

LA DÉTRESSE DES MÈRES EST-ELLE LIÉE AU QI ET À LA PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT?

Louis Richer, Lise Lachance et Karine N. Tremblay

Certains parents éprouvent de la détresse en raison de la déficience intellectuelle et des manifestations psychopathologiques de leur enfant. Le taux de prévalence de la détresse est supérieur chez les femmes. L'étude examine les liens entre la détresse des mères ainsi que le QI et les manifestations psychopathologiques de leur enfant. Un questionnaire est complété par 56 mères d'enfants recevant des services d'un CRDI. Le QI des enfants est évalué tandis qu'une grille d'évaluation des manifestations psychopathologiques est remplie par les mères et les enseignants. Presque la moitié des mères présentent un niveau élevé de détresse. Cette dernière n'est pas reliée au QI de l'enfant, mais est associée aux troubles des conduites et d'hyperactivité, évalués par la mère ou l'enseignant.

INTRODUCTION

Prendre soin d'un enfant ayant une déficience intellectuelle implique souvent de recourir à des services de santé ou de réadaptation, de réaliser des démarches pour son intégration dans diverses activités et de défendre ses droits et intérêts (Lachance, Richer, Côté et Poulin, 2004). La période de scolarisation de ces enfants est particulièrement exigeante pour les parents (McIntyre, Blacher et Baker, 2006). Elle implique l'établissement d'un partenariat avec les intervenants scolaires (MEQ, 1999). Les forces et faiblesses de l'enfant sont plus apparentes en raison des attentes face à son adaptation à l'école et des défis que pose l'intégration sociale (McIntyre et al., 2006). Ces responsabilités supplémentaires contribueraient à l'épuisement des parents (Bégin, 1992).

En raison de l'exigence des soins prodigués à ces enfants (Floyd et Gallagher, 1997), leurs parents risquent d'éprouver du stress et de la détresse psychologique (Baker et al., 2003; Emerson, 2003; ISQ, 2004). La réalité des mères et des pères diffère,

car ils ne vivent pas l'expérience d'avoir un enfant ayant un handicap de la même façon et que leurs points de vue divergent sur le travail et les rôles parentaux (ISQ, 2004; Roach, Orsmond et Barrat, 1999). La présence d'un enfant ayant une déficience intellectuelle au sein de la famille contribuerait à une répartition plus traditionnelle des rôles (ISQ, 2004). En raison de leur investissement dans les soins prodigués aux enfants, les mères éprouveraient plus de stress ce qui fragiliserait leur santé mentale (ICSI, 2000).

Selon les écrits recensés, le stress parental dépendrait des caractéristiques de l'enfant et fluctuerait en fonction des demandes liées à son développement (Baker et Blacher, 2002; Blacher, 2001). Il serait également associé à la sévérité de la déficience intellectuelle (Minnes, 1998; Orr, Cameron, Dobson et Day, 1993; Taanila, Kokkonen et Jarvelin, 1996) quoique des auteurs n'aient pas observé de lien (Douma, Dekker et Koot, 2006; Walker et Van Slyke, Newbrough, 1992). Selon certains, les caractéristiques de l'enfant reliées à la déficience intellectuelle seraient de meilleurs prédicteurs du

stress parental ou des problèmes de santé mentale que le niveau intellectuel (Baker et al., 2003; Beck, Hastings, Daley et Stevenson, 2004; Minnes, 1998). Celles-ci incluent les habiletés sociales (Beck et al., 2004; Lecavalier, Leone et Wiltz, 2006), l'autonomie (Floyd et Gallagher, 1997; Roach et al., 1999) et, particulièrement, les problèmes émotionnels ou comportementaux (Baker et al., 2003; Beck et al., 2004; Douma et al., 2006; Floyd & Gallagher, 1997; Lecavalier et al., 2006). En effet, la prévalence de psychopathologie chez les enfants ayant une déficience intellectuelle serait de 2 à 4 fois plus élevée que chez ceux au développement typique (Gray et Mohr, 2004; Wallander, Dekker et Koot, 2006). De 35 à 49% présenteraient un niveau élevé de psychopathologie (Wallander et al., 2006).

L'évaluation de la psychopathologie est plus difficile quand le niveau de déficience intellectuelle est important ou en présence d'autres handicaps (Baker et al., 2003; Koskentausta et Almqvist, 2004; Tremblay, Richer, Côté Lachance, 2006). Les difficultés rencontrées peuvent découler des problèmes de communication ou liés à la pensée abstraite (Baker et al., 2003; Koskentausta et Almqvist, 2004). Le recours à de multiples sources de référence dans le processus d'évaluation est recommandé (Rush, Bowman, Eidman, Toole & Mortenson, 2004; Tremblay et al., 2006). Bref, il importe de considérer la sévérité du handicap ainsi que la psychopathologie des enfants ayant une déficience intellectuelle puisqu'ils influencent la nature et l'importance des soins qui doivent être dispensés.

Cette étude examine les liens entre la détresse psychologique des mères ainsi que le niveau intellectuel et les manifestations psychopathologiques de leur enfant en considérant le point de vue de la mère et de l'enseignant.

MÉTHODOLOGIE

Déroulement et participants

Cette étude transversale est de nature descriptive corrélacionnelle. La population comprend 165

familles dont un enfant (6-17 ans) reçoit des services d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI). L'échantillon est prélevé aléatoirement et seuls les parents ayant la garde de leur enfant y sont inclus. Le taux de réponse est de 73% et le principal motif de refus concerne le manque de temps (55%). Sont retenues aux fins de l'étude les 56 mères ayant répondu à un questionnaire autoadministré (incluant une échelle de désirabilité sociale et une mesure de détresse psychologique) ainsi qu'à une grille évaluant les manifestations psychopathologiques de leur enfant. Un psychologue soumet chaque enfant à une évaluation du niveau intellectuel et l'enseignant responsable de l'enfant complète une grille d'évaluation de ses manifestations psychopathologiques.

L'âge moyen des mères est de 41,2 ans ($ÉT=5,9$). Environ le tiers détient un diplôme d'études collégiales ou universitaires. Un peu plus de la moitié n'a pas d'emploi rémunéré. Les mères expliquent cette situation notamment par le fait de s'occuper des enfants et des travaux domestiques (93%), la suffisance du salaire du conjoint (54%), les problèmes de conciliation travail-famille (48%). Parmi les travailleuses, 44% œuvrent dans le secteur des services et 26% sont des cadres ou des professionnelles. La plupart (82%) travaillent pour un seul employeur et plus de 60% occupent un emploi rémunéré à temps plein. Près de 90% des mères vivent en couple et la durée moyenne de vie conjugale est de 16,5 ans ($ÉT=6,4$). Près des trois quarts vivent avec un conjoint qui occupe un emploi rémunéré et considèrent leur revenu familial suffisant pour subvenir aux besoins familiaux. Toutefois, 16% se disent pauvres. Le nombre moyen d'enfants par famille est de 2,3 ($ÉT=0,8$). Près de 20% des mères ont pour seul enfant celui qui reçoit des services du CRDI. L'âge moyen des enfants ayant une déficience intellectuelle est de 11,3 ans ($ÉT=3,4$) et la majorité (54%) est de sexe masculin. Autour de 70% des enfants fréquentent exclusivement une classe spéciale et le même pourcentage est à l'ordre d'enseignement primaire.

Instruments

Les mères ont fourni des renseignements sociodémographiques ainsi que des informations sur leur enfant ayant une déficience intellectuelle. En guise de contrôle, la version abrégée de l'Échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne (Tremblay, Lachance et Richer, 2006) a évalué la tendance des mères à vouloir bien paraître socialement. Les 13 items décrivent des comportements fort probables, mais culturellement sanctionnés ou des comportements approuvés socialement ayant une faible probabilité d'occurrence. Le coefficient KR-20 auprès de parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle est de 0,65 (Lachance et al., 2004). Elles ont aussi complété l'Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992). Il évalue la fréquence (de 1=jamais à 4=très souvent) de symptômes liés à la dépression, à l'anxiété, à l'irritabilité et aux problèmes cognitifs en référant aux 7 derniers jours. La version abrégée de 14 items est retenue en raison de ses qualités psychométriques. Des analyses confirmatoires appuient la stabilité de sa structure factorielle (Préville et al., 1992) et des normes sont disponibles (Boyer, Préville, Légaré et Valois, 1993).

Un psychologue a administré à chaque enfant la forme abrégée du *Leiter International Performance Scale-Revised* (*Leiter-R*; Roid et Miller, 1997) afin d'évaluer l'intelligence non verbale (25 min). Ce test, adéquat pour les jeunes (de 2 à 21 ans) ayant des problèmes de langage importants ou atteints de troubles auditifs, ne comporte pas de matériel verbal et minimise les exigences au niveau des compétences motrices. Sa corrélation avec la forme longue de l'outil est élevée ($r=0,97$) (Tsatsanis et al., 2003). Il permet, avec une précision de 96%, la classification des jeunes ayant un retard cognitif (Roid et Miller, 1997). Quand l'enfant n'atteint pas le seuil minimum requis pour une évaluation à l'aide du *Leiter-R* ou qu'il refuse de collaborer, l'Échelle de développement Harvey-Forme II (Harvey, 1984) est complétée (45 min) en collaboration avec sa mère. Produite au Québec, elle permet d'obtenir un quotient de développement (QD) en considérant 5 facettes (motricité, autonomie, graphisme, langage,

connaissance). Les coefficients KR-20 varient de 0,94 à 0,97 et les corrélations entre les facettes vont de 0,55 à 0,87. La corrélation entre le QD et le Stanford-Binet est de 0,74.

Les mères ainsi que l'enseignant responsable de l'enfant ont complété la Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger (GÉCEN; Tassé, Morin & Girouard, 2000). Selon ses auteurs, elle permet l'évaluation (15 min) de la psychopathologie des jeunes (5-18 ans) ayant une déficience intellectuelle. Une forme parent et une forme enseignant sont disponibles. La GÉCEN tient compte de 2 dimensions: les compétences sociales (10 items; 2 sous-échelles: accommodant/calme et adaptation sociale) et les comportements problématiques (66 items; 6 sous-échelles: troubles des conduites, anxiété, hyperactivité, automutilation/stéréotypé, auto-isollement/rituels, sensibilité/susceptibilité [parent] ou irritabilité [enseignant]). Les alpha varient de 0,70 à 0,92 pour la GÉCEN-parent et de 0,77 à 0,90 pour la GÉCEN-enseignant (Tassé, Girouard & Morin, 1999). Des normes sont disponibles et tiennent compte de l'âge et du sexe (Tassé et al., 1999).

RÉSULTATS

La moyenne obtenue à l'Échelle de désirabilité sociale est relativement élevée soit, 7,9/13 ($ET=2,7$). Les résultats à l'Indice de détresse psychologique indiquent que 48,2% des mères de l'échantillon présentent un niveau élevé de détresse. Suivant la passation du *Leiter-R* ($N=39$) ou de l'Échelle de développement Harvey ($N=17$), l'estimé du QI ou du QD des enfants se répartit ainsi: 15% aucune déficience, 28% déficience légère, 33% déficience moyenne, 4% déficience grave, 20% déficience profonde. La prévalence des manifestations psychopathologiques telle qu'évaluée par la GÉCEN-parent est de 57,1% et de 51,8% pour la GÉCEN-enseignant. La proportion d'enfants qui obtient des scores au-delà des seuils cliniques pour chacune des sous-échelles est présentée au Tableau 1. D'après les résultats à la GÉCEN-parent et à la GÉCEN-enseignant, les proportions d'enfants dont les scores sont supérieurs aux seuils cliniques varient respectivement de 8,9 à 32,1% et de 11,8 à 21,6%.

Selon les mères, les dimensions les plus problématiques concernent les comportements d'automutilation/stéréotypé (32,1%) et les compétences sociales (26,8% et 21,4%). Du point de

vue des enseignants, il s'agit de l'hyperactivité (21,6%) et des comportements d'automutilation/stéréotypé (19,6%).

Tableau 1
Proportion d'enfants qui franchissent les seuils cliniques en fonction des sous-échelles de la GÉCEN -parent et de la GÉCEN -enseignant

Variables	Répondants à la GÉCEN		Pourcentage d'accord	Kappa
	Mères (n=56)	Enseignants (n=51)		
<i>Compétences sociales</i>				
- Accommodant/calme	21,4%	13,7%	76%	0,20
- Adaptation sociale	26,8%	18,0%	76%	0,25
<i>Comportements problématiques</i>				
- Troubles des conduites	16,1%	11,8%	94%	0,77
- Anxiété	8,9%	13,7%	84%	0,25
- Hyperactivité	14,3%	21,6%	78%	0,29
- Automutilation/stéréotypé	32,1%	19,6%	73%	0,29
- Auto-isolement/rituels	12,5%	16,0%	74%	-0,14
- Sensibilité/susceptibilité	16,1%	-	-	-
- Irritabilité	-	11,8%	-	-

GÉCEN = Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger

Quoique la proportion d'enfants au-delà des seuils cliniques semble différer pour les mères et les enseignants à plusieurs sous-échelles de la GÉCEN, des tests de McNemar indiquent que les écarts observés ne sont pas significatifs. De plus, les pourcentages d'accord entre leurs résultats sont relativement élevés (de 73 à 94%). Puisque ces pourcentages ne donnent pas une idée complète du degré d'accord inter-juges, des coefficients kappa, qui permettent de tenir compte du hasard, sont aussi

calculés. Pour ces coefficients, les valeurs obtenues sont bonnes (de 0,20 à 0,29) à l'exception de la sous-échelle «Troubles des conduites» où la valeur est substantielle (0,77) et de la sous-échelle «Auto-isolement/rituels» pour laquelle il y a désaccord (Landis & Koch, 1977).

Des analyses de corrélations partielles sont réalisées pour établir le lien entre la détresse des mères et le niveau intellectuel ainsi que les manifestations

psychopathologiques de l'enfant puisque la désirabilité sociale est liée négativement à la détresse ($r=-0,44$, $p<0,001$). Les coefficients obtenus, en considérant les scores continus des différents outils, sont présentés au Tableau 2. Le niveau intellectuel n'est pas relié significativement à la détresse des mères ($r=-0,01$). Par contre, les troubles des conduites et l'hyperactivité de l'enfant, évalués par

la mère ou l'enseignant, sont associés à davantage de détresse chez les mères. En outre, celles qui relèvent plus de comportements d'anxiété et d'automutilation/stéréotypé chez leur enfant considèrent leur niveau de détresse supérieur. Enfin, moins les enfants présentent de comportements accommodants ou calmes, selon les enseignants, plus les mères rapportent de détresse.

Tableau 2

Matrice de corrélations partielles entre les résultats à l'évaluation comportementale et la détresse psychologique des mères en contrôlant pour le niveau de désirabilité sociale

GÉCEN -Parent (n=56)	Détresse psychologique	GÉCEN -Enseignant (n=51)	Détresse psychologique
<i>Compétences sociales</i>		<i>Compétences sociales</i>	
- Accommodant/calme	-0,19	- Accommodant/calme	-0,32 *
- Adaptation sociale	-0,13	- Adaptation sociale	-0,14
<i>Comportements problématiques</i>		<i>Comportements problématiques</i>	
- Troubles des conduites	0,49 ***	- Troubles des conduites	0,35 *
- Anxiété	0,28 *	- Anxiété	0,07
- Hyperactivité	0,32 *	- Hyperactivité	0,37 **
- Automutilation/stéréotypé	0,27 *	- Automutilation/stéréotypé	0,20
- Auto-isolement/rituels	0,23	- Auto-isolement/rituels	0,22
- Sensibilité/susceptibilité	0,24	- Irritabilité	0,27

GÉCEN=Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger

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

DISCUSSION

Cette étude traitait des liens entre la détresse psychologique des mères ainsi que le niveau intellectuel et les manifestations psychopathologiques de leur enfant en considérant le point de vue de la mère et de l'enseignant. Le lien entre le niveau intellectuel et la détresse des mères n'est pas

significatif. Toutefois, plusieurs manifestations psychopathologiques y sont corrélées. À l'instar d'une majorité d'études (ex., Baker et al., 2003; Beck et al., 2004; Minnes, 1998), les caractéristiques de l'enfant liées à la déficience intellectuelle seraient davantage associées à la détresse des mères que le niveau intellectuel. Selon les écrits, les problèmes émotionnels seraient moins dérangeants pour la vie

familiale que les problèmes comportementaux que ce soit du point de vue des parents ou des enseignants (Lecavalier et al., 2006). Comme les enfants qui présentent des troubles de conduites, de l'hyperactivité et de l'anxiété exigent davantage d'attention et de soins (Simmerman, Blacher et Baker, 2001), il est peu surprenant que ces comportements soient associés à la détresse des mères. En effet, de telles manifestations peuvent nuire à l'adaptation scolaire et sociale ainsi qu'à la vie familiale (Gullone, Cummins et King, 1995; Loveland et Tunali-Kotoski, 1997). Le malaise et le sentiment d'impuissance éprouvés par les mères à l'égard de l'automutilation pourraient expliquer le lien retrouvé avec la détresse psychologique. En effet, leur expérience antérieure avec ce type de comportement peut altérer la signification qu'elles leur donnent et influencer leur niveau de stress (Rivest, 1992). Selon Gagnon (2000), les comportements d'automutilation seraient moins fréquents dans le milieu scolaire en raison de la plus grande stimulation sensorielle. Par les sensations qu'ils procurent, leur manifestation comblerait un vide sensoriel. Enfin, une relation inverse est observée entre la détresse des mères et les comportements accommodants/calmes de l'enfant rapportés par les enseignants. Selon Beck et al. (2004), le manque de compétences sociales de l'enfant devrait prédire le stress des mères. Toutefois, dans la présente étude, il semblerait que

leur détresse soit davantage reliée aux comportements problématiques de l'enfant. Ceci pourrait être attribuable au fait que les outils mesurant des aspects négatifs sont habituellement plus corrélés entre eux en raison de facteurs liés à la personnalité (Spector, 2006). De plus, les mères qui ressentent de la détresse percevraient plus de problèmes comportementaux chez leur enfant qui manifesterait, à son tour, davantage de ces

comportements en réaction au stress parental (Baker et al., 2003).

En général, les mères et les enseignants s'entendent concernant l'évaluation des compétences sociales et des comportements problématiques de l'enfant malgré qu'ils aient des contacts avec eux dans des contextes et des environnements différents. Les écarts de points de vue sont toutefois plus importants concernant les compétences sociales. Ceux-ci peuvent être attribuables à une réelle différence entre les comportements de l'enfant manifestés dans deux environnements, à un biais de la part du répondant ou encore à ces deux facteurs (Cheramie, 1994). Contrairement aux parents, les enseignants ont davantage la possibilité de comparer les enfants à un groupe de référence (Shaw et al., 1991). De plus, la structure de l'environnement scolaire contribuerait à réduire les manifestations psychopathologiques (Dekker, Koot, van der Ende & Verhulst, 2002). Les enseignants reçoivent aussi de la formation pour intervenir auprès d'une clientèle ayant une déficience intellectuelle ou des troubles de comportements (Lecavalier et al., 2006). Cependant, différemment des parents, ceux-ci ne passent qu'un nombre limité d'heures avec les enfants et sont moins concernés affectivement. Ces facteurs pourraient expliquer les plus faibles taux d'enfants qui franchissent les seuils cliniques concernant les manifestations psychopathologiques évalués par les enseignants. Toutefois, la plus grande fréquence des interactions sociales et de stimuli externes à l'école contribuerait à l'émergence des comportements d'anxiété, d'hyperactivité et d'auto-isolement/rituels relevés plus fréquemment par les enseignants. D'autres recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre les facteurs à l'origine des différences observées dans les manifestations psychopathologiques selon le répondant et l'environnement où elles se produisent.

IS THE DISTRESS OF MOTHERS RELATED WITH IQ AND PSYCHOPATHOLOGY OF THEIR CHILD ?

Many parents experience distress because of the intellectual disability and the psychopathological manifestations of their child. Prevalence of distress is higher among women. This study examines the links between distress of mothers as well as the IQ and the psychopathological manifestations of their child. A questionnaire is completed by 56 mothers of children receiving services from a readaptation centre. The child's IQ is assessed while a rating scale of psychopathological manifestations is filled by mothers and teachers. Almost half of the mothers show a high level of distress. The latter is not significantly correlated to the child IQ but is associated with conduct problems and hyperactivity assessed by mothers and teachers.

BIBLIOGRAPHIE

- BAKER, B. L., BLACHER, J. (2002) For better or worse? Impact of residential placement on families. *Mental Retardation*, 44, 1-13.
- BAKER, B. L., MCINTYRE, L. L., BLACHER, J., CRNIC, K., EDELBROCK, C., LOW, C. (2003) Preschool children with and without developmental delay: Behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 217-230.
- BECK, A., HASTINGS, R. P., DALEY, D., STEVENSON, J. (2004) Pro-social behaviour and behaviour problems independently predict maternal stress. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(4), 339-349.
- BÉGIN, D. (1992) *Document d'orientation. Pour commencer: l'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et de sa famille*. Québec: OPHQ.
- BLACHER, J. (2001) Transition to adulthood: Mental retardation, families, and culture. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 173-188.
- BOYER, R., PRÉVILLE, M., LÉGARÉ, G., VALOIS, P. (1993) La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée: résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 1-5.
- CHERAMIE, G. M. (1994) The AAMD Adaptive Behavior Scale-School Edition, Part 2: Test-retest reliability and parent-teacher agreement in a behavior disordered sample. *Perceptual & Motor Skills*, 79, 275-283.
- DEKKER, M. C., KOOT, H. M., VAN DER ENDE, J., VERHULST, F. C. (2002) Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 43(8), 1087-1098.
- DOUMA, J. C. H., DEKKER, M. C., KOOT, H. M. (2006) Supporting parents of youths with intellectual disabilities and psychopathology. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(8), 570-581.
- EMERSON, E. (2003) Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51-58.
- FLOYD, F. J., GALLAGHER, E. M. (1997) Parental stress, care demands, and use of support services for school age children with

- disabilities and behavior problems. *Family Relations*, 46, 359-371.
- GAGNON, M. (2000) *La stimulation basale pour une clientèle manifestant de la stéréotypie, de l'autostimulation et de l'automutilation*. 3^e Colloque sur les troubles mentaux/troubles graves du comportement et déficience intellectuelle: Bilan et perspectives en ce début du troisième millénaire, Association scientifique pour la modification du comportement, Mirabel.
- GRAY, K. M., MOHR, C. (2004) Mental health problems in children and adolescents with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(5), 365-370.
- GULLONE, E., CUMMINS, R. A., KING, N.J. (1995) Self reported fears: A comparison study of youths with and without an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 227-240.
- HARVEY, M. (1984) *L'échelle de développement Harvey*. Brossard: Behaviora.
- ICSI-INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (2000) *La santé des enfants du Canada: Un profil de l'ICSI* (3^e éd.). Ottawa:
- ISQ-INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2004) *L'incapacité dans les familles québécoises: composition et conditions de vie des familles, santé et bien-être des proches*. Québec: Auteur.
- KOSKENTAUSTA, T., ALMQVIST, F. (2004) Developmental Behaviour Checklist (DEC) in the assessment of psychopathology in Finnish children with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(1), 27-39.
- LANDIS, J. R., KOCH, G. G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- LACHANCE, L., RICHER, L., CÔTÉ, A., POULIN, J.-R. (2004) *Conciliation travail-famille chez des parents d'enfants ou d'adolescents ayant une déficience intellectuelle*. Chicoutimi: UQAC.
- LECAVALIER, L., LEONE, S., WILTZ, J. (2006) The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 172-183.
- LOVELAND, K. A., TUNALI-KOTOSKI, B. (1997) The school age child with autism. Dans D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Eds), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (2^e éd.) (pp. 283-308). New York: Wiley.
- MCINTYRE, L. L., BLACHER, J., BAKER, B. L. (2006) The transition to school: Adaptation in young children with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(5), 349-361.
- MEQ-MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (1999) *Une école adaptée à tous ses élèves: politique de l'adaptation scolaire*. Québec: Auteur.
- MINNES, P. (1998) Mental retardation: The impact upon the family. Dans J. A. Burack, R. M. Hodapp, E. Zigler (Éds) *Handbook of Mental Retardation and Development* (pp. 693-712). New York: Cambridge Uni. Press.
- ORR, R. R., CAMERON, S. J., DOBSON, L. A., DAY, D. M. (1993) Age-related changes in stress experienced by families with a child who has developmental delays. *Mental Retardation*, 31, 171-176.
- PRÉVILLE, M., BOYER, R., POTVIN, L., PERRAULT, C. & LÉGARÉ, G. (1992) *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée*

- dans *l'enquête Santé Québec*. Québec: MSSS.
- RIVEST, C. (1992) Le stress chez la famille de l'enfant présentant une déficience intellectuelle. *Le magazine de la Fondation NOR-VAL*, 2(1), 21-24.
- ROACH, M. A., ORSMOND, G. I., BARRAT, M. S. (1999) Mothers and fathers of children with Down syndrome: Parental stress and involvement in childcare. *American Journal of Mental Retardation*, 104(5), 422-436.
- ROID, G. H., MILLER, L. J. (1997) *Leiter International Performance Scale-Revised*. Illinois: Stoelting.
- RUSH, K. S., BOWMAN, L. G., EIDMAN, S. L., TOOLE, L. M., MORTENSON, B. P. (2004) Assessing psychopathology in individuals with developmental disabilities. *Behavior Modification*, 28(5), 621-637.
- SIMMERMAN, S., BLACHER, J., BAKER, B. L. (2001) Fathers' and mothers' perceptions of father involvement in families with young children with a disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 26(4), 325-338.
- SPECTOR, P. E. (2006) Method variance in organizational research: Truth or urban legend? *Organizational Research Methods*, 9(2), 221-232.
- TAANILA, A., KOKKONEN, J., JARVELIN, M. R. (1996) The long-term effects of children's early-onset disability on marital relationships. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38, 567-577.
- TASSÉ, M. J., GIROUARD, N. & MORIN, I. N. (1999) *Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger (GÉCEN)*. Montréal: UQAM.
- TASSÉ, M. J., MORIN, I. N. & GIROUARD, N. (2000) Traduction et validation de la version canadienne-française du *Nisonger Child Behavior Rating Form*. *Psychologie canadienne*, 41(2), 116-123.
- TREMBLAY, K. N., RICHER, L., CÔTÉ, A., LACHANCE, L. (2006) Les profils cognitifs et adaptatifs de jeunes ayant une déficience intellectuelle sont-ils reliés aux manifestations psychopathologiques? AAMR-Québec, Montréal.
- TREMBLAY, S., LACHANCE, L., RICHER, L. (2006). *Étude des qualités psychométriques d'une adaptation québécoise abrégée de l'Échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne*. 74^e Congrès, ACFAS, Montréal.
- TSATSANIS, K. D., DARTNALL, N., CICCETTI, D., SPARROW, S., KLIN, A., VOLKMAR, F. R. (2003) Concurrent validity and classification accuracy of the Leiter and Leiter-R in low-functioning children with autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 33(1), 23-30.
- WALKER, L. S., VAN SLYKE, D. A., NEWBROUGH, J. R. (1992) Family resources and stress: A comparison of families of children with cystic fibrosis, diabetes, and mental retardation. *Journal of Pediatric Psychology* 17, 327-343.
- WALLANDER, J. L., DEKKER, M. C., KOOT, H. M. (2006) Risk factors for psychopathology in children with intellectual disability: A prospective longitudinal population-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 259-268.