooke.ca ; Ariane.Robert2@USherbrooke.ca

<sup>c</sup> Université du Québec à Montréal (UQAM). C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal (Québec), CANADA H3C 3P8. *E-Mails* : archambault.maude.3@courrier.uqam.ca ; cyr.chantal@uqam.ca

## ABSTRACT

### **Attachment disorders: Validation of a questionnaire based on DSM-5 criteria**

A review of the scientific literature shows a lack of valid tools for the assessment of reactive attachment disorder (RAD) and disinhibited social engagement disorder (DSED), two diagnostic entities usually grouped under the term “attachment disorders” (AD). The objective of this study is to validate the short form of the Early TRAUma-related Disorders Questionnaire (ETRAD-Q-SF), a specifically developed to assess AD, based on the diagnostic criteria of the last edition of the Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 ; American Psychiatric Association ; APA, 2013). Caregivers ( $n = 145$ ) of children aged 5 to 12 years-old from the general population, adopted or in foster care, with or without a diagnosis of AD, filled a sociodemographic questionnaire, the ETRAD-Q and the Relationship Problem Questionnaire (RQP ; Minnis, Rabe-Hesketh, & Wolkind, 2002 ; Vervoort *et al.*, 2013), another instrument measuring AD. Exploratory factor analysis of the ETRAD-Q-SF shows that items are grouped under two factors (RAD and DSED) that are moderately correlated. The two scales of ETRAD-Q-SF show excellent internal consistency and correlate in the expected ways with those of the RQP. Adopted or foster-care children with a diagnosis of AD have higher scores on both ETRAD-Q-SF’s scales than those without diagnosis of AD. Those two groups also have higher scores on both ETRAD-Q-SF’s scales than children from the general population. These results support the fidelity, the factorial validity and convergent validity of the ETRAD-Q-SF.

KEYWORDS: REACTIVE ATTACHMENT DISORDER, DISINHIBITED SOCIAL ENGAGEMENT DISORDER, ETRAD-Q-SF, CHILDREN, VALIDATION

## INTRODUCTION

Le trouble réactionnel de l’attachement (TRA) et le trouble de désinhibition du contact social (TDSCS), souvent regroupés sous le terme « troubles de l’attachement » (TA) sont des troubles de santé mentale très rares dans la population générale (Minnis *et al.*, 2013 ; Richters & Volkmar, 1994 ; Skovgaard *et al.*, 2007), mais hautement prévalents chez les enfants suivis par les services de protection de l’enfance (SPE), particulièrement chez les enfants hébergés en famille d’accueil (Kay, Green, & Sharma, 2016) ou dans des ressources spécialisées (Jonkman *et al.*, 2014). Les critères diagnostiques des TA ont subi d’importantes modifications au fil des rééditions du DSM et particulièrement lors de la dernière édition du manuel (DSM-5, APA, 2013). Ces changements importants au plan des critères diagnostiques commandent une révision des instruments de mesures des TA. Malheureusement, il n’existe actuellement pas d’outil d’évaluation des TA ayant fait l’objet d’un processus de validation complet. C’est dans ce contexte que nous avons développé le Questionnaire sur les troubles d’origine traumatique précoces (Q-TOP ; Monette, soumis). Cet outil est actuellement en cours de validation dans le cadre d’un projet de recherche plus large. L’objectif de cet

article est de présenter les propriétés psychométriques d'une version courte du Q-TOP qui peut être utilisée à des fins clinique (p. ex., dépistage, évaluation) et à des fins de recherche, afin de mesurer rapidement les symptômes des TA avec un outil mis-à-jour avec le DSM-5 (APA, 2013).

## TROUBLES DE L'ATTACHEMENT : PRÉVALENCE, HISTORIQUE ET DÉFINITION

Certains auteurs ont avancé qu'environ 1 % des enfants présenteraient un trouble de l'attachement dans la population générale (Richters & Volkmar, 1994). Le taux de prévalence exact des TA demeure inconnu en raison du manque de recherche empirique mené sur ces troubles. Des données issues d'une étude récente (Minnis *et al.*, 2013) indiquent que les TA seraient présents chez 1,40 % des enfants provenant d'une population défavorisée au plan socio-économique ( $n = 1646$ ). Différentes recherches suggèrent des taux variant de 6 à 40 % chez des enfants suivis par les SPE et hébergés en famille d'accueil (Borris *et al.*, 1998 ; Jonkman *et al.*, 2014 ; Kay, Green & Sharma, 2016 ; Woolgar & Baldock, 2015 ; Zeanah *et al.*, 2004 ; Zeanah & Emde, 1994) et entre 40 et 60 % chez des enfants suivis par les SPE hébergés en ressources spécialisées (Jonkman *et al.*, 2014 ; Kay & Green, 2013). Ces études n'ont cependant pas de visée épidémiologique et les méthodes de sélection des participants et les mesures des TA varient considérablement, ce qui les rend difficilement comparables. Le DSM-5 (APA, 2013) avance que chez les populations d'enfants sévèrement négligés, les taux de TDCS et de TRA seraient respectivement d'environ 20 et 10 %.

C'est dans le DSM-III (APA, 1980) que le TRA est présenté pour la première fois. À ce moment, on le définit comme étant une insuffisance du développement émotionnel (réactivité sociale déficiente pour l'âge, apathie) et physique (insuffisance ou arrêt de développement) débutant avant l'âge de huit mois et imputable à un manque de soin approprié. Les critères présentés font face à certaines critiques dont le fait que l'on devrait porter davantage attention aux répercussions d'un attachement insécurisant chez les enfants plutôt que sur les problèmes liés à leur développement. Une autre critique concerne l'âge prématuré à laquelle les symptômes doivent apparaître pour être en mesure de poser un diagnostic, puisque ce n'est que vers l'âge de huit mois que les enfants commencent à manifester des signes d'attachement sélectif (Boris & Zeanah, 1999).

La version révisée du DSM-III (DSM-III-R ; APA, 1987) répond à ces critiques en retirant le critère relatif au retard développemental afin de mettre l'accent sur une réactivité sociale inadaptée pour l'âge de l'enfant. L'âge maximal avant lequel les symptômes doivent s'être manifestés a été repoussé à cinq ans et on introduit brièvement les deux sous-types de TRA *inhibé* et *désinhibé*.

Le DSM-IV (APA, 1994) donne une description plus détaillée des deux sous-types TRA (voir tableau 1). L'enfant présentant un TRA de type *inhibé* (TRAi) est incapable d'entreprendre des interactions sociales et n'est pas apte à y répondre

de manière convenable. On spécifie également que l'enfant montre des réponses excessivement inhibées, hypervigilantes, ou nettement ambivalentes et contradictoires. Pour sa part, l'enfant présentant un TRA de type *désinhibé* (TRAd) initie des liens avec les autres de manière excessive et sans discrimination. Ce comportement se manifeste également avec des inconnus et ce, sans réticence de la part de l'enfant qui montre des liens d'attachement diffus et une incapacité à développer un attachement sélectif (APA, 1994). La version révisée du DSM-IV (DSM-IV-TR ; APA, 2000) n'apporte aucune modification aux critères diagnostiques du TRA.

**Tableau 1.** Principaux\* critères diagnostiques du TRAi et TRAd selon le DSM-IV

TRAi	TRAd
<b>Critère A (général): Mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade de développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge de 5 ans, comme en témoignent les manifestations (A1) ou (A2):</b>	
Critère A1: incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales, ou à y répondre de manière appropriée au stade de développement, qui se traduit par des réponses excessivement inhibées, hypervigilantes, ou nettement <u>ambivalentes et contradictoires</u> (par ex., <u>l'enfant se comporte vis-à-vis des personnes qui prennent soin de lui en alternant tentatives d'approche, réactions de fuite</u> et refus de se laisser consoler, parfois il montre une «vigilance glacée».	Critère A2: <u>liens d'attachement diffus</u> , qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une <u>incapacité marquée à faire preuve d'attachements sélectifs</u> (par ex., familiarité excessive avec des étrangers ou <u>absence de sélectivité dans le choix des figures d'attachement</u> ).

\* Les critères diagnostiques incluent également une perturbation qui n'est pas imputable à un retard de développement ou à un trouble envahissant du développement (critère B), une carence des soins (critère C) et une étiologie présumée de carence des soins (critère D).

Finalement, dans la plus récente édition du DSM (DSM-5 ; APA, 2013), les deux types de TRA (inhibé et désinhibé) sont dorénavant considérés comme étant deux troubles distincts. Le type *inhibé* conserve le nom de « trouble réactionnel de l'attachement » (TRA), tandis que le type *désinhibé* est désormais nommé « trouble de désinhibition du contact social » (TDCS). Les deux entités diagnostiques demeurent toutefois associées au plan de l'étiologie présumée, c'est-à-dire de la négligence sociale et émotionnelle, des changements répétés des figures de soins et/ou des conditions d'éducation limitant sévèrement la possibilité de développer un attachement sélectif. Ces deux diagnostics se retrouvent maintenant dans la section du DSM intitulée « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » alors qu'auparavant, on classait les TA dans les troubles de la première et de la deuxième enfance. Au-delà de la conversion des sous-types en deux troubles distincts, trois changements principaux ont été apportés aux critères diagnostiques des TA (voir tableau 1 et 2). D'abord, le DSM-5 propose maintenant un algorithme pour les symptômes des deux troubles (p. ex., 2/4 symptômes), alors qu'auparavant, le

DSM-IV décrivait globalement les symptômes, sans proposer d'algorithme permettant de poser un diagnostic. Ensuite, pour le TRA, les symptômes du DSM-IV chevauchant les comportements évoquant un attachement insécurisant désorganisé au parent (p. ex., « réponses contradictoires », « l'enfant se comporte vis-à-vis des personnes qui prennent soin de lui en alternant tentatives d'approche, réactions de fuite ») ont été supprimés. Puis, pour le TDCS, les symptômes du DSM-IV associés à une absence d'attachement sélectif (p. ex., « liens d'attachement diffus », « incapacité marquée à faire preuve d'attachements sélectifs », « absence de sélectivité dans le choix des figures d'attachement ») ont été retirés.

**Tableau 2.** Principaux\* critères diagnostiques du TRA et du TDCS selon le DSM-5

TRA	TDCS
<p>Critère A (2/2): Mode relationnel durable vis-à-vis des adultes qui prennent soin de l'enfant, caractérisé par un comportement inhibé et un retrait émotionnel.</p> <p>A1) Cherche rarement le réconfort quand il est en détresse</p> <p>A2) Répond rarement au réconfort quand il est en détresse</p> <p><b>Critère B (2/3): Perturbation sociale et émotionnelle persistante</b></p> <p>B1) Diminution de la réactivité sociale et émotionnelle à autrui</p> <p>B2) Affects positifs restreints</p> <p>B3) Épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse ou de craintes qui sont évidentes même lors d'interactions non-menaçantes avec des adultes qui prennent soin de l'enfant</p>	<p><b>Critère A (2/4): Mode relationnel avec lequel l'enfant s'approche activement et interagit avec des adultes inconnus.</b></p> <p>A1) Réticence absente ou réduite dans l'approche ou l'interaction avec des adultes peu familiers</p> <p>A2) Comportement verbal ou physique excessivement familier</p> <p>A3) Ne demande pas ou guère l'accord d'un adulte qui prend soin de lui avant de s'aventurer au loin, même dans des lieux inconnus</p> <p>A4) Accepte de partir avec un adulte peu familier avec un minimum d'hésitation ou sans hésitation</p> <p><b>Critère B: les comportements du critère A ne se limitent pas à une impulsivité (comme dans le TDAH), mais incluent un comportement socialement désinhibé.</b></p>

\* Les critères diagnostiques incluent également pour le TDCS la présence d'une carence des soins (critère C), une étiologie présumée de carence des soins (critère D) et un âge développemental d'au moins 9 mois (critère E). Les critères diagnostiques incluent également pour le TRA la présence d'une carence des soins (critère C), une étiologie présumée de carence des soins (critère D), une absence de trouble du spectre de l'autisme (critère E), que le trouble soit évident avant l'âge de 5 ans (critère F) et un âge développemental d'au moins 9 mois (critère G). La mention "Critère A (2/4)" réfère à l'algorithme du DSM-5 et indique que deux critères parmi les quatre suivants sont nécessaires pour établir un diagnostic.

## ENFANTS À RISQUE DE DÉVELOPPER UN TA

La grande majorité des études portant sur les TA ont été menées auprès d'enfants ayant vécu leurs premiers mois, et parfois leurs premières années de vie, dans des orphelinats, puis adoptés par la suite. Les plus importantes recherches longitu-

dinales s'inscrivant dans ce courant sont le *English and Romanian Adoptee (ERA) Project* et le *Bucharest Early Intervention Project (BEIP)*, qui suivent des enfants adoptés d'orphelinats de la Roumaine depuis près de 20 ans. Ces études ont montré que les enfants adoptés et ayant des antécédents de vécu en institution en bas âge sont à risque de présenter un TA (Gleason *et al.*, 2011 ; Rutter *et al.*, 2007). Chez ces enfants, certains facteurs de risque précoces se sont montrés associés à un TA tel qu'une pauvre qualité des soins psychologiques offerts par l'institution, des comportements d'attachement désorganisé avec la figure de soins en institution, un pourcentage de temps de vie passé en institution élevé, un grand nombre de figure de soins en institution et une adoption tardive (Bruce, Tarullo, & Gunnar, 2009 ; Chisholm, Carter, Ames, & Morison, 1995 ; Gleason *et al.*, 2014 ; Humphrey, Nelson, Fox, & Zeanah, 2017 ; Rutter *et al.*, 2010 ; Zeanah, Smyke, & Dumitrescu, 2002).

Un courant de recherche plus récent s'intéresse à vérifier la présence des TA chez les enfants suivis par les SPE, lesquels sont pour la plupart victimes d'abus et/ou de négligence parentale. Ces études sont encore très peu nombreuses (environ une quinzaine), mais elles montrent clairement que les TA se manifestent également chez les enfants ayant subi de la maltraitance et n'ayant pas vécu en institution en bas âge (Boris *et al.*, 2004 ; Kay & Green, 2013 ; Jonkman *et al.* 2014 ; Kočovská *et al.*, 2012 ; Lehmann, Breivik, Heiervang, Havik, & Havik, 2016 ; Minnis, Rabe-Hesketh, & Wolkind, 2002 ; Oosterman & Schuengel, 2007 ; Pears, Bruce, Fisher, & Kim, 2010 ; Vervoort, De Schipper, Bosmans, & Verschueren, 2013 ; Zeanah *et al.*, 2004). Chez ces enfants, les TA se sont montrés associés à la présence de troubles psychiatriques et à la consommation de drogues chez la mère (Zeanah *et al.*, 2004). Toujours chez les enfants suivis par les SPE, les études portant sur le lien entre les TA et les types de maltraitance (Jonkman *et al.*, 2014 ; Pears *et al.*, 2010) et sur l'âge au moment du placement (Jonkman *et al.*, 2014 ; Kay *et al.*, 2016) montrent des résultats contradictoires. Considérant le peu d'études sur ce sujet, les facteurs de risque associés à un TA chez les enfants suivis par les SPE sont ainsi pour le moment pratiquement inconnus.

## INSTRUMENTS DE MESURE DES TA

Plusieurs instruments ont été développés afin d'évaluer les TA. Ces instruments peuvent prendre la forme de questionnaires, d'entrevues ou de grilles d'observation structurées, et sont complétées par la figure principale de soins ou par l'évaluateur (voir tableau 3). Nous décrirons brièvement les trois instruments (un questionnaire, une entrevue et une grille d'observation) les plus couramment utilisés en recherche.

Le *Relationship Problem Questionnaire* (RPQ ; Minnis *et al.*, 2002 ; Vervoort *et al.*, 2013) est un questionnaire de 10 items portant sur les symptômes du TRAI (6 items) et du TRAd (4 items), selon une combinaison des critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994) et de la Classification internationale des maladies

(CIM-10 ; Organisation mondiale de la santé ; OMS, 1992). Ce questionnaire montre une organisation à deux facteurs, une bonne cohérence interne et de bons indices de validité convergente et divergente (Vervoort *et al.*, 2013). Il n'est cependant pas actualisé aux critères du DSM-5 (APA, 2013). Le RPQ demeurerait jusqu'à maintenant le seul questionnaire facile à administrer pour évaluer les TA, puisque les auteurs du DAWBA-RAD (*Development and wellbeing assessment – RAD module*), le seul autre questionnaire sur les TA, exigent l'administration complète du DAWBA (questionnaire en ligne sur la psychopathologie de l'enfant), ce qui peut prendre plusieurs heures.

Le *Disturbance of Attachment Interview* (DAI ; Smyke, Dumitrescu, & Zeanah, 2002 ; Zeanah, Smyke, Koga, & Carlson, 2005) est une entrevue semi-structurée composée de 8 items qui permet d'évaluer la présence de comportements associés aux symptômes du TRAI (5 items) et du TRAd (3 items) (Zeanah *et al.* 2005). L'instrument a été développé à partir de critères diagnostiques alternatifs au DSM-IV (voir Borris *et al.*, 1998) et a d'ailleurs fortement influencé la mise en place des critères du DSM-5. Les critères du DSM-5 sont ainsi partiellement couverts par le DAI. Effectivement, pour le TDCS, il manque un item pour documenter le critère A2 (« Comportement verbal ou physique excessivement familier »), tandis que pour le TRA, il manque un item pour évaluer le critère B2 (« Affects positifs restreints »). L'entrevue montre une organisation à deux facteurs, une bonne cohérence interne, de bons accords inter-juge et de bons indices de validité convergente et divergente (Oosterman & Schuengel, 2007 ; Vervoort *et al.*, 2013).

Le *Observation Schedule for Reactive Attachment Disorder* (OSR ; McLaughlin, Espie, & Minnis, 2010) est une grille d'observation structurée permettant de codifier le comportement de l'enfant dans une salle d'attente, en présence d'adultes étrangers. L'outil comporte 10 items portant sur les symptômes du TDCS. La grille montre une bonne cohérence interne, de bons accords inter-juge et de bons indices de validité convergente et divergente (McLaughlin, *et al.*, 2010 ; Follan *et al.*, 2011 ; Vervoort *et al.*, 2013). Le TRA n'est cependant pas du tout couvert par cet outil et les critères A3 (« Ne demande pas ou guère l'accord d'un adulte qui prend soin de lui avant de s'aventurer au loin, même dans des lieux inconnus<sup>1</sup> ») et A4 (« Accepte de partir avec un adulte peu familier avec un minimum d'hésitation ou sans hésitation ») du TDCS ne sont pas évalués.

Ainsi, bien que plusieurs instruments soient disponibles afin d'évaluer les TA, ces derniers présentent des limites importantes justifiant la nécessité de créer un nouvel outil d'évaluation. Parmi les plus importantes lacunes des outils existants, notons : 1) qu'aucune mesure ne se fonde sur les nouveaux critères du DSM-5<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Le critère A3 du TDCS cité ici est celui de la version française du DSM-5. Il nous apparaît que ce critère a été mal traduit de l'anglais, ce point sera abordé plus en détail dans la discussion.

<sup>2</sup> L'entrevue CAPA-RAD a été révisée en 2017 afin d'être actualisée aux critères du DSM-5. Cette révision du CAPA-RAD (Lehmann *et al.*, sous presse) porte maintenant le nom d'entrevue RADA (*RAD and DSED Assessment*).



2) aucune mesure ne dispose de données normatives permettant une utilisation clinique et 3) plusieurs de ces mesures tendent à se centrer exclusivement sur les symptômes du TDCS, sans évaluer ceux du TRA (voir tableau 3).

**Tableau 3.** Instrument de mesure du TRA et du TDCS

Instrument	Référence d'origine et version actuelle	Mesure TRA ?	Mesure TDCS ?
<i><b>Entrevues semi-structurées</b></i>			
<b>CAPA-RAD</b> (Child and adolescent psychiatric assessment - reactive attachment disorder module)	Minnis <i>et al.</i> (2009)	x	x
<b>DAI</b> (Disturbance of attachment interview)	Smyke & Zeanah (1999), Smyke <i>et al.</i> (2002)	x	x
<b>DASSI</b> (Disinhibited attachment semi-structured interview)	O'Connor <i>et al.</i> (1999), Rutter <i>et al.</i> (2007)		x
<b>DSED interview</b>	Lawler <i>et al.</i> , (2016)		x
<b>PAPA</b> (Preschool Age Psychiatric Assessment), RAD section	Egger <i>et al.</i> (1999)	x	x
<b>5FI</b> (Five item indiscriminately friendliness behavior measure)	Chisholm <i>et al.</i> (1995)		x
<i><b>Questionnaires (complétés par la figure de soin)</b></i>			
<b>Q-TOP-VC</b> (Questionnaire sur les troubles d'origine traumatique précoces), version courte	Monette <i>et al.</i> (soumis)	x	x
<b>DAWBA-RAD</b> (Development and wellbeing assessment - RAD module)	Minnis & Goodman (n.d.), Lehmann <i>et al.</i> (2016)	x	x
<b>RPQ</b> (Relationship problem questionnaire)	Minnis <i>et al.</i> (2002), Vervoort <i>et al.</i> (2013)	x	x
<i><b>Observations structurées</b></i>			
<b>AFRS</b> (Attachment formation rating scale)	Carlson (2002)	x	
<b>DSA</b> (Disinhibited social approach)	Lawler <i>et al.</i> (2014)		x
<b>DSBOM</b> (Disinhibited social behavior observational measure)	Bruce <i>et al.</i> (2009), Tarullo <i>et al.</i> (2011)		x
<b>Investigator rating of physical contact (age 6)</b>	Rutter <i>et al.</i> (2007)		x
<b>OSR</b> (Observation schedule for RAD)	Minnis <i>et al.</i> (2009), McLaughlin <i>et al.</i> (2010)		x
<b>Rating of children's interaction with the investigator (age 11)</b>	Rutter <i>et al.</i> (2007)		x
<b>RISE</b> (Rating for Infant-Stranger Engagement)	Riley <i>et al.</i> (2005)		x
<b>StrD</b> procedure (Stranger at the door procedure)	Gleason <i>et al.</i> (2014)		x

## OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

L'objectif général de cette étude est d'examiner les propriétés psychométriques d'un nouvel outil d'évaluation des TA, le Q-TOP-VC. Premièrement, la structure factorielle de l'instrument sera examinée. Une analyse factorielle exploratoire permettra de vérifier la structure de l'outil. Puisque les items composant le Q-TOP-VC tiennent compte des manifestations du TRA et du TDCS, il est attendu qu'ils se regroupent en deux facteurs. Deuxièmement, des indices de la validité convergente de l'instrument seront obtenus. Pour ce faire, des corrélations avec le RPQ seront calculées. Il est attendu que les items des échelles TRA et TDCS du Q-TOP-VC corréleront respectivement avec les échelles TRAi et TRAd du RPQ. Troisièmement, la cohérence interne de l'instrument sera évaluée afin d'obtenir un indice de la fidélité de la mesure. L'alpha de Cronbach sera calculé pour les échelles suggérées par l'analyse factorielle exploratoire. Enfin, il sera pertinent d'obtenir un indice de la validité de groupes contrastes. Pour ce faire, des enfants issus de la population générale seront comparés à des enfants hébergés en famille d'accueil ou adoptés avec et sans diagnostic de TA. Il est attendu que les scores aux échelles du Q-TOP-VC des enfants issus de la population générale soient plus faibles que ceux des enfants hébergés en famille d'accueil ou adoptés qui n'ont pas de diagnostic de TA et que les scores de ces derniers soient également plus faibles que ceux des enfants hébergés en famille d'accueil ou adoptés ayant reçu un diagnostic de TA.

## MÉTHODE

### Participants

Cent quarante-cinq enfants âgés de 5 à 12 ans ( $M_{\text{âge}} = 8,71$  ;  $ÉT = 2,17$  ; 79 garçons) ont participé à l'étude. Les enfants ont été divisés en trois groupes. Le premier groupe (groupe 1) est composé de 81 enfants ( $M_{\text{âge}} = 8,26$  ;  $ÉT = 1,99$  ; 40 garçons) issus de la population générale et qui fréquentent une des écoles participantes de la région urbaine du grand Montréal (province du Québec, Canada). Les parents de ces enfants ont été recrutés par le biais de l'école que fréquente l'enfant. Le deuxième groupe (groupe 2) est composé de 44 enfants ( $M_{\text{âge}} = 8,84$  ;  $ÉT = 2,25$  ; 25 garçons) adoptés ou en famille d'accueil sans diagnostic de TA. Le troisième groupe (groupe 3) comporte 20 enfants ( $M_{\text{âge}} = 10,25$  ;  $ÉT = 1,97$  ; 14 garçons) adoptés ou en famille d'accueil ayant un diagnostic de TA. Les figures de soins principales de ces enfants (parent adoptif ou parent d'accueil) ont été recrutées par l'intermédiaire d'un organisme de soutien aux familles ayant un enfant avec des difficultés ou troubles de l'attachement.

### Procédure

Des certificats éthiques ont été obtenus auprès du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Institut Universitaire Jeunes en difficultés (IUJD) du Centre

intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM et du CÉR Lettres et sciences humaines de l'université de Sherbrooke. Les enfants ayant un diagnostic de trouble bipolaire, de déficience intellectuelle, de trouble psychotique ou de trouble du spectre de l'autisme, tel que rapporté par les parents, étaient exclus de l'étude. Pour les groupes 2 et 3, les enfants devaient avoir vécu dans le même milieu d'hébergement et avec la même figure principale de soins depuis au moins six mois. En ce qui concerne l'échantillon normatif, un contact a été établi avec les directions des écoles primaires participantes. Les directions des écoles ont envoyé par courriel une lettre de sollicitation aux parents les invitant à participer au projet de recherche. Un premier courriel de recrutement et deux rappels ont été envoyés aux parents des élèves pour assurer un taux de participation adéquat. Une compensation financière de 5 \$ a été attribuée à l'école pour l'implication de chaque parent jusqu'à une concurrence de 400 \$ par école. À même la lettre envoyée aux parents par la direction, une adresse électronique sous forme d'hyperlien était fournie afin d'accéder aux questionnaires en ligne. Chaque parent ne pouvait participer qu'une seule fois et pour un seul enfant. En cas de questions, un numéro de téléphone était affiché sur la plateforme Internet afin de communiquer avec un membre de l'équipe de recherche. En ce qui concerne les groupes 2 et 3, la directrice de l'organisme venant en aide aux familles ayant un enfant manifestant des difficultés ou un trouble de l'attachement a envoyé une lettre de sollicitation par courriel aux parents ayant un statut de membre.

## Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique. Ce questionnaire est constitué de 20 questions portant sur des caractéristiques de l'enfant, notamment l'âge, le sexe, l'école fréquentée, le pays de naissance ainsi que les diagnostics connus en santé mentale, posés par un professionnel autorisé (un psychologue ou un médecin). Certaines caractéristiques et informations en lien avec le répondant sont également demandées, soit l'âge, le sexe, le revenu familial ainsi que le niveau de scolarité.

Questionnaire sur les troubles d'origine traumatique précoces et de dysrégulation (Q-TOP ; Monette, soumis). Le Q-TOP vise à évaluer les troubles d'origine traumatique précoces, aussi appelé « troubles de l'attachement ». Ce questionnaire est composé de 42 énoncés portant sur les comportements de l'enfant. Dans le cadre de cette recherche, seuls les énoncés composant la version courte (Q-TOP-VC) de ce questionnaire ont été utilisés, soit les 16 énoncés portant uniquement sur les symptômes centraux des TA (TRA et TDCS). Spécifiquement, cette version courte comprend 8 items mesurant les comportements du TRA (basés sur les critères A1, A2, B1, B2 et B3 du DSM-5) et 8 items mesurant les comportements du TDCS (basés sur les critères A1, A2, A3 et A4 du DSM-5). Les items sont cotés sur une échelle de Likert en quatre points permettant de faire une comparaison entre l'énoncé présenté et les comporte-

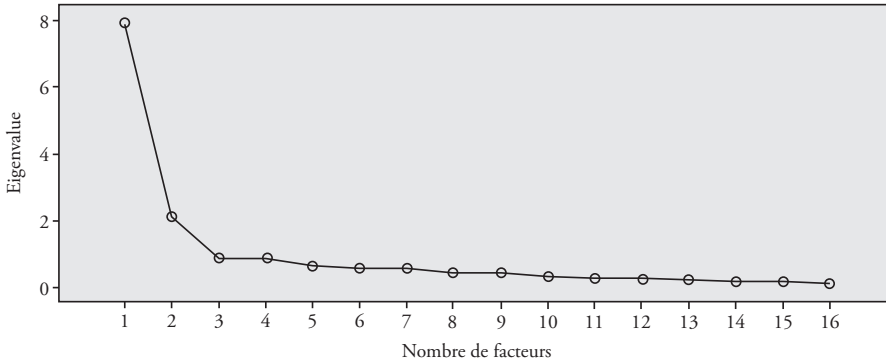
ments habituels de l'enfant. Les réponses sont cotées « 0 : n'est pas vrai (jamais, rarement) », « 1 : est un peu vrai (quelques fois, parfois) », « 2 : est assez vrai (souvent, assez souvent) » et « 3 : est très vrai (très souvent) ». Le parent ou la figure principale de soins répond aux énoncés en fonction des comportements qu'a présentés l'enfant au cours de la dernière année. Cette recherche constitue une première utilisation de ce questionnaire et permettra la vérification de ses propriétés psychométriques.

**Relationship Problem Questionnaire** (RPQ ; Minnis *et al.*, 2002 ; Vervoort *et al.*, 2013). Ce questionnaire identifie les caractéristiques pouvant être associées au TRAI et TRAd selon les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994) et de la CIM-10 (OMS, 1992). Le questionnaire est rempli par le parent ou la figure principale de soins de l'enfant. L'instrument est composé de 10 énoncés sur le comportement de l'enfant basé sur une échelle de Likert à quatre points : « 0 : pas du tout comme mon enfant », « 1 : est un peu comme mon enfant », « 2 : comme mon enfant », « 3 : exactement comme mon enfant ». Il permet de dégager deux échelles, soit le TRAI (6 items) et le TRAd (4 items) (Vervoort *et al.*, 2013).

## RÉSULTATS

### Analyse factorielle exploratoire du Q-TOP-VC

Une analyse factorielle exploratoire avec extraction PAF (*principal axis factoring*) et rotation Oblimin (non orthogonale) a permis d'explorer la structure factorielle de l'instrument. La mesure de KMO est de 0,91 et le test de sphéricité de Bartlett est significatif ( $\text{Chi-2}(120) = 1584,73 ; p < 0,000$ ), ce qui indique que les items sont suffisamment corrélés entre eux pour justifier une analyse factorielle. L'inspection du graphique des éboulis de valeurs propres (voir figure 1) suggère la présence de deux facteurs, ce qui concorde avec le critère des valeurs propres ( $\text{eigenvalue} > 1,0$ ). Deux facteurs modérément corrélés entre eux ( $r = 0,58$ ) ont été identifiés (voir tableau 4). Le premier est associé au TRA (items : 1, 2, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 15) et le deuxième au TDCS (items : 5, 7, 9, 10, 13, 14, 16). La majorité des items (14/16) ont des saturations factorielles fortes ( $> 0,50$ ) (Costello & Osborne, 2005), à l'exception de l'item 6 (« Peut devenir effrayé sans raison apparente lorsqu'il/elle est avec un adulte qui prend soins de lui/elle ») et l'item 12 (« Se réfère peu aux adultes qui prennent soin de lui/elle dans les endroits inconnus (p. ex., s'éloigne sans vérifier du regard où est l'adulte ou sans revenir auprès de l'adulte) »). L'item 12 est le seul à ne pas saturer le facteur attendu, puisqu'il s'agit d'un item portant sur le critère A3 du TDCS et qu'il sature le facteur TRA. Cet item a ainsi été exclu pour le calcul des scores des échelles TRA et TDCS.

**Figure 1.** Diagramme de décroissance des valeurs propres**Tableau 4.** Saturation factorielle des items du Q-TOP-VC

Critères du DSM-5	Items	Saturation factorielle	
		1	2
TRA A1	2. Recherche rarement du réconfort auprès des adultes qui prennent soin de lui lorsqu'il est en détresse.	0,59	
TRA A2	8. Lorsqu'on lui offre du réconfort dans les moments de détresse, l'enfant est difficile à réconforter.	0,57	
TRA B1	1. Montre peu de réactions émotionnelles dans ses interactions avec les autres.	0,85	
TRA B1	4. Semble peu intéressé lorsque les autres essaient de lui parler ou d'interagir avec lui.	0,82	
TRA B2	11. Est rarement joyeux ou enthousiaste.	0,93	
TRA B3	3. Peut se mettre en colère sans raison apparente lorsqu'il est avec un adulte qui prend soin de lui.	0,65	
TRA B3	6. Peut devenir effrayé sans raison apparente lorsqu'il est avec un adulte qui prend soin de lui.	0,48	
TRA B3	15. Peut se mettre à pleurer ou devenir triste sans raison apparente lorsqu'il est avec un adulte qui prend soin de lui.	0,62	
TDCS A1	7. Montre peu de réticence à approcher et interagir avec des adultes inconnus ou peu familiers.		0,63
TDCS A2	9. Se comporte de façon trop familière ou trop intime avec les autres		0,75
TDCS A3	12. Se réfère peu aux adultes qui prennent soin de lui dans les endroits inconnus (par ex., s'éloigne sans vérifier du regard où est l'adulte ou sans revenir auprès de l'adulte).	0,43	
TDCS A4	10. Pourrait facilement partir avec un adulte inconnu ou peu familier		0,62
TDCS A1	5. Engage de lui-même une discussion avec des adultes inconnus ou peu familiers.		0,89
TDCS A1	13. Se comporte de façon trop amicale avec des adultes inconnus ou peu familiers.		0,90
TDCS A1	14. Est affectueux avec des adultes inconnus ou peu familiers.		0,91
TDCS A4	16. Peut se mettre en danger en approchant des adultes inconnus ou peu familiers.		0,77

*Note.* Les poids factoriels < 0,30 ne sont pas affichés. Ce tableau comprend l'ensemble des items du questionnaire, quoiqu'en ordre de présentation selon les critères du DSM-5 et non en ordre de saturation ou en ordre de présentation dans le questionnaire.

## Corrélation entre le Q-TOP-VC et le RPQ

Afin d'évaluer la validité convergente du Q-TOP-VC, les deux sous-échelles du TRA et du TDCS ont été mises en corrélation avec celles du RPQ (Minnis *et al.*, 2002 ; Vervoort *et al.*, 2013), soit le TRAi et le TRAd. Une forte corrélation a été trouvée entre les échelles TRA et TRAi et entre les échelles TDCS et TRAd ( $r = 0,89$  ;  $r = 0,91$ ,  $p < 0,01$  respectivement). Ces deux corrélations sont supérieures à 0,70, comme il est attendu pour deux instruments qui mesurent sensiblement le même construit (Kazdin, 1998). Ainsi, plus les enfants ont un score élevé à l'échelle TRA du Q-TOP-VC, plus ils obtiennent des scores élevés à l'échelle TRAi du RPQ. Également, plus le score à l'échelle TDCS du Q-TOP-VC est élevé, plus le score obtenu à l'échelle TRAd du RPQ est élevé. Par ailleurs, une corrélation modérée a été trouvée entre l'échelle TRA du Q-TOP-VC et l'échelle TRAd du RPQ ( $r = 0,60$  ;  $p < 0,01$ ), et entre l'échelle TDCS du Q-TOP-VC et l'échelle TRAi du RPQ ( $r = 0,65$  ;  $p < 0,01$ ). Ces corrélations sont de taille similaire à la corrélation entre des deux échelles du Q-TOP-VC ( $r = 0,58$  ;  $p < 0,01$ ) et suggèrent, bien que le TRA et le TDCS soient deux diagnostics distincts, que les enfants présentant des symptômes de TA ont souvent des manifestations de ces deux entités diagnostiques.

## Cohérence interne du Q-TOP-VC

Les analyses de cohérence interne rapportent des coefficients alpha de Cronbach très élevés aux échelles TRA ( $\alpha = 0,89$ ) et TDCS ( $\alpha = 0,93$ ) démontrant une excellente cohérence interne des deux échelles de l'outil. La suppression d'aucun item des deux échelles ne permettraient d'améliorer l'alpha de Cronbach.

## Différence entre les groupes d'enfants participant à l'étude

Des analyses de variance simples (ANOVA), suivies de tests post-hoc de Scheffe (voir tableau 5) ont permis de comparer les résultats du Q-TOP-VC des trois groupes d'enfants quant au degré de symptômes de TRA et de TDCS. **Pour l'échelle TRA**, l'ANOVA simple s'est révélée significative  $F(2, 142) = 44,79$ ,  $p < 0,01$  et les tests Scheffe ont montré que les enfants adoptés/placés avec un diagnostic de TA présentaient davantage de symptômes de TRA ( $M = 11,35$  ;  $ET = 6,33$ ) que les enfants adoptés/placés sans diagnostic de TA ( $M = 6,98$  ;  $ET = 5,62$ ) et que ces derniers présentaient davantage de symptômes que ceux de la population générale ( $M = 2,21$  ;  $ET = 2,31$ ). **Pour l'échelle TDCS**, l'ANOVA simple s'est également révélée significative  $F(2, 142) = 23,57$ ,  $p < 0,01$  et les tests Scheffe ont montré que les enfants adoptés/placés avec un diagnostic de TA présentaient davantage de symptômes de TDCS ( $M = 11,60$  ;  $ET = 6,59$ ) que les enfants adoptés/placés sans diagnostic de TA ( $M = 6,11$  ;  $ET = 6,12$ ), lesquels derniers présentaient davantage de symptômes que ceux issus de la population générale ( $M = 2,98$  ;  $ET = 4,10$ ). Concernant les variables socio-démographiques des enfants, le score à l'échelle TDCS ne s'est pas montré

associé au sexe de l'enfant ( $r = -0,13, p = 0,12$ ), ni à l'âge ( $r = 0,15, p = 0,07$ ), alors que le score à l'échelle TRA ne s'est pas montré associé au sexe de l'enfant ( $r = -0,10, p = 0,25$ ), mais s'est montré associé à l'âge ( $r = 0,33, p < 0,01$ ). Cette association entre l'âge et le score à l'échelle TRA est fort probablement dû au fait que les enfants adoptés/placés ayant un diagnostic de TA (groupe 3) étaient en général plus âgés que les enfants des deux autres groupes, puisque cette corrélation entre l'âge de l'enfant et le score à l'échelle TRA n'est pas significative à l'intérieur de l'échantillon d'enfants normatif ( $r = 0,12, p = 0,27$ ).

**Tableau 5.** Comparaison entre les groupes d'enfants pour les symptômes du TRA et du TDCS

Échelles	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3		Anova
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	F
TRA (8 items)	2,21	2,31	6,98	5,62	11,35	6,33	44,79**
TDCS (7 items)	2,98	4,10	6,11	6,12	11,60	6,59	23,57**

*Note.* \*\* $p < 0,01$ . Groupe 1: Enfants issus de la population générale. Groupe 2: Enfants hébergés en famille d'accueil ou adoptés sans diagnostic de TA. Groupe 3: Enfants hébergés en famille d'accueil ou adoptés avec diagnostic de TA

## DISCUSSION

Plusieurs forces font du Q-TOP-VC une avancée supplémentaire dans le domaine de la recherche et de l'évaluation des TA. Tout d'abord, l'outil montre une organisation factorielle à deux facteurs solides, regroupant deux séries d'items selon l'organisation TRA/TDCS du DSM-5 (APA, 2013). De plus, les échelles du Q-TOP-VC montrent des corrélations attendues avec les échelles du RPQ, ce qui soutient sa validité convergente. La cohérence interne des deux échelles est également très élevée. Enfin, les deux échelles permettent également de distinguer les trois groupes d'enfants à l'étude, soit 1) les enfants issus de la population générale, 2) les enfants adoptés ou en placés en famille d'accueil sans diagnostic de TA, et 3) les enfants adoptés ou placés en famille d'accueil avec un diagnostic de TA. Il était attendu que les enfants adoptés ou en placés en famille d'accueil présentent des résultats plus élevés aux deux échelles comparativement à ceux issus de la population générale, puisque leur vécu en bas âge constitue un facteur de risque important (Chisholm *et al.*, 1995 ; Chisholm, 1998 ; Maclean, 2003). Selon O'Connor et Zeanah (2003), c'est particulièrement chez les enfants placés en milieu de vie substitut durant l'enfance qu'on retrouve des symptômes de TA. Il faut cependant prendre note que les enfants des groupes 2 et 3 ont été recrutés auprès d'un organisme qui vient en aide aux parents d'enfants adoptés/en famille d'accueil ayant des difficultés ou même un TA. Il est donc fort possible que les enfants du groupe 2, même s'ils n'ont pas un diagnostic de TA, présentent plus de symptômes de TA que les enfants adoptés/placés en famille d'accueil en général. Le Q-TOP-VC peut ainsi être utilisé à des fins de dépistage et peut également soutenir l'évaluation diagnostique d'un TA dans le cadre d'une

démarche d'évaluation des troubles mentaux plus globale, chez des enfants placés en milieu de vie substitutif.

Concernant l'item 12, lequel n'a pas saturé de façon optimale aucune des deux échelles, deux points nous semblent nécessiter une explication plus détaillée. Tout d'abord, nous devons spécifier que l'item 12 du Q-TOP-VC, qui mesure le critère A3 du TDCS, a été formulé en utilisant la version anglophone du DSM-5 (APA, 2013), puisqu'il nous est apparu que ce critère a été mal traduit dans la version francophone du DSM-5 (APA, 2015). En effet le DSM-5 (version anglophone) énonce le critère A3 comme suit : "*Diminished or absent checking back with adult caregiver after venturing away, even in unfamiliar settings*", alors que le DSM-5 (version francophone) l'énonce ainsi : « Ne demande pas ou guère l'accord d'un adulte qui prend soin de lui avant de s'aventurer au loin, même dans des lieux inconnus ». L'énoncé de la version anglophone met l'accent sur le comportement de référence sociale de l'enfant envers la figure de soins (*checking back*), alors que la version francophone remplace ce comportement par une demande de permission de l'enfant envers l'adulte, ce qui sollicite probablement un autre registre comportemental chez l'enfant (obéissance/opposition). Nous avons opté pour le concept de référence sociale lorsque nous avons écrit l'item 12 du Q-TOP-VC, afin de conserver l'idée de la version originale du DSM-5. Ensuite, les résultats concernant cet item, qui sature le facteur TRA plutôt que le facteur TDCS, peut sembler étonnant à première vue. Par contre, Dobrova-Krol, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Juffer (2010) ainsi que Pears *et al.* (2010) ont obtenu des résultats semblables. En fait, le critère A3 du TDCS est le seul du TDCS qui fait explicitement référence au comportement de l'enfant envers la figure de soins, ce qui pourrait expliquer que ce critère soit plus associé à ceux du TRA, lesquels concernent majoritairement des comportements de l'enfant en présence ou en interaction avec la figure de soins.

Les résultats indiquent également un chevauchement entre les symptômes du TRA et ceux du TDCS. En effet, les enfants qui obtiennent un score élevé à l'échelle TRA du Q-TOP-VC obtiennent également un score élevé à l'échelle TDCS. Le DSM-5 (APA, 2013) mentionne que les deux troubles sont associés aux mêmes causes, soit à la négligence, à des changements répétés des figures de soins et à des conditions d'éducation limitées, ce qui pourrait expliquer la présence, chez un même enfant, des manifestations symptomatiques caractérisant deux types de problèmes. De plus, certains auteurs suggèrent que ces deux modes d'approche relationnelle tendent à se présenter en alternance selon la situation et les personnes rencontrées (Tiret, 2001). Très peu de chercheurs ont tenté d'établir les taux de prévalence séparés pour le TRA et le TDCS, puisque ces troubles étaient considérés jusqu'à tout dernièrement une même entité diagnostique. Parmi ces rares études, Jonkman et ses collaborateurs (2014) ont montré que chez les enfants en famille d'accueil manifestants des signes de TA, 29 % (12/42) montraient un profil mixte, un taux comparable à celui obtenu par Zeanah et collaborateurs en 2004 (35 %, 20/57). Il est ainsi possible qu'un nombre non-négligeable d'enfants présente un double-profil, bien que des recherches supplémentaires soient définitivement nécessaires afin de documenter de façon fiable le taux de prévalence de ces troubles.



## LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude présente certaines limites, notamment le format questionnaire du Q-TOP-VC pose le problème de la fiabilité des répondants. Une façon de contourner ce problème pourrait être d'utiliser une deuxième figure de soins pour répondre au questionnaire, afin de comparer les profils. Aussi, la nature de ce qui est évalué peut avoir une influence sur la fiabilité des répondants. Ainsi, bien qu'il existe des questionnaires validés à remplir par la figure de soins pour mesurer divers symptômes et troubles chez l'enfant (p. ex., *Conners Comprehensive Rating Scales*, *Behavior Assessment System for Children, Third Edition*, *Achenbach System of Empirically Based Assessment*, etc.), il n'y a toujours pas à ce jour de questionnaire validé permettant au parent d'évaluer la relation d'attachement (in)sécurisant de l'enfant à son égard. En effet, il est montré que les parents ne sont généralement pas en mesure de fournir des données valides sur le lien d'attachement qu'ils ont avec leur enfant. La méta-analyse de van Ijzendoorn, Verrijken, Bakermans-Kranenburg et Riksen-Walraven (2004) sur la validité du Q-Sort d'attachement (un instrument de mesure du lien d'attachement parent-enfant sous forme de tri de cartes) est éloquent à ce sujet. Ces auteurs ont montré que le Q-Sort d'attachement montrait des indices de validité convergente acceptables lorsque le répondant au Q-Sort était un observateur externe, ce qui n'était pas le cas lorsqu'il était complété par le parent de l'enfant. Ces données incitent certainement à la prudence lorsqu'il est question de mesurer l'attachement ou un construit similaire sur le plan conceptuel, comme le TRA (particulièrement les critères A1 et A2), en utilisant des données auto-rapportées par le parent/figure de soins sous forme de questionnaire. Les experts du domaine des TA recommandent d'ailleurs aux cliniciens d'utiliser une procédure d'évaluation multiméthode comprenant entre autres des questionnaires complétés par le donneur de soins, des données d'entrevue et des observations donneur de soins-enfant et des observations de l'enfant en présence d'un adulte inconnu lors d'une évaluation diagnostique des TA (Zeanah, Chesher, Boris & the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2016).

Aussi, le questionnaire n'a pas été validé auprès de parents ayant des comportements de maltraitance. Ainsi, bien que l'outil semble disposer de bonnes propriétés psychométriques pour détecter les enfants adoptés/placés en famille d'accueil ayant un TA, il n'est pas du tout évident que l'outil puisse permettre d'évaluer les TA dans le cas où le répondant (parent ou figure de soins actuelle) aurait lui-même des comportements de maltraitance envers son enfant. Il est documenté que certaines caractéristiques du parent (p. ex., psychopathologie, discipline rude, dysfonctionnement familial, faible niveau socio-économique), que l'on retrouve souvent chez les parents ayant des comportements de maltraitance, sont associées à des distorsions ou des biais au plan de la capacité à percevoir l'enfant tel qu'il est réellement (De Los Reyes & Kazdin, 2005 ; Müller & Furniss, 2013 ; Ringoot *et al.*, 2015), ce qui pourrait biaiser les résultats au Q-TOP-VC. Également, il est possible que des parents ayant des comportements de maltraitance hésitent à rapporter des symptômes de TRA chez leur enfant, par un effet

de désirabilité sociale, puisque le parent peut avoir une compréhension implicite ou même explicite que des comportements de TRA chez son enfant pourraient être causés par ses propres difficultés au plan des capacités parentales.

## PISTES DE RECHERCHE FUTURES

Cette recherche s'inscrit au sein d'une étude ayant pour objectif de valider une version longue du Q-TOP, ayant davantage d'items par critère diagnostique et davantage d'échelles, afin de documenter un plus grand éventail de comportements correspondant aux critères du TRA et du TDCS. Par exemple, les critères diagnostics du TDCS se centrent principalement sur les interactions de l'enfant avec des étrangers, cependant les critères A2 et B font respectivement référence à une « familiarité excessive » et à une « désinhibition sociale » qui semblent s'appliquer à l'ensemble des interactions sociales de l'enfant. Il demeure à documenter si cette « désinhibition sociale » plus large est un équivalent de la désinhibition sociale qui s'exprime par des interactions avec les étrangers ou s'il s'agit une composante distincte du phénotype comportemental du TDCS.

Des analyses de corrélation test-retest, en effectuant une deuxième passation du Q-TOP, seront aussi nécessaires pour obtenir un autre indice de la fidélité de l'instrument. En plus de l'analyse factorielle exploratoire, les prochaines études pourront procéder à une analyse confirmatoire pour compléter la validation de la structure de l'outil. Lorsqu'un nombre suffisant de participants normatifs aura été recruté, des scores dichotomiques (absence/présence du trouble) pourraient également être développés, en utilisant les fréquences de chaque réponse (0, 1, 2, 3) pour chaque item mesurant un symptôme précis du TRA et du TDCS, et en suivant l'algorithme proposé par le DSM-5. Enfin, l'ajout d'une entrevue semi-structurée sur les TA permettrait d'explorer de façon plus approfondie la présence de différents symptômes et de limiter les biais liés aux observations du répondant (Zeanah *et al.*, 2002).

## CONCLUSION

Le Q-TOP-VC est un nouvel outil permettant d'évaluer les troubles de l'attachement en fonction des critères diagnostiques du DSM-5 (APA, 2013). À notre connaissance, il s'agit du seul questionnaire validé permettant de mesurer les TA tel que défini par le DSM-5. Les résultats de cette étude indiquent que le Q-TOP-VC montre des propriétés psychométriques intéressantes, notamment une bonne validité de construit, appuyée par une analyse factorielle indiquant deux facteurs clairs et cohérents avec la nosologie actuelle ; une excellente cohérence interne des deux échelles ( $\alpha = 0,89$  et  $0,93$ ) et une très bonne validité convergente, comme l'indique les corrélations très fortes avec les échelles associées du RPQ et sa capacité à discriminer trois groupes d'enfants c'est-à-dire des enfants issus de la population générale, des enfants adoptés/placés en famille

d'accueil sans diagnostic de TA et des enfants adoptés/placés en famille d'accueil ayant un diagnostic de TA. Nous encourageons les cliniciens et chercheurs à utiliser ce questionnaire afin de mieux dépister et évaluer les TA chez les enfants adoptés et chez les enfants suivis par les SPE.

## REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier tous les parents adoptifs, les parents d'accueil et les parents biologiques ayant participé à cette étude. Ce projet a reçu un support financier (programme de démarrage) de l'IUJD (Institut universitaire Jeunes en difficultés) du CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (CCSMTL).

## RÉFÉRENCES

- American Psychiatry Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: Author.
- American Psychiatry Association. (1987). *DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: Author.
- American Psychiatry Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: Author.
- American Psychiatry Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013)*. Traduction française par M-A. Crocq *et al.* Paris, France: Elsevier Masson.
- Boris, N. W., Hinshaw-Fuselier, S., Smyke, A. T., Scheeringa, M. S., Heller S. S., & Zeanah, C. H. (2004). Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(5), 568-577.
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H. (1999). Disturbances and disorders of attachment in infancy: An overview. *Infant Mental Health Journal*, *20*(1), 1-9.
- Boris, N. W., Zeanah, C. H., Larrrieu, J. A., Scheeringa, M. S., & Heller, S. (1998). Attachment disorders in infancy and early childhood: A preliminary investigation of diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry*, *155*(2), 295-297.
- Bruce, J., Tarullo, A. R., & Gunnar, M. R. (2009). Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, *21*, 157-171. doi: 10.1017/S0954579409000108.
- Carlson, E. A. (2002/2011). *Attachment formation rating scale*. Unpublished manuscript, University of Minnesota.
- Chisholm, K. (1998). A three-year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, *69*, 1092-1106.

- Chisholm, K., Carter, M., Ames, E. W., & Morison, S. J. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7, 283-294.
- Costello, A.B., & Osborne, J.W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10, 1-9.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 483-509. DOI: 10.1037/0033-2909.131.4.483
- Dobrova-Krol, N. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2010). The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1368-1376. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02243.x
- Egger, H., Ascher, B., & Angold, A. (1999). *Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): Version 1.1*. Durham, NC: Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Center for Developmental Epidemiology, Duke University Medical Center.
- Follan, M., Anderson, S., Huline-Dickens, S., Lidstone, E., Young, D., Brown, G., & Minnis, H. (2011). Discrimination between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Reactive Attachment Disorder in school aged children. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 520-526. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.031>
- Gleason, M., Fox, N., Drury, S., Smyke, A., Egger, H., Nelson, C., ... Zeanah, C. (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: Indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 216 - 231.
- Gleason, M. M., Fox, N. A., Drury, S. S., Smyke, A. T., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2014). Indiscriminate behaviors in previously institutionalized young children. *Pediatrics*, 133, e657-e665. doi: 10.1542/peds.2013-0212
- Humphreys, K. L., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2017). Signs of Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder at age 12 years: Effects of institutional care history and high-quality foster care. *Development and Psychopathology*, 29, 675-684. doi: 10.1017/S0954579417000256
- Jonkman, C. S., Oosterman, M., Schuengel, C., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2014). Disturbances in attachment: Inhibited and disinhibited symptoms in foster children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 1-7 doi:10.1186/1753-2000-8-21.
- Kay, C., & Green, J. (2013). Reactive Attachment Disorder following early maltreatment: Systematic evidence beyond the institution. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 571-581.
- Kay, C., Green, J., & Sharma, K. (2016). Disinhibited Attachment Disorder in UK adopted children during middle childhood: Prevalence, validity and possible developmental origin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(7), 1375-1386. doi: 10.1007/s10802-016-0131-2.

- Kazdin, A.E. (1998). *Research design in clinical psychology* (3e ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Kočovská, E., Puckering, C., Follan, M., Smillie, M., Gorski, C., Barnes, J., . . . Minnis, H. (2012). Neurodevelopmental problems in maltreated children referred with indiscriminate friendliness. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 1560-1565. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2012.02.016>
- Lawler, J. M., Hostinar, C. E., Mliner, S. B., & Gunnar, M. R. (2014). Disinhibited social engagement in postinstitutionalized children: Differentiating normal from atypical behavior. *Development and Psychopathology, 26*, 451-464. doi: 10.1017/S0954579414000054
- Lawler, J. M., Koss, K. J., Doyle, C. M., & Gunnar, M. R. (2016). The course of early disinhibited social engagement among post-institutionalized adopted children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*, 1126-1134. doi: 10.1111/jcpp.12606
- Lehmann, S., Breivik, K., Heiervang, E. R., Havik, T., & Havik, O. E. (2016). Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder in school-aged foster children - A confirmatory approach to dimensional measures. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*, 445-457. doi:10.1007/s10802-015-0045-4.
- Lehmann, S., Monette, S., Egger, H., Breivik, K., Young, D., Davidson, C., & Minnis, H. (in press) Development and Examination of the Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder Assessment Interview. *Assessment*. Advanced online publication. 1073191118797422. doi:10.1177/1073191118797422
- Maclean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology, 15*, 853-884.
- McLaughlin, A., Espie, C. and Minnis, H. (2010), Development of a Brief Waiting Room Observation for Behaviours Typical of Reactive Attachment Disorder. *Child and Adolescent Mental Health, 15*, 73-79. doi:10.1111/j.1475-3588.2009.00549.x.
- Minnis, H., & Goodman, R. (n.d.). *Development and Well-Being Assessment*. Unpublished manuscript.
- Minnis, H., Green, J., O'Connor, T. G., Liew, A., Glaser, D., Taylor, E., . . . Sadiq, F. A. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 50*, 931-942
- Minnis, H., Macmillan, S., Pritchett, R., Young, D., Wallace, *et al.* (2013). Prevalence of Reactive Attachment Disorder in a deprived population. *The British Journal of Psychiatry, 202*, 342-346.
- Minnis, H., Rabe-Hesketh, S. & Wolkind, S. (2002). Development of a brief, clinically relevant, scale for measuring attachment disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 11*, 90-98. doi:10.1002/mpr.127.
- Monette, S., Cyr, C., Archambault, M., Terradas, M. & Couture, S. (soumis). *Measuring Attachment disorders in school-aged children: Validation of the ETRAD-Q (Early TRAutism-related Disorders Questionnaire)*. Communication affichée présentée au congrès 2019 de la Society for Research in Child Development (SRCD), Baltimore, Maryland.
- Müller, J. M., & Furniss, T. (2013). Correction of distortions in distressed mothers' ratings of their preschool children's psychopathology. *Psychiatry Research, 210*, 294-301. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.025>.

- O'Connor, T. G., Bredenkamp, D., & Rutter, M. (1999). Attachment Disturbances and Disorders in Children Exposed to Early Severe Deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20, 10-29.
- O'Connor T. G & Zeanah C. H. (2003). Current perspectives on attachment disorders: Rejoinder and synthesis. *Attachment & Human Development*, 5(3). 321-326.
- Oosterman, M., & Schuengel, C. (2007). Autonomic reactivity of children to separation and reunion with foster parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1196 - 1203.
- Organisation Mondiale pour la Santé (1992). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision. Genève: Auteur.
- Pears, K. C., Bruce, J., Fisher, P. A., & Kim, H. K. (2010). Indiscriminate friendliness in maltreated foster children. *Child Maltreatment*, 15, 64-75. doi: 10.1177/1077559509337891.
- Richters, M. M. & Volkmar, F. R. (1994). Reactive Attachment Disorder of infancy or early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 328-332.
- Riley, C., Atlas-Corbett, A., & Lyons-Ruth, K. (2005). *Rating of Infant-Stranger Engagement (RISE) coding system (Unpublished manuscript)*. Department of Psychiatry, Harvard Medical School at the Cambridge Hospital, Cambridge.
- Ringoot, A. P., van der Ende, J., Jansen, P. W., Measelle, J. R., Basten, M., et al. (2015). Why mothers and young children agree or disagree in their reports of the child's problem behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 913-927. doi: 10.1007/s10578-014-0531-x.
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., . . . Sonuga-Barke, E. J. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 17-30. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01688.x
- Rutter, M., Sonuga-Barke, E. J., Beckett, C., Castle, J., Kreppner, J., Kumsta, R., et al. (2010). Deprivation specific psychological patterns: Effects of institutional deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75, 1-253.
- Smyke, A. T., Dumitrescu, A. & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 972-982.
- Smyke A. T. & Zeanah C. H. (1999) *Disturbances of Attachment Interview*. Unpublished manuscript.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Jørgensen, T., Heering, K., & Samberg, V. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 1/2 years of age: The Copenhagen child cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 62-70.
- Tiret, B-P. (2001). *Démystifier les maladies mentales, les troubles de l'enfance et de l'adolescence: Maltraitance, abus et négligence chez les enfants*. Québec: Gaëtan Morin.
- Tarullo, A. R., Garvin, M. C., & Gunnar, M. R. (2011). Atypical EEG power correlates with indiscriminately friendly behavior in internationally adopted children. *Developmental Psychology*, 47, 417-431. doi: 10.1037/a0021363.
- Van Ijzendoorn, M. H., Vereijken, C. M. J. L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Marianne Riksen-Walraven, J. (2004). Assessing attachment security with

- the attachment Q Sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development*, 75, 1188-1213. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00733.x
- Vervoort, E., De Schipper, J., Bosmans, G., & Verschuere, K. (2013). Screening symptoms of Reactive Attachment Disorder: Evidence for measurement invariance and convergent validity. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(3), 256-265.
- Woolgar, M., & Baldock, E. (2015). Attachment disorders versus more common problems in looked after and adopted children: Comparing community and expert assessments. *Child and Adolescent Mental Health*, 20, 34-40. doi: 10.1111/camh.12052
- Zeanah, C. H., Cheshier, T., Boris, N. W., Walter, H. J., Bukstein, O. G., Bellonci, C., . . . Stock, S. (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 990-1003. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.08.004>
- Zeanah, C. H., & Emde, R. N. (1994). Attachment disorders in infancy and childhood. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.). *Child and adolescent psychiatry* (pp. 491-503). Oxford: Blackwell.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Dumitrescu, A. (2002) Attachment disturbances in young children. II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 983-989.
- Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Trapani, J. (2004). Reactive Attachment Disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 877-888.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76. doi: 10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x