

## Relation entre les représentations des règles de comportement social et le comportement chez les adultes avec une déficience intellectuelle

REZZONICO, Giada

### Abstract

Bien que la prévalence des troubles psychopathologiques et des problèmes de comportement soit plus faible chez les adultes atteints du syndrome de Down (SD) que dans d'autres populations ayant une déficience intellectuelle (DI), les personnes avec SD présentent des problèmes affectifs et relationnels, ainsi que des difficultés d'intégration sociale. Par ailleurs, des études développementales suggèrent la présence de relations entre la connaissance des règles sociales et le développement de conduites sociales adaptées. Cependant, il existe peu d'études consacrées aux relations entre la représentation des règles de comportement social et les problèmes du comportement chez la population d'adultes avec SD. Ainsi, notre étude se propose d'investiguer les capacités de raisonnement social, basées sur les connaissances des règles sociales (conventionnelles ou morales) et leurs relations avec le comportement des adultes avec DI et SD. Nous avons ainsi examiné le profil socio-émotionnel et la représentation des règles de comportement social pour ces deux populations, ainsi que pour un groupe [...]

### Reference

REZZONICO, Giada. *Relation entre les représentations des règles de comportement social et le comportement chez les adultes avec une déficience intellectuelle*. Maîtrise : Univ. Genève, 2011

Available at:

<http://archive-ouverte.unige.ch/unige:17752>

Disclaimer: layout of this document may differ from the published version.



UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE

**RELATIONS ENTRE LES REPRESENTATIONS DES REGLES  
DE COMPORTEMENT SOCIAL ET LE COMPORTEMENT  
CHEZ DES ADULTES AVEC UNE DEFICIENCE  
INTELLECTUELLE**

MEMOIRE REALISE EN VUE DE L'OBTENTION DE LA MAÎTRISE UNIVERSITAIRE EN  
PSYCHOLOGIE

par

**Rezzonico Giada**

Juin 2011

Sous la direction de la Prof. Koviļjka Barisnikov

Jury composé par :

Prof. Koviļjka Barisnikov

Prof. Claude-Alain Hauert

Assistant Claudio Straccia

## **Remerciements**

Je tiens tout d'abord à remercier la Professeure Koviļjka Barisnikov qui m'a accompagné et dirigé dans mon travail. Merci pour votre confiance, j'ai appris énormément de choses.

Je remercie le Professeur Claude-Alain Hauert qui a accepté de faire partie de mon jury.

Merci à Aurore Lachavanne, Claudio Straccia, Maria Cristina Iaderosa et Sarah Menghetti pour leur aide précieuse et leurs conseils techniques.

Ce travail n'aurait pas vu le jour sans les participants qui ont pris part à cette étude, je les remercie sincèrement. Je remercie également les psychologues, les éducateurs et les autres professionnels de l'institution pour leur accueil chaleureux et pour m'avoir donné la possibilité de rencontrer les résidents.

Enfin, merci à ma famille, mes parents et grands-parents, mes amis pour leur aide et soutien inconditionnel, qui m'ont été très précieux pendant ces années à l'Université.

## RÉSUMÉ

Bien que la prévalence des troubles psychopathologiques et des problèmes de comportement soit plus faible chez les adultes atteints du syndrome de Down (SD) que dans d'autres populations ayant une déficience intellectuelle (DI), les personnes avec SD présentent des problèmes affectifs et relationnels, ainsi que des difficultés d'intégration sociale. Par ailleurs, des études développementales suggèrent la présence de relations entre la connaissance des règles sociales et le développement de conduites sociales adaptées.

Cependant, il existe peu d'études consacrées aux relations entre la représentation des règles de comportement social et les problèmes du comportement chez la population d'adultes avec SD. Ainsi, notre étude se propose d'investiguer les capacités de raisonnement social, basées sur les connaissances des règles sociales (conventionnelles ou morales) et leurs relations avec le comportement des adultes avec DI et SD. Nous avons ainsi examiné le profil socio-émotionnel et la représentation des règles de comportement social pour ces deux populations, ainsi que pour un groupe contrôle d'enfants tout venant (ETV).

Les résultats indiquent que le niveau de connaissance des règles sociales des adultes avec SD est inférieur à celui des ETV, mais ne se différencie pas de celui du groupe DI. Par ailleurs, les adultes SD présentent moins de troubles psychopathologiques que les adultes DI. De même, les résultats ont permis de mettre en évidence moins de troubles du comportement, tels que l'agressivité, les comportements dérangeants et antisociaux chez les adultes SD que chez les adultes DI. Enfin, l'intérêt de cette étude a aussi porté sur la mise en évidence des liens entretenus entre les connaissances des règles sociales et la présence de troubles psychopathologiques et de problèmes du comportement chez la population SD.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	6
<b>2. CADRE THEORIQUE</b> .....	8
2.1. LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE.....	8
2.1.1. Facteurs étiologiques.....	8
2.1.2. Caractéristiques psychopathologiques.....	11
2.1.3. Compétences sociales et émotionnelles.....	12
2.2. LE SYNDROME DE DOWN.....	13
2.2.1. Facteurs étiologiques.....	13
2.2.2. Caractéristiques physiques et médicales.....	14
2.2.3. Caractéristiques cognitives.....	15
2.2.4. Caractéristiques psychopathologiques.....	16
2.2.5. Compétences sociales et émotionnelles.....	17
2.2.5.1. Cognition sociale.....	19
2.2.5.2. Compétences en traitement des expressions émotionnelles.....	20
2.2.5.3. Compétences de raisonnement social.....	20
<b>3. PROBLEMATIQUE</b> .....	23
3.1. OBJECTIF.....	23
3.2. HYPOTHÈSES.....	24

<b>4. METHODE</b> .....	25
4.1. PARTICIPANTS.....	25
4.2. PROCÉDURE.....	26
4.3. MESURES.....	26
4.3.1 Evaluation des compétences cognitives.....	27
4.3.2. Evaluation du profil socio-émotionnel.....	28
4.3.2. Evaluation de la représentation des règles de comportement social.....	30
<b>5. RESULTATS</b> .....	32
5.1. INDICES STATISTIQUES ET ANALYSES EXPLORATOIRES.....	32
5.2. ANALYSES ET COMPARAISONS DE GROUPES.....	32
5.3. RELATIONS ENTRE LES RÉSULTATS À LA TÂCHE DE RÉOLUTION SOCIALE ET LE PROFIL SOCIO ÉMOTIONNEL.....	37
5.4. ANALYSES DE CAS UNIQUES.....	39
<b>6. DISCUSSION</b> .....	46
<b>7. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	52
<b>8. ANNEXES</b> .....	59

## 1. INTRODUCTION

Jusqu'à présent, peu de recherches ont exploré le comportement social et les compétences socio-émotionnelles de la population avec déficience intellectuelle (DI), à l'exception des recherches sur l'autisme (Cebula, Moore, & Wishart, 2010). Dans le cas spécifique du syndrome de Down (SD), les recherches concernant les compétences socio-émotionnelles sont également peu nombreuses, surtout si l'on considère que le SD est la cause génétique la plus commune de DI (Mantry et al., 2008). La perception stéréotypée des personnes avec SD qui sont généralement reconnues comme étant chaleureuses, sensibles et souriantes semble avoir contribué à cette carence au niveau de la recherche dans le domaine des compétences sociales (Cebula et al., 2010). En effet, pendant longtemps, les personnes avec SD ont été caractérisées comme ayant des bonnes compétences socio-émotionnelles et peu de problèmes de comportement social (Carr, 1995). Toutefois les recherches récentes soutiennent que les personnes avec SD présentent des problèmes au niveau des connaissances socio-émotionnelles (Kasari, Freeman, & Hughes, 2001 ; Soresi & Nota, 2000). Les différentes recherches mettent également en évidence la prévalence des troubles psychopathologiques et de problèmes comportementaux dans la population DI même si ces troubles semblent moins fréquents chez les adultes avec SD (Mantry et al., 2008).

Les quelques études exploratoires existantes, notamment celle de Hippolyte, Iglesias, Van der Linden et Barisnikov (2010) sur laquelle nous nous appuyons pour cette recherche, montrent en effet que les personnes avec SD ont des difficultés concernant la connaissance des règles de comportement social. Ces déficits seraient en lien avec la présence de difficultés de comportement socio-émotionnel chez cette population. L'objectif de cette recherche est donc d'explorer le domaine des compétences sociales et du comportement chez cette population. Dans un premier temps, les connaissances des règles sociales des adultes avec SD seront comparées à celles des enfants tout venant, dans le but de répliquer les résultats trouvés dans l'étude de Hippolyte et al. (2010). Dans un second temps, les connaissances des règles sociales et le profil du comportement socio-émotionnel des adultes avec SD seront comparés à ceux des personnes avec DI dans le but de comprendre quelles sont les différences entre ces deux populations.

Ce travail a été réalisé sous la direction de la professeur K. Barisnikov. Cette étude s'insère dans le cadre d'un projet visant à étudier « les liens entre les compétences cognitives, émotionnelles et sociales chez des adultes avec syndrome de Down » financé par le Fond National Suisse (FNS numéro, 100014-120657). Ce projet est mené par l'Unité de

Psychologie Clinique et de Neuropsychologie de l'Enfant de l'Université de Genève (UPCNE), qui est dirigée par la professeur K. Barisnikov.

Dans la première partie de ce travail, nous exposerons le cadre théorique de cette étude en définissant de manière générale la DI. Ensuite, nous présenterons de manière plus détaillée les caractéristiques du SD en se basant sur les apports de la littérature. Nous aborderons également dans cette partie les concepts clefs de cette étude, à savoir les aspects du fonctionnement social et les compétences socio-émotionnelles chez cette population. Dans la seconde partie de ce travail nous présenterons les objectifs et hypothèses de cette recherche. Par la suite, les résultats obtenus seront présentés et discutés. Enfin, dans la discussion, nous essaierons de dégager certains aspects mis en évidence grâce à cette étude exploratoire.

## **2. CADRE THÉORIQUE**

### **2.1. LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI)**

Selon l'*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD, 2010), la DI se caractérise par « des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifestent dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques ». D'après le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA), 2003), « la DI est définie par les trois caractéristiques suivantes : a) un fonctionnement général significativement inférieur à la moyenne b) des limitations significatives du fonctionnement adaptatif dans au moins deux domaines d'aptitudes, à savoir communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité c) apparition avant l'âge de 18 ans » (APA, 2003, p. 47-48). Le DSM-IV-TR distingue différents degrés de DI établis sur la base des scores du quotient intellectuel (QI). Quatre niveaux de sévérité sont envisagés : léger (QI 50-70), moyen (QI 35-50) sévère (QI 20-35), ou profond (QI inférieur à 20) (APA, 2003 ; Manciaux & Terrenoire, 2004).

La perception de la DI a considérablement changé au cours des deux dernières décennies, aujourd'hui elle n'est pas perçue comme étant simplement intrinsèque à la personne, mais comme une interaction entre les capacités de l'individu et son environnement (AAIDD, 2010). Donc, même si ce trouble est principalement caractérisé par une réduction des capacités intellectuelles, un diagnostic est posé seulement si l'on constate la présence d'un déficit des capacités d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social. Il est également très important de souligner que l'expression de la DI varie d'une personne à l'autre suivant son origine, les troubles associés et aussi en fonction de l'interaction d'autres facteurs notamment, personnels, relationnels, et environnementaux. L'interaction de ces différents facteurs influence de manière originale le développement individuel et serait à l'origine de l'importante variabilité qui caractérise la population avec DI (Manciaux & Terrenoire, 2004).

#### **2.1.1. Facteurs étiologiques**

Selon Tassé et Morin (2003), il existe une multitude de causes à l'origine de la DI. Selon ces auteurs, les facteurs étiologiques les plus connues peuvent être regroupés sous quatre grandes catégories : les désordres génétiques, les désordres chromosomiques, les causes d'origine biologiques-organiques et les causes environnementales. Il est également

important de mettre en évidence que dans certains cas, l'origine de la DI est inconnue, on parle alors de DI d'origine non-spécifique (Dalla Piazza & Dan, 2001). Inlow et Restifo (2004, cité par Carlier & Ayoun, 2007) estiment que les causes du retard mental peuvent être établies dans 60 à 75% des cas pour les personnes souffrant d'une DI sévère et seulement dans 25 à 50% des cas lorsque DI est légère.

Les désordres génétiques, tels que le syndrome du X fragile, la phénylcétonurie et le syndrome de Lesch-Nyhan, sont transmis du parent à l'enfant par l'intermédiaire des gènes lors de la conception. Ces syndromes dont l'origine est héréditaire peuvent se transmettre par un gène porteur dominant ou un gène porteur récessif, dont les parents sont porteurs. Tassé et Morin (2003) distinguent également les désordres chromosomiques, qui contrairement aux désordres génétiques ne sont pas transmis héréditairement du parent à l'enfant, mais surviennent lors de l'organisation des chromosomes. Les désordres chromosomiques peuvent en effet résulter d'une défaillance d'un ou plusieurs chromosomes pendant le processus d'agencement. Le syndrome de Prader-Willi, le syndrome d'Angelman et le syndrome de Down, sont des exemples de désordres chromosomiques (Tassé & Morin, 2003).

Les causes biologiques-organiques peuvent apparaître à différentes périodes. Les causes biologiques-organiques concernent des infections ou des maladies contractées par la mère, comme par exemple la rougeole ou la rubéole, ou également des toxines contenues dans certains aliments ou médicaments consommés par la mère lors de la grossesse, qui affectent le développement du fœtus. D'autres causes biologiques-organiques peuvent intervenir au moment de l'accouchement : la contraction d'infections, des lésions cérébrales ou l'absence d'oxygène. Par ailleurs, également l'exposition aux toxines, les traumatismes crâniens, les infections, telles que l'encéphalite ou la méningite, survenues après la naissance sont des causes biologiques-organiques de DI. Enfin, en ce qui concerne les causes environnementales, Tassé et Morin (2003) se réfèrent à des facteurs que les parents peuvent contrôler. Parmi ces causes nous pouvons citer des éléments tels que la nutrition, les soins, la stimulation physique et sensorielle, la sécurité physique et psychologique de l'enfant et également la consommation de drogue et d'alcool par la mère pendant la grossesse; dans ce dernier cas on parle alors du syndrome d'alcoolisme fœtal.

Carlier et Ayoun (2007) distinguent principalement les origines prénatales, périnatales et postnatales. Les principales causes prénatales sont des malformations congénitales dont l'origine peut être génétique ou infectieuse. Les causes périnatales concernent des événements survenus entre la 22<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée et le 28<sup>e</sup> jour post natal, telles que la prématurité, le retard de croissance pré et postnatal, l'anoxie périnatale, l'exposition in utero à des agents

toxiques (drogue, alcool, etc.), des maladies de la mère, des accidents neurologiques ou d'autres facteurs. Ces causes sont souvent difficiles à repérer et dans de nombreux cas elles s'accompagnent l'une l'autre. Par contre, les origines postnatales sont souvent en lien avec un traumatisme, des problèmes hormonaux ou métaboliques, une infection du système nerveux central (méningite, encéphalite) ou une tumeur.

Enfin il faut souligner qu'il existe plusieurs recherches qui montrent que certaines formes de DI sont associées à des profils comportementaux spécifiques (Dykens & Kasari, 1997). Connaître la cause de la DI est donc un élément important dans l'évaluation de la personne afin de lui proposer un soutien adapté (Lukasson et al., 2002, cité par Tassé & Morin, 2003). Une étude de Rosen, Hodapp, Fidler, Sagun et Dykens (2004) compare justement trois groupes de personnes avec DI d'étiologies différentes : syndrome de Prader-Willi (SPW), syndrome de Williams (SW) et syndrome de Down (SD). Cette étude met en évidence que ces trois populations présentent des différences au niveau du comportement et des compétences sociales. Cette recherche a été menée sur un échantillon de 177 personnes âgées de 4 à 49 ans et les compétences sociales ont été mesurées avec le Child Behavior Checklist (CBC). Cet outil permet de récolter des informations sur les problèmes du comportement, la participation de l'enfant à plusieurs activités (sports, maison et l'école) et la qualité des relations avec les pairs, les parents et les frères et sœurs. Le CBC permet également d'avoir des informations sur l'anxiété, la dépression, les problèmes sociaux, les problèmes d'attention et les comportements agressifs. Les résultats de cette recherche soulignent que les personnes avec SPW participent davantage aux activités de loisirs, comme par exemple faire des puzzles, comparées aux deux autres groupes. Toutefois, le groupe avec SPW est caractérisé par de plus faibles interactions avec autrui et davantage de problèmes de comportement social en comparaison aux personnes avec SD. Par ailleurs, cette étude a démontré que les adultes atteints du SW présentent des faibles compétences d'adaptation aux activités de la vie quotidienne comparés aux deux autres groupes. De même, il est reconnu que les personnes avec SW étaient les moins susceptibles de s'engager dans des activités de loisirs que les personnes des deux autres groupes. Enfin, les personnes avec SD semblent avoir des meilleures compétences sociales vis-à-vis des deux autres groupes, plus spécifiquement ils ont des meilleures interactions avec autrui ainsi que de meilleures compétences d'organisation (Rosen et al., 2004).

De même, l'étude de Dykens et Kasari (1997), basée sur un échantillon de 129 personnes âgées de 4 à 19 ans souffrant de DI de différentes étiologies : SPW, syndrome de Down et DI-non-spécifique a permis de mettre en évidence que des problèmes de

comportement sont présents dans les trois groupes. Toutefois, la fréquence et la sévérité de ces problèmes seraient en lien avec l'étiologie de la DI. En effet le groupe SPW présente davantage de problèmes de comportement que les deux autres groupes, ces problèmes sont également plus sévères chez les personnes avec SPW.

### **2.1.2. Caractéristiques psychopathologiques**

Sur le plan psychologique, il est intéressant de constater que les formes de psychopathologie sont assez communes et sévères dans la population avec DI. Le taux de prévalence des troubles psychopathologiques dans la population avec DI se situe entre 15,7% et 45,1% en fonction des critères diagnostiques utilisés (Cooper et al., 2007, cité par Rojahn & Meier, 2009). Pour la majorité des individus des troubles psychopathologiques apparaissent à l'enfance et persistent au cours de l'âge adulte (Rojahn & Meier, 2009). Chez les personnes présentant une DI on parle souvent de double diagnostic, en effet on retrouve la présence conjointe d'un retard cognitif et de troubles psychopathologiques (Collacott, Cooper & McGrother, 1992 ; Lambert, 2002). Cette population est reconnue comme étant plus vulnérable aux pathologies et plus encline à développer des problèmes comportementaux. Le diagnostic est assez difficile à établir compte tenu des déficits intellectuels et du niveau de communication, qui rendent les échanges plus difficiles et les instruments diagnostic traditionnels inappropriés (Collacott et al., 1992 ; Dykens, Shah, Sagun, Beck & King, 2002 ; Lambert, 2002 ; Rojahn, Matson, Naglieri & Mayville, 2004). Par ailleurs, ces personnes présentent parfois des symptômes différents par rapport à ceux de la population clinique sans DI (Dykens et al., 2002).

Différentes recherches mettent en évidence un lien entre le niveau de DI et les problèmes comportementaux. Cependant, il n'y a pas de lien entre le niveau de DI et les troubles psychopathologiques. De même l'âge chronologique semblerait être un facteur de risque pour les troubles du comportement mais pas pour la psychopathologie (Rojahn & Meier, 2009). Par ailleurs, Harris (2006, cité par Rojahn & Meier, 2009) propose également que les problèmes cognitifs, les problèmes de coping, des faibles compétences relationnelles, une basse estime de soi et des facteurs environnementaux de stress pourraient augmenter le risque de développer des troubles psychopathologiques ou des problèmes comportementaux dans cette population.

Les troubles anxieux, la dépression, les troubles psychotiques et les troubles de personnalité font partie des troubles psychopathologiques les plus fréquemment rencontrés chez la population avec DI. Concernant les problèmes comportementaux, on retrouve plus

généralement dans cette population des problèmes tels que l'agression, les comportements destructifs, l'auto-mutilation, des comportements stéréotypés et oppositionnels, des comportements de dépendance et également des comportements sexuels inadaptés (Rojahn & Meier, 2009). Les troubles psychopathologiques semblent être associés aux problèmes de comportement. Il semblerait que les problèmes comportementaux rencontrés chez la population avec DI seraient des indicateurs du stress émotionnel associé aux troubles psychopathologiques (Rojahn et al., 2004 ; Rojahn & Meier, 2009).

### **2.1.3. Compétences sociales et émotionnelles**

Les compétences sociales jouent un rôle crucial dans les apprentissages et sont constamment mobilisées au niveau de la vie quotidienne. En effet, de nombreuses études actuelles démontrent que de pauvres capacités sociales seraient associées à des difficultés dans l'établissement et le maintien de relations ainsi qu'à des problèmes pour atteindre un degré satisfaisant de contacts sociaux (Soresi & Nota, 2000).

En ce qui concerne la dimension sociale, les personnes ayant une DI manifestent souvent des difficultés (Juhel, 1997). Les recherches mettent en évidence l'existence de déficits au niveau des compétences sociales (Matson, 1995, cité par Njardvik, Matson & Cherry, 1999) et également des difficultés au niveau des contacts sociaux chez les personnes avec DI (Lambert, 2002). Il faut aussi remarquer que les personnes présentant une DI grave sont plus susceptibles d'avoir des difficultés d'aptitudes sociales que celles avec une DI légère ou modérée (Njardvik et al., 1999). Par ailleurs, il est également important de considérer que les compétences sociales varient en fonction de l'étiologie de la DI. Par exemple, certaines études montrent que chez les personnes autistes on constate plus de difficultés en ce qui concerne les compétences sociales que chez les personnes atteintes d'autres formes de DI (Njardvik et al., 1999). De même, il semblerait que les attitudes sociales changent en fonction de l'âge. En effet, l'intérêt pour les relations sociales augmente de manière significative au cours de la vie chez les personnes avec DI, le problème majeur à l'âge adulte serait donc une difficulté d'interaction sociale plutôt que le manque d'intérêt social (Njardvik et al., 1999).

La littérature met également en évidence des difficultés au niveau de l'expression des émotions chez les personnes avec DI. Les émotions sont exprimées différemment dans cette population, la joie et la tristesse seraient exprimées plus facilement par contre, des émotions plus intenses comme la colère et la peur semblent poser plus des problèmes. Selon la littérature, les capacités expressives semblent dépendre du niveau de développement cognitif et d'autres mesures de compétences interpersonnelles (Lambert, 2002). De plus, il semblerait

également que les adultes avec DI ont besoin de davantage de temps pour identifier une émotion et reconnaissent moins d'expressions émotionnelles que leurs pairs (Lambert, 2002).

## 2.2. LE SYNDROME DE DOWN (SD)

Le SD, également connu sous le terme de trisomie 21, est une DI d'ordre génétique causée par une erreur survenant pendant la division cellulaire au niveau du chromosome 21 (Fidler, 2005). Le SD est la cause génétique la plus commune parmi les déficiences mentales et se manifeste dans environ 1,2 cas sur 1000 grossesses (Mantry et al., 2008). Le nombre de bébés naissant avec une trisomie 21 change en fonction du pays, cela à cause des lois sur l'interruption médicale de grossesse (Carlier & Ayoun, 2007). Le diagnostic de ce syndrome se fait grâce à une analyse des chromosomes, qui peut-être réalisée soit avant soit après la naissance de l'enfant; il semble également que les garçons seraient davantage touchés que les filles (Roizen & Patterson, 2003). Différents facteurs seraient à l'origine du SD. Tout d'abord, la fréquence d'apparition de ce syndrome augmente avec l'âge des parents, mais il existe d'autres facteurs de risque comme par exemple, l'exposition aux radiations, les effets génétiques des virus (hépatite ou rougeole), les agents chimiques mutagènes ainsi que divers facteurs immunobiologiques et certaines déficiences en vitamines (Carlier & Ayoun, 2007). La trisomie 21 est une des seules conditions où l'on peut affirmer dès la naissance la survenue d'une DI quoiqu'on ne puisse pas en prévoir la sévérité. L'espérance de vie de ces personnes s'est beaucoup allongée ces 25 dernières années, grâce aux progrès de la chirurgie et à la mise en place de mesures de soutien et de suivi (Pannetier, 2009). La démence de type Alzheimer est considérée comme la principale cause de mortalité chez les personnes vieillissantes porteuses de trisomie 21 (Carlier & Ayoun, 2007).

### 2.2.1. Facteurs étiologiques

Selon une revue de la littérature menée par Carlier et Ayoun (2007), le SD est causé par la présence de trois chromosomes 21. Trois différents types de trisomie 21 se distinguent: la trisomie complète, la trisomie en mosaïque et la translocation. La trisomie complète est causée par une erreur de distribution des chromosomes qui survient lors de la méiose. Plus précisément, il semble y avoir une non-disjonction des chromosomes 21 lors de la première division cellulaire. Ce type de trisomie 21 se produirait dans environ 93-95% des cas. Le deuxième type de trisomie est la trisomie en mosaïque, la non-disjonction des chromosomes se produit dans les tous premiers stades de la division du zygote, l'erreur de distribution des chromosomes se situe au niveau de la deuxième division cellulaire. Ce type de trisomie 21 se

produirait dans environ 2 % des cas et il semblerait que les traits physiques caractéristiques de la DI seraient moins marqués dans cette forme que dans celle complète. Par ailleurs, le développement intellectuel des personnes avec trisomie en mosaïque semble être meilleur que celui des personnes porteuses de trisomie 21 complète. Finalement, le dernier type de trisomie est dû à un phénomène de translocation, ce type de cas apparaît lorsqu'une partie du chromosome 21 est attachée à un autre chromosome. Cela se produit lorsque lors de la méiose deux chromosomes s'échangent du matériel génétique. Ce type de trisomie 21 se produirait dans 3-5 % des cas (Carlier & Ayoun, 2007; Pannetier, 2009).

Sur le plan clinique, les troubles chromosomiques semblent engendrer différents problèmes chez les personnes atteintes du SD. En effet dans les dernières années, les résultats des recherches s'accordent sur la présence d'un phénotype physique, cognitif et comportemental spécifique au SD. Les recherches mettent en évidence dans cette population des aspects particuliers du traitement visuo-spatial, du fonctionnement social, des déficits au niveau du traitement verbal, des problèmes du fonctionnement moteur et un profil particulier au niveau de la motivation (Fidler, 2005).

### **2.2.2. Caractéristiques physiques et médicales**

Les caractéristiques physiques associées à ce syndrome sont une petite taille, un cou court, des mains et des pieds courts, une structure cranio-faciale particulière comportant un périmètre crânien plus petit et rond, une face plate, un nez court, des yeux un peu bridés, une bouche entrouverte, des lèvres épaisses et une langue volumineuse (Panettier, 2009). La trisomie 21 s'accompagne généralement de problèmes médicaux, la santé est d'autant moins bonne que le déficit intellectuel est important (Carlier & Ayoun, 2007). On trouve souvent dans cette population des problèmes d'ouïe et du système olfactif, des troubles ophtalmologiques, un hypothyroïdisme, une tendance à l'obésité, des problèmes de diabète, des formes graves d'épilepsie, des apnées du sommeil et d'autres pathologies physiques qui doivent toujours être contrôlées et qui nécessitent un suivi médical constant (Carlier & Ayoun, 2007 ; Nadel, 1999a ). La présence possible de problèmes congénitaux cardiaques, de malformations digestives ainsi que des anomalies au niveau du système immunitaire et endocrinien peuvent également être présents chez cette population (Fidler, 2005).

Chez la population avec SD on constate également la présence de troubles au niveau du développement psychomoteur avec une hypotonie très marquée. Les zones les plus touchées sont les muscles de la ceinture scapulaire, les muscles dorsaux et abdominaux, les muscles bucco-faciaux, les muscles du pied et de la main. Cette hypotonie entraîne des

difficultés dans la saisie d'objets ainsi que l'apparition de troubles du contrôle graphique et des difficultés dans l'organisation visuo-spatiale. En ce qui concerne la latéralité manuelle, les recherches rapportent que le nombre de gauchers est plus élevé dans la population avec SD que dans la population générale. Par ailleurs, on trouve souvent dans cette population des difficultés articulatoires (Carlier & Ayoun, 2007).

### **2.2.3. Caractéristiques cognitives**

En ce qui concerne les caractéristiques cognitives, les personnes avec SD présentent un retard mental qui peut être léger (QI 50-70), moyen (QI 35-50) ou en certains cas aussi sévère (QI 20-35) (APA, 2003). Actuellement il semblerait que dans la plupart des cas, la trisomie 21 est associée à une DI légère ou modérée (Pannetier, 2009). Plusieurs études font état d'un lent développement intellectuel chez les personnes atteintes du SD et il semblerait également qu'on observe fréquemment un déclin cognitif avec l'âge. Cependant, les causes de ces difficultés ne sont pas encore connues (Hodapp, Evans & Gray, 1999 ; Pannetier, 2009). Selon la littérature, les résultats aux échelles d'intelligence diminuent au fur et à mesure que les participants vieillissent, les ralentissements influencent aussi bien le domaine de la socialisation et de la communication que la sphère cognitive (Carlier & Ayoun, 2007). Sur le plan cognitif certains auteurs montrent la présence de problèmes au niveau exécutif (Lezak, 1982, cité par Rowe, Lavender & Turk, 2006).

Les fonctions exécutives sont des processus cognitifs, contrôlés principalement par le cortex préfrontal et qui permettent un comportement adapté au contexte (Rowe et al., 2006). Selon Rowe et collaborateurs (2006), la réduction et la pauvre densité cellulaire au niveau des lobes frontaux chez les personnes avec SD engendrent un dysfonctionnement sur le plan exécutif. En effet, les recherches dans ce domaine mettent en évidence de faibles performances exécutives dans cette population en comparaison aux adultes avec retard mental d'étiologie non spécifiée (Carlier & Ayoun, 2007; Rowe et al., 2006). Par ailleurs, le développement de l'attention chez les enfants avec SD semble être différent et plus lent par rapport à celui des enfants tout venant (Legerstee & Weintraub, 1997, cités par Cebula et al., 2010). De plus, même si les enfants avec SD sont capables de diriger leur attention, ils ont tendance à être plus passifs (Cebula et al., 2010). D'autres études montrent que les enfants avec SD regardent d'autres personnes plus longtemps que les enfants tout venant, il semblerait aussi qu'ils regardent davantage certains objets. Selon de nombreux chercheurs, ce comportement serait dû au fait que les enfants atteints du SD ont plus de difficultés que les autres à prêter attention aux stimuli et auraient un déficit au niveau de leur compétence en shifting, donc à déplacer

leur attention d'un objet ou d'une personne à un autre. Il serait également difficile pour ces enfants de retirer des éléments pertinents d'une information (Sigman, 1999).

Chez les personnes avec SD, la littérature met en évidence des difficultés au niveau de la mémoire de travail (Nadel, 1999a). Ce système permet de capturer et d'élaborer les informations que l'on perçoit pendant les activités quotidiennes et les interactions. Des difficultés au niveau de la mémoire de travail influencent tous les apprentissages lors du développement (Buckley & Bird, 2002). La recherche d'Ellis et al. (1989, cité par Nadel, 1999a) montre que les personnes atteintes du SD rappellent moins d'éléments composant des images par rapport aux personnes de même âge chronologique. Le rappel de la localisation spatiale chez les sujets SD est également déficitaire (Nadel, 1999a).

La littérature met en évidence la présence d'une dissociation de la mémoire à long terme. Cette mémoire qui permet de stocker les informations de manière durable serait partiellement atteinte chez les personnes avec SD. En effet, les données de la littérature démontrent que la mémoire implicite (mémoire des habiletés) est préservée alors que la mémoire explicite (mémoire des épisodes) présente des déficits (Carlier & Ayoun, 2007; Nadel, 1999b).

Enfin, il semble important de souligner que les personnes avec SD ont des difficultés au niveau de la communication, cette difficulté augmente avec l'âge chronologique (Dykens, Hodapp & Evans, 2006). De manière plus spécifique, les personnes avec SD ont des retards au niveau de l'expressivité langagière, des difficultés de syntaxe et de prononciation et un vocabulaire restreint par rapport à leur âge mental (Fidler, 2005). Chez ces personnes le discours est souvent mal organisé, les phrases sont peu complexes et les verbes sont mal conjugués. Des difficultés au niveau du langage réceptif sont aussi observées car la compréhension est, elle aussi, altérée (Rondal & Comblain, 1996).

#### **2.2.4. Caractéristiques psychopathologiques**

Il est intéressant de constater que les troubles psychopathologiques sont très fréquents chez les personnes présentant une DI. Cependant, le diagnostic est assez difficile à poser, étant donné que les difficultés au niveau langagier et cognitif rendent les entretiens et l'évaluation clinique difficiles (Collacott et al., 1992 ; Dykens et al., 2002 ; Rojahn et al., 2004). La littérature permet de constater que la prévalence des troubles psychopathologiques et des problèmes comportementaux est plus faible chez les personnes avec SD par rapport à la population avec DI non-spécifique (Dykens et al., 2002 ; Hippolyte et al., 2010 ; Mantry et al., 2008). Il faut remarquer que les adultes avec SD présentent des problèmes émotionnels,

relationnels et comportementaux, tels que les conduites d'opposition ou une attitude d'entêtement (Hippolyte et al., 2010).

Le pattern des troubles psychopathologiques et des problèmes comportementaux semble changer en fonction de l'âge. Chez les enfants avec SD on retrouve plutôt des troubles externalisés tels que l'opposition, l'hyperactivité ou l'impulsivité. Par contre chez les adolescents avec SD, les études signalent une diminution des symptômes externalisés et une augmentation de ceux internalisés. Plus précisément, les comportements agressifs, antisociaux et destructifs diminuent, par contre les symptômes internalisés comme la dépression ou l'anxiété et les problèmes dans le domaine de la sociabilité ont tendance à augmenter à l'âge adulte (Dykens et al., 2002). Les personnes avec SD sont plus enclines à la dépression, avec un taux de 11% par rapport à la population avec DI non-spécifique, qui présente un taux d'environ 4% (Collacott et al., 1992). Par ailleurs, les adultes avec SD sont plus enclins à la démence de type Alzheimer et ils ont un taux de dépression plus élevé que les adultes avec DI non-spécifique (Dykens et al., 2002). Par contre le taux de développement de traits autistiques semble ne pas varier entre ces deux populations. Par ailleurs, la schizophrénie est rare dans la population avec SD, tout comme la paranoïa et les troubles de la personnalité (Collacott et al., 1992; Mantry et al., 2008). De manière générale il semblerait que les femmes avec SD souffrent plus de problèmes psychopathologiques que les hommes (Dykens et al., 2002).

### **2.2.5. Compétences sociales et émotionnelles**

Si on se focalise davantage sur les compétences sociales, les personnes avec SD sont souvent caractérisées comme amicales et sociables (Carr, 1995). Toutefois, les recherches récentes soutiennent que ces personnes présentent des problèmes au niveau du comportement et des connaissances socio-émotionnelles (Jahromi, Gulrud & Kasari, 2008 ; Kasari et al., 2001). Or, même si on remarque un grand intérêt pour les relations sociales chez les personnes avec SD, en réalité leurs interactions sont plutôt pauvres et inadéquates, des troubles du comportement social sont souvent présents (Matson, Rivet, Fodstad, Dempsey, & Boisjoli, 2009 ; Soresi & Nota, 2000). Les études ont également montré la présence de problèmes affectifs et relationnels tels que le comportement d'opposition, le comportement intrusif et l'entêtement (Fidler, 2005). Par ailleurs, des difficultés d'intégration sociale ont été mises en évidence chez les adultes SD, dans le développement d'un réseau social et le maintien d'amitiés. A cause de leurs difficultés cognitives, il est reconnu que les enfants avec SD, dès leurs premières années de vie, ont moins de contacts sociaux, ils s'impliquent moins dans des activités de groupe et ils ont un sentiment d'appartenance sociale amoindri (Soresi &

Nota, 2000). De même en ce qui concerne l'empathie, la littérature montre que les enfants avec SD ont des performances inférieures par rapport aux enfants tout venant. La population avec SD présente également des difficultés à gérer des situations de détresse (Kasari, Freeman, & Bass, 2003). Le développement de la compréhension interpersonnelle et du fonctionnement de la société est également difficile (Wishart, 2007). La manière dont les enfants avec SD assistent et participent au monde social autour d'eux semble être différente de celle des enfants tout venant, ce qui influencerait le développement des capacités socio-cognitives plus complexes (Cebula et al., 2010). Les enfants avec SD utilisent par exemple les gestes non verbaux et la verbalisation pour demander des objets ou recevoir de l'aide moins fréquemment par rapport aux enfants tout venant (Sigman, 1999). A l'âge adulte, les personnes atteintes du SD ont également des problèmes au niveau des activités de coopération et des comportements impliqués dans la création de relations et de réseaux sociaux (Soresi & Nota, 2000). Par contre les comportements antisociaux, agressifs et destructifs semblent être rares dans cette population (Cooper et al., 2009, cité par Hippolyte et al., 2010).

Concernant les compétences émotionnelles et en particulier la reconnaissance des expressions faciales, les recherches faites jusqu'à aujourd'hui ont démontré que les personnes atteintes du SD présentent des difficultés au niveau de la perception, de l'identification et du traitement des émotions (Hippolyte, Barisnikov, Van der Linden, & Detraux, 2009 ; Kasari et al., 2001; Wishart & Pitcairn, 2000 ; Williams, Wishart, Pitcairn, & Willis, 2005). Selon la littérature les personnes avec SD présentent des réponses et des manifestations affectives plus faibles et courtes à leur environnement par rapport aux enfants tout venant (Jahromi et al., 2008). D'autres recherches soulignent que normalement ils présentent des affects de moindre intensité, la régulation émotionnelle semble inadéquate et les types d'émotions éprouvées sont également différents (Fidler, Barret, & Most 2005, cité par Jahromi et al., 2008). Dans beaucoup de travaux sur la reconnaissance des émotions, les adultes avec SD montrent de pauvres performances (Hippolyte et al., 2009 ; Kasari et al., 2001 ; Wishart & Pitcairn, 2000).

### 2.2.5.1. Cognition sociale

Toutes les compétences sociales et émotionnelles citées ci-dessus, impliquent des capacités de cognition sociale. Ces dernières se développent normalement pendant l'enfance et peuvent être influencées par des facteurs génétiques. La cognition sociale s'intéresse à l'étude des comportements sociaux (Adolphs, 1999). Plus précisément, la cognition sociale désigne un ensemble de processus cognitifs qui sous-tendent la capacité à planifier et à mettre en place des comportements appropriés en réponse aux conduites d'autrui (Adolphs, 1999 ; Cebula et al., 2010). Le développement de la cognition sociale dépend d'un vaste réseau cérébral impliqué dans le traitement des stimuli sociaux et émotionnels, en particulier les régions du cortex frontal, le néocortex temporal et l'amygdale. Si le système présente des anomalies, il y a alors des difficultés à comprendre et à anticiper le comportement social d'autrui (Moll, Oliveira-Souza, Bramati, & Grafman, 2001).

Par ailleurs, la théorie de l'esprit occupe une place primordiale dans la cognition sociale, elle permet de considérer son propre état mental en relation à celui des autres, par conséquent elle joue un rôle central dans un bon fonctionnement social et émotionnel. La théorie de l'esprit permet de prédire et comprendre les comportements d'autrui, mais également de percevoir ses propres conduites (Baldwin, 1897, cité par Zelazo, Burack, Benedetto, & Frye, 1995 ; Sigman, 1999). Les recherches montrent la présence d'un déficit au niveau de la théorie de l'esprit chez les personnes avec SD. En effet, les enfants avec SD ont des difficultés à comprendre que leurs actes et leurs comportements ont des conséquences sur le comportement d'autrui (Yirmiya, Solomonica-Levi, Shulman, & Pilowsky, 1996) ce qui influencerait leurs compétences socio-émotionnelles (Baldwin, 1897, cité par Zelazo et al., 1995).

La littérature montre que plusieurs autres causes ont été prises en compte pour chercher à expliquer les problèmes au niveau social, émotionnel, comportemental et psychopathologique chez les personnes atteintes du SD. Certains auteurs supposent que la présence de comportements sociaux inadaptés chez cette population pourrait être en lien avec des problèmes au niveau des fonctions exécutives (Lezak, 1982, cité par Rowe et al., 2006) ou des difficultés attentionnelles (Cebula et al., 2010). Finalement, selon la littérature, des faibles compétences sociales pourraient également être expliquées par le fait que les personnes avec SD ont des habiletés communicatives faibles au niveau de l'expressivité du langage (Dykens et al., 2006 ; Matson et al., 2009; Soresi & Nota, 2000).

### 2.2.5.2. Compétences en traitement des expressions émotionnelles

Les recherches récentes mettent en évidence des difficultés spécifiques des personnes avec SD au niveau de la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles et de la représentation des règles du comportement social. Ces difficultés pourraient également jouer un rôle très important dans les problèmes de comportement socio-émotionnel de cette population (Hippolyte et al., 2009 ; Kasari et al., 2001 ; Williams et al., 2005).

Concernant la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles, Kasari, Freeman et Hughes (2001) ont testé les enfants atteints du SD avec des tâches de reconnaissance de l'émotion conçues pour exploiter leur compréhension des émotions simples et leur capacité à dénommer les émotions. Les résultats indiquent que les jeunes enfants de 3 ans avec SD ont des performances comparables à celles des enfants tout venant, appariés sur l'âge chronologique et développemental, en ce qui concerne la reconnaissance des émotions simples et la capacité d'étiqueter les émotions. De même à l'âge de 4 ans, les auteurs n'ont pas observé de différences significatives entre les groupes en ce qui concerne la reconnaissance des émotions. Toutefois à l'âge de 4 ans, les enfants atteints du SD ont de moins bonnes performances en ce qui concerne l'étiquetage verbal des émotions négatives (la colère et la peur) que les enfants tout venant, appariés sur l'âge développemental. De même les enfants avec SD ont des performances inférieures aux enfants avec DI non-spécifique, appariés sur l'âge développemental en ce qui concerne l'identification de la colère et de la peur. Kasari, Freeman et Hughes (2001) ont également montré que les enfants avec SD ont tendance à confondre une émotion positive avec une émotion négative.

Dans l'étude d'Hippolyte, Barisnikov et Van der Linden (2008), la reconnaissance des visages et des expressions faciales émotionnelles a été étudiée chez 17 adultes avec SD. En ce qui concerne les tâches impliquant des visages sans contenu émotionnel, les adultes atteints du SD ont des résultats similaires que les enfants tout venant de même âge développemental. Cependant, les participants avec SD présentent des difficultés de reconnaissance de certaines expressions faciales émotionnelles, telles que les expressions neutres et de surprise. Par ailleurs, ils ont tendance à évaluer les expressions émotionnelles plus positivement que ce qu'elles sont en réalité (Hippolyte et al., 2008 ; Hippolyte et al., 2009).

### 2.2.5.3. Compétences de raisonnement social

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, la représentation des règles sociales semble également être fondamentale pour le développement des compétences sociales. Dans ce domaine, il existe encore très peu de recherches portant sur les populations avec maladies

neurodéveloppementales, à l'exception des recherches sur l'autisme. Les quelques études exploratoires existantes, notamment celle de Hippolyte et collaborateurs (2010) sur laquelle nous nous appuyons dans le cadre de notre recherche, montrent que les personnes avec SD ont des difficultés dans le jugement et l'identification de situations sociales inappropriées.

L'étude d'Hippolyte et collaborateurs (2010) explorait l'habileté des adultes avec SD à comprendre la pertinence de certains comportements sociaux. La recherche a été menée avec 34 personnes avec SD, appariées sur le genre et les compétences langagières à un groupe de 34 enfants tout venant. L'évaluation de la représentation des règles du comportement social a été réalisée avec la tâche de résolution sociale. Cette tâche permet d'évaluer la capacité de juger la pertinence du comportement social fondée sur la connaissance des règles conventionnelles et morales. Elle se compose de 14 dessins colorés illustrant des situations sociales quotidiennes. Cinq dessins illustrent une situation appropriée (aider une vieille dame à traverser la rue) et neuf dessins illustrent une situation inappropriée (ne pas partager les popcorn avec un ami). Pour chaque dessin, les participants sont invités par l'expérimentateur à juger si la situation est appropriée ou non. Cette première question évalue la capacité de juger la situation d'un point de vue général. Ensuite, les participants sont invités à montrer l'élément sur lequel ils ont basé leur jugement. Cette question estime la capacité d'identifier les informations pertinentes de la situation sociale. Enfin, si la situation présentée sur l'image est jugée comme inappropriée, les participants sont invités à expliquer pourquoi. Cette dernière question évalue la compréhension de la situation de manière plus approfondie. Un score global est également calculé. Par ailleurs le Developmental Behaviour Checklist version adulte (DBC-A) (Mohr, Tonge, & Einfeld, 2005) a été complété par les éducateurs des adultes avec SD. Cet instrument permet d'évaluer la présence de problèmes comportementaux et émotionnels chez des adultes présentant une DI.

Les résultats montrent que, concernant les scores globaux de la tâche de résolution sociale, les participants SD ne diffèrent pas du groupe contrôle composé des enfants tout venant. De même, les analyses par rapport aux sous-scores de la tâche de résolution sociale ont révélé que pour les situations appropriées, les performances des deux groupes ne diffèrent pas, ni au niveau du jugement, ni au niveau de l'identification. Toutefois, pour les situations inappropriées, les auteurs ont trouvé que le groupe SD obtient des scores significativement plus bas que le groupe contrôle, à la fois pour le jugement et pour l'identification. Les auteurs ont également analysé les scores concernant la compréhension des situations inappropriées: les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe SD et le groupe contrôle. Ces analyses ont donc permis de révéler que les adultes avec SD ont plus de

difficultés à juger et identifier les éléments pertinents de situations sociales inappropriées que les enfants tout venant. Par ailleurs des analyses de corrélations mettent en évidence une relation négative entre la sous-échelle «interaction sociale» du DBC-A et le score global de la tâche de résolution sociale; il existerait donc une association entre la mesure des comportements sociaux et les capacités de raisonnement social mesurées par la tâche de résolution sociale. Enfin, les auteurs soulignent que cette relation entre les capacités de raisonnement social et les comportements sociaux n'a jamais été mise en évidence dans la littérature chez les adultes atteints du SD (Hippolyte et al., 2010).

D'après ces évidences, il est intéressant de souligner qu'il existe des études développementales mettant en évidence des liens entre le raisonnement social et le comportement social. Notamment, la revue de la littérature faite par Harvey, Fletcher et French (2001) souligne l'existence de liens entre une mauvaise capacité de raisonnement social et l'agressivité sociale chez des enfants tout venant. La littérature met en évidence que dès l'âge de 3 ans, les enfants semblent utiliser des aspects du raisonnement social lors de jugements de situations et d'événements sociaux. Il semblerait également que les enfants agressifs présentent des déficits dans le traitement d'informations sociales par rapport à leurs pairs qui ne présentent pas de problèmes d'agressivité. Cela semblerait influencer leur prise de décision et leur comportement dans des situations sociales. La littérature suggère donc que les différences en ce qui concerne le raisonnement social auront une incidence sur leurs comportements subséquents dans les situations sociales (Harvey et al., 2001)

C'est sur la base de la recherche d'Hippolyte et al. (2010) que s'insère notre étude.

### **3. PROBLÉMATIQUE**

#### **3.1. OBJECTIF**

Différentes recherches mettent en évidence un taux de prévalence élevé des troubles psychopathologiques et des problèmes comportementaux dans la population avec DI; toutefois ces troubles semblent être moins fréquents chez les adultes avec SD (Hippolyte et al., 2010 ; Mantry et al., 2008). Des difficultés au niveau des compétences sociales et d'adaptation sociale ont également été mises en évidence chez cette population (Soresi & Nota, 2000). Par ailleurs, des études développementales menées auprès d'enfants tout venant mettent en évidence des relations entre la connaissance des règles sociales et le développement de conduites sociales adaptées (Harvey et al., 2001). Cependant, il existe peu d'études consacrées aux relations entre la connaissance des règles sociales et les difficultés au niveau du comportement socio-émotionnel chez la population d'adultes avec SD (Williams et al., 2005).

Ainsi, notre étude se propose d'investiguer les capacités de raisonnement social, basées sur les connaissances des règles sociales (conventionnelles ou morales) et leurs relations avec le comportement socio-émotionnel des adultes avec DI. Plus spécifiquement, étant donné les résultats de l'étude d'Hippolyte collaborateurs (2010), nous allons nous intéresser aux adultes avec SD, afin d'identifier s'ils présentent des performances déficitaires par rapport aux enfants tout venant de même âge mental au niveau de la connaissance des règles sociales. Toutefois cette méthodologie de comparaison n'est pas entièrement satisfaisante, compte tenu de la différence d'âge chronologique. Ainsi, cette recherche se propose de répliquer l'étude d'Hippolyte et collaborateurs, mais également d'investiguer si les performances des adultes avec SD diffèrent de celles de la population avec DI d'étiologie non-génétique et non-spécifique appariée en âge et sur le niveau de développement. De même, nous allons explorer le profil du comportement socio-émotionnel de ces deux populations et l'existence d'un lien entre la connaissance des règles sociales et le profil psychopathologique, comportemental et social chez les adultes avec SD et DI.

### 3.2. HYPOTHÈSES

Hypothèse 1: Nous supposons que les adultes avec SD ont des performances inférieures au niveau des connaissances des règles sociales par rapport aux enfants tout venant.

Hypothèse 2: Nous supposons que les adultes avec SD ont des performances inférieures au niveau des connaissances des règles sociales par rapport aux d'adultes avec DI d'étiologie non-génétique/chromosomique et non-spécifique.

Hypothèse 3: Nous supposons que le comportement socio-émotionnel ainsi que le profil psychopathologique des adultes avec SD différent de ceux des adultes avec DI. Plus spécifiquement nous supposons observer moins de troubles psychopathologiques chez les adultes SD que chez les adultes DI. Par ailleurs, nous nous attendons à ce que les troubles du comportement, tels que l'agressivité, les comportements dérangeants et antisociaux soient moins présents chez les adultes avec SD que chez les adultes avec DI.

Hypothèse 4: Nous supposons l'existence de liens négatifs entre les connaissances des règles sociales et la présence de troubles psychopathologiques et du comportement chez les adultes avec SD et DI.

## 4. METHODE

### 4.1. PARTICIPANTS

Notre échantillon global est composé de 63 participants repartis en 3 groupes comportant respectivement : 21 sujets atteints de SD, 21 sujets atteints de DI non-génétique/chromosomique et non-spécifique et un groupe contrôle constitué de 21 enfants tout-venant.

#### Groupe expérimental : SD

Le groupe est composé de 21 adultes atteints de SD, 10 hommes et 11 femmes âgés entre 19 et 41 ans ( $M = 27.74$  ;  $ET = 8.15$ ). Ces adultes ont été recrutés parmi trois ateliers protégés de la Suisse romande.

#### Groupe contrôle 1 : DI non-spécifique

Ce groupe est composé de 21 adultes atteints de DI non-spécifique ou également avec étiologie non-génétique/chromosomique, parmi lesquels nous pouvons trouver par exemple des syndromes alcooliques fœtaux ou des anoxies. Ce groupe est composé de 12 hommes et 9 femmes âgés entre 18 et 48 ans ( $M = 28.36$  ;  $ET = 8.12$ ). Ces participants proviennent de deux ateliers de la Suisse romande.

#### Groupe contrôle 2 : enfants tout-venant

Le groupe est composé de 21 enfants tout-venant, 11 garçons et 10 filles avec un minimum de 3 ans et 9 mois et un maximum de 9 ans et 4 mois ( $M = 6.20$  ;  $ET = 1.53$ ). Ces enfants ont été recrutés dans une école genevoise.

#### Appariement des sujets

Les participants SD et DI ont été appariés selon le score brut des Matrices progressives colorées (MPC) (Raven, 1992) et également selon l'âge chronologique. L'appariement sur le score brut de l'échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP-R) (Dunn, Thériault-Whalen, & Dunn, 1993) pour ces deux groupes n'a pas été possible parce qu'ils présentent une grande différence au niveau verbal (Ronald & Comblain, 1996) (Tableau 1). Par contre, l'appariement entre le groupe SD et les enfants tout venant a été réalisé à partir du score brut obtenu à l'EVIP-R (Tableau 2).

Tableau 1.

*Niveau de raisonnement non verbal des sujets SD et du groupe contrôle DI*

	Syndrome de Down (N=21)			Déficience intellectuelle (N=21)			
	Moyenne	Ecart-type	Range	Moyenne	Ecart-type	Range	
<b>MPC brut</b>	19.14	5.18	10-29	19.00	5.48	8-29	t(40)=0.087 p = .932

Tableau 2.

*Niveau verbal des sujets SD et du groupe contrôle des enfants tout venant*

	Syndrome de Down (N=21)			Déficience intellectuelle (N=21)			
	Moyenne	Ecart-type	Range	Moyenne	Ecart-type	Range	
<b>EVIP-R brut</b>	75.19	16.42	44-105	75.82	17.11	24-141	t(40)=-0.38 p = .934

## 4.2. PROCÉDURE

Pour la réalisation de cette étude, nous nous sommes appuyés sur une recherche menée par la Professeure Barisnikov et son équipe dans le cadre d'une étude subventionnée par le Fond National Suisse (FNS). Nous avons exploité des données déjà récoltées dans le cadre de cette recherche que nous avons complétées par un recueil de données réalisé en fonction de nos objectifs. Les données « empruntées » sont celles du groupe expérimental avec SD, celles du groupe contrôle des enfants tout-venant et une partie des données concernant le groupe contrôle des personnes avec DI non-spécifique. Les autres données ont été récoltées par nous-mêmes dans un atelier protégé de la Suisse romande. Une prise de contact avec cette institution a été mise en place, les objectifs de la recherche ont été discutés avec les psychologues de l'institution qui se sont ensuite chargés de demander l'accord des parents de chaque personne quant à leur participation à l'étude.

## 4.3. MESURES

Les différents instruments utilisés permettent d'évaluer plusieurs domaines du fonctionnement. Nous avons utilisé deux épreuves pour l'évaluation des compétences cognitives, trois questionnaires pour mesurer le profil socio-émotionnel et la tâche de résolution sociale pour évaluer la compréhension du comportement social d'autrui. Nous avons également récolté les données personnelles et familiales des participants. Ces instruments sont décrits par la suite.

### Le questionnaire de données personnelles et familiales (QDPF)

Le questionnaire de données personnelles et familiales (QDPF, Barisnikov et al., 2005) a été élaboré dans le cadre d'une étude sur le comportement socio-émotionnel chez les personnes souffrant de déficience intellectuelle. Il permet de recueillir des données personnelles, telles que des données anamnestiques, des données concernant les habiletés verbales, les compétences en écriture et lecture, le parcours scolaire, mais également des données concernant la famille du patient.

#### **4.3.1 Evaluation des compétences cognitives**

##### L'échelle de vocabulaire en images Peabody version révisée (EVIP-R, adaptation française)

L'EVIP-R (Dunn, Thériault-Whalen, & Dunn, 1993) est une adaptation française du Peabody Picture Vocabulary Test-Revised (PPVT-R, Dunn & Dunn, 1981). Il permet d'évaluer le vocabulaire réceptif et peut être employé comme indicateur des habiletés cognitives (Dunn et al., 1993). Le matériel de l'EVIP-R est constitué d'une série de planches de difficulté croissante, 5 planches d'essais et 170 planches de test, chaque planche contient 4 images en noir et blanc. On demande au participant de désigner parmi 4 dessins celui qui correspond au mot prononcé par l'expérimentateur. Les dessins sont constitués de lignes claires et nettes sans petits détails. Les dessins distracteurs peuvent être semblables visuellement ou sémantiquement ou alors totalement différents.

Le score brut est calculé en soustrayant le nombre d'erreurs au nombre du dernier item qu'on a administré. Ce score peut être transformé en un score normalisé (tableau des normes), qui permet de comparer la performance du sujet à celle de la population d'étalonnage. Le score normalisé peut être également converti en âge développemental.

##### Les Matrices progressives colorées (MPC)

Les Matrices progressives colorées (Raven, 1992) évaluent le raisonnement logique non-verbal. Elles sont destinées aux jeunes enfants de moins de 11 ans, aux personnes âgées et aux personnes qui présentent diverses pathologies dont la déficience intellectuelle. Cette épreuve est constituée de 3 séries (de complexité croissante) de 12 problèmes chacune; elle contient les ensembles A et B des matrices standards, et un autre ensemble d'items insérés entre les deux (items ab). La plupart des items sont présentés sur un fond coloré. Le sujet doit désigner parmi six illustrations une image pouvant compléter une suite logique dont il manque une partie.

Pour la cotation, le temps de réponse du sujet est chronométré. Si la réponse est « correcte » on attribue 1 point; si la réponse est « fausse » on attribue 0 point. Les réponses correctes sont comptabilisées pour chacune des séries et le score brut du sujet s'obtient en additionnant les scores des 3 séries. Ce score peut également être converti en pourcentage et en QI.

#### **4.3.2. Evaluation du profil socio-émotionnel**

##### Le Developmental Behaviour Checklist (DBC-A, adaptation française)

Le Developmental Behaviour Checklist (DBC-A, Mohr, Tonge, & Einfeld, 2005 ; Barisnikov & Hippolyte, 2006) est un instrument qui permet d'évaluer la présence de problèmes comportementaux et émotionnels chez des adultes présentant une déficience intellectuelle. Le DBC-A est composé de 107 items, formulés sous forme affirmative, qui sont complétée par les éducateurs qui connaissent bien la personne avec DI (au minimum depuis 2 mois). Ce questionnaire est composé de 6 sous-échelles : comportement dérangeant et antisocial, anxiété, communication perturbée, repli sur soi, interaction sociale et dépression. Chaque item est noté sur une échelle de Likert de 0 à 2, pour laquelle 0 = « pas vrai à votre connaissance », 1 = « assez ou parfois vrai » et 2 = « très vrai ou souvent vrai ». L'échelle nécessite environ 15 minutes pour être complétée et le répondant n'a pas besoin d'un entraînement spécifique.

La cotation du DBC-A peut être faite à 3 niveaux : les items, les sous-échelles et l'échelle globale. Le score des items est calculé en attribuant les valeurs de 0, 1 ou 2 à chaque item et permet de constater l'absence ou la présence d'un comportement ainsi que sa sévérité. Les scores aux sous-échelles sont calculés en additionnant les notes des items de chaque sous-échelle et permettent de dresser un profil développemental du comportement. Le score global des problèmes de comportement « Total Behaviour Problem Score (TBPS) » est calculé par une simple addition des scores à tous les items. Plus le score est élevé et plus les problèmes de comportement sont sévères.

##### L'échelle de dépistage de troubles psychopathologiques (RSMB)

Le questionnaire « Reiss Screen for Maladaptive Behaviour » (RSMB, Reiss, 1988 ; Lecavalier & Tassé, 2001) permet le dépistage de comportements problématiques, des troubles psychiatriques et des troubles du comportement chez les personnes présentant une déficience mentale. Ce questionnaire est basé sur des symptômes d'un ou de plusieurs problèmes de santé mentale décrits dans le DSM-III-R (APA, 1987). Il est constitué de 38 items répartis sur huit dimensions : le comportement agressif, la psychose, la paranoïa, la

dépression (signes comportementaux), la dépression (signes physiques), le trouble de la personnalité dépendante, le trouble de l'évitement et l'autisme. Le RSMB mesure également des comportements problématiques spéciaux : abus de drogue, hyperactivité, automutilations, troubles sexuels, vol, suicide, euphorie et fatigue. Chaque dimension comporte 5 items tandis que chaque comportement problématique spécial est représenté par un item.

Cette échelle est remplie par des éducateurs, des enseignants, des intervenants ou d'autres professionnels qui connaissent bien la personne évaluée (depuis au moins trois mois). Les observations portent sur les trois derniers mois de fonctionnement de la personne évaluée. Trois critères sont à considérer pour répondre à chacun des items : la fréquence, l'intensité et les conséquences du comportement pour la personne. Le répondant doit évaluer si le comportement n'est pas un problème (0), est un problème (1) ou s'il est un problème majeur (2) dans la vie de la personne évaluée. Cette échelle nécessite environ 15 minutes pour être remplie.

En ce qui concerne la cotation, on peut calculer un score total basé sur 26 items spécifiques, ce score est le plus important car il permet de situer la personne évaluée. De même, on peut calculer les scores à huit sous-échelles et également retenir le score de six items décrivant des comportements problématiques spéciaux.

### Le questionnaire de sociabilité (QS)

Le questionnaire de sociabilité (QS, Barisnikov et al., en cours de validation) évalue les compétences socio-relationnelles chez les personnes présentant une déficience mentale de niveau léger et moyen. Le questionnaire se compose à partir de 5 domaines importants pour l'intégration sociale : l'attitude sociale, la compétence sociale, le respect des règles sociales, le comportement socio-émotionnel et l'acceptation sociale. Cette échelle est remplie par des éducateurs, des enseignants, des maîtres socioprofessionnels ou d'autres professionnels qui connaissent assez bien la personne évaluée. Le QS comporte 48 items et 8 questions ouvertes. Chaque item est noté sur une échelle Likert à trois points : 0= « pas du tout vrai », 1= « rarement vrai », et 2= « fréquemment ou souvent vrai ». Cette échelle nécessite environ 10 minutes pour être remplie.

Concernant la cotation, deux types de scores sont calculés. Il s'agit des scores des 5 domaines et d'un score global qui se compose de la somme des scores à tous les domaines. Un score élevé traduit une bonne sociabilité. La cotation des huit questions ouvertes nécessite une analyse qualitative; ces questions ouvertes servent à mettre en évidence le comportement social de la personne évaluée. D'un point de vue subjectif, cela pourrait aider à mettre en

lumière des traits de comportement stables en rapport avec la sociabilité dans ses différents aspects.

### **4.3.2. Evaluation de la représentation des règles du comportement social**

#### **La Tâche de résolution sociale (TRS)**

La Tâche de résolution sociale (TRS, Barisnikov, Van Der Linden, & Hippolyte, 2005) est conçue pour évaluer la compréhension du comportement social d'autrui chez des personnes présentant une déficience mentale légère ou modérée. L'épreuve évalue les capacités des personnes avec déficience mentale à juger si un comportement social d'autrui est approprié ou pas et elle permet également de déterminer dans quelle mesure leur jugement est basé sur la connaissance de règles conventionnelles et/ou morales. Les items de la TRS sont composés de quatorze dessins colorés illustrant des comportements sociaux qui peuvent apparaître dans la vie quotidienne (plus un item d'essai). Cinq d'entre eux sont considérés comme appropriés et neuf comme inappropriés. Certaines situations correspondent à des conflits sociaux et le sujet devra trouver la solution en se basant sur des règles conventionnelles de comportement. D'autres items, par contre, illustrent des situations plus complexes qui reposent sur des règles morales.

En ce qui concerne la procédure de ce test, tout d'abord un item d'essai est administré afin de s'assurer que la personne a bien compris la consigne. Ensuite, pour les cinq images représentant des comportements appropriés, seulement la première question est posée, par contre pour les neuf comportements inappropriés, les trois questions sont posées.

**Question 1.** L'examineur montre la première image et attire l'attention du sujet sur celle-ci : « tu vois ce qui se passe sur cette image ? Qu'est-ce que tu en penses ! c'est quelque chose qui est bien (correct) ou qui n'est pas bien (incorrect) ? »

**Question 2.** Une fois que la personne a répondu, l'expérimentateur lui demande alors de pointer l'élément cible sur lequel elle a basé sa réponse : « tu peux me montrer ce qui est bien / pas bien (correct/incorrect) sur cette image ? ». L'expérimentateur ne corrige pas les mauvaises réponses.

**Question 3.** Si la personne a jugé la situation comme n'étant pas correcte, l'expérimentateur lui demande alors : « Pourquoi ce n'est pas bien (correct)? ». Pour cette question, on note la réponse complète du sujet dans l'espace prévu à cet effet afin de pouvoir la coter ultérieurement selon les 3 catégories proposées.

En ce qui concerne la cotation, pour la question 1, on attribue deux points si la réponse est correcte et zéro si elle est fautive. Pour la question 2, on attribue un point si la réponse est

correcte et zéro si elle est fautive. La cotation des réponses à la troisième question nécessite une analyse plus qualitative. Chaque item peut recevoir entre 0 et 7 points selon la réponse du sujet. Le score maximal pour la troisième question est ainsi de 63 points. Cette cotation permet de déterminer le niveau de représentation de la personne par rapport à la règle sociale/morale sous-jacente à l'image. Trois niveaux de réponse sont proposés pour cette dernière question : **descriptif** (2 points), le sujet donne une explication en termes de conséquences pour le personnage « fautif » ou s'il se limite à répéter la description des faits présentés sur l'image. Le niveau **intersubjectif** (5 points) : le sujet donne une explication reflétant une prise de position en lien avec la conscience sociale, cependant, son explication se limite à la compréhension des aspects concrets ou causaux de la situation. Le sujet peut également donner une règle générale, mais sans expliquer pourquoi elle existe. Le troisième niveau est le niveau **conceptuel** (7 points), l'explication du sujet reflète le lien avec la conscience sociale, c'est-à-dire quand le sujet fonde son explication sur un concept de règle sociale non exclusive à la situation présentée. Si la réponse donnée ne peut être relevée, est inappropriée ou montre l'incompréhension de la situation, 0 point est attribué. Ainsi, le maximum de points est de 28 pour la première question, 14 pour la deuxième question et de 63 pour la troisième, ce qui donne un total de 105 points.

## 5. RESULTATS

### 5.1. INDICES STATISTIQUES ET ANALYSES EXPLORATOIRES

Les analyses statistiques concernant les comparaisons de groupe et les corrélations ont été faites à l'aide du logiciel SPSS Statistics 17.0, les analyses de cas uniques avec le logiciel de Crawford (Crawford & Garthwaite, 2002). En ce qui concerne les analyses exploratoires, nous avons d'abord regardé les box-plots pour vérifier la normalité des distributions, nous avons ensuite également testé la normalité des distributions à l'aide du test Kolmogorov-Smirnov. Les données du Developmental Behavior Checklist et du Reiss Screen for Maladaptive Behavior se trouvent être anormalement distribuées, nous avons donc appliqué, pour les analyses ultérieures de comparaison des deux groupes, un test de Mann-Whitney (U). Cependant, les distributions du Questionnaire de Sociabilité et la Tâche de Résolution Sociale sont normales, concernant ces deux outils les différences entre les deux groupes ont été testées sur la base du t-de-Student (t).

Nous avons aussi pris en compte les résultats qui présentent une tendance ( $p < .10$ ) et pas seulement ceux dont la significativité était fixée au seuil de  $p < .05$ .

### 5.2. ANALYSES ET COMPARAISONS DE GROUPES

Tableau 3.

<i>Ages chronologiques, niveau verbal et non verbal des sujets SD et DI</i>					
	Syndrome de Down (N=21)		Déficience intellectuelle (N=21)		
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
<b>MPC brut</b>	19.14	5.18	19.00	5.48	t(40)=0.087 p = .932
<b>EVIP-R brut</b>	75.19	16.42	87.28	28.14	t(40)= -1.701 p = .097
<b>EVIP-R âge</b>	6.64	1.42	8.47	3.65	<b>t(40)=-2.135</b> <b>p = .039</b>

En ce qui concerne les compétences cognitives (MPC brut), les scores des deux groupes ne présentent pas de différence significative, ils peuvent donc être considérés comme comparables ( $t(40)=0.087$  ;  $p = .932$ ). Par contre, concernant le niveau de vocabulaire réceptif (EVIP-R âge), les scores des deux groupes présentent une différence significative ( $t(40)=-2.135$  ;  $p = .039$ ), ce résultat nous indique que le groupe DI ( $M = 8.47$ ) a une moyenne de vocabulaire réceptif plus élevée que la moyenne du groupe SD ( $M = 6.64$ ). Par ailleurs, concernant L'EVIP-R brut, nous pouvons également remarquer un grand écart-type important

pour le groupe DI, ce qui nous indique une grande hétérogénéité entre les sujets de ce groupe (Tableau 3).

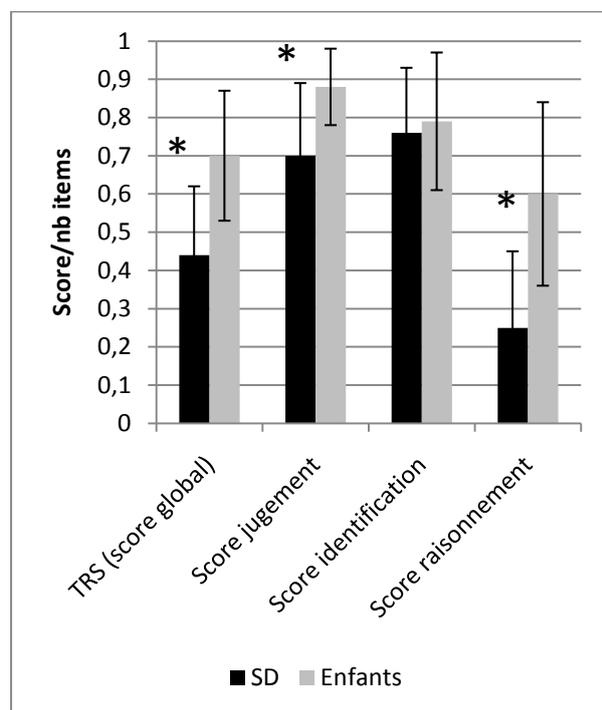


Figure 1. Moyennes et écart-types des scores à la tâche de résolution sociale pour les deux groupes SD et enfants tout venants (contrôle)

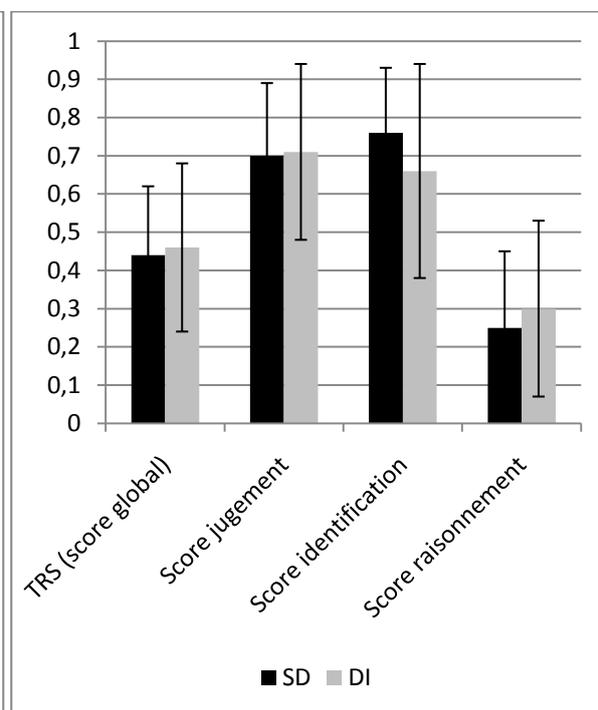


Figure 2. Moyennes et écart-types des scores à la tâche de résolution sociale pour les deux groupes SD et DI

En ce qui concerne notre première hypothèse concernant la tâche de résolution sociale, des différences significatives ont été trouvées entre le groupe SD et le groupe contrôle des enfants tout venant au niveau du score global ( $t(40) = -4.733 ; p = .000$ ), du score de jugement ( $t(40) = 3.786 ; p = .001$ ) et du score de raisonnement ( $t(40) = 0.555 ; p = .000$ ). Cependant, il n'y a pas de différence significative entre le groupe SD et le groupe contrôle des enfants tout venant par rapport au score d'identification ( $t(40) = 5.093 ; p = .582$ ) (Figure 1).

Par rapport à notre deuxième hypothèse, aucune différence significative entre les groupes SD et DI n'a été trouvée à la tâche de résolution sociale. Les moyennes des scores globaux des sujets avec SD et des sujets avec DI ne se différencient pas de manière significative ( $t(40) = -0.400 ; p = .629$ ). De même aucune différence significative n'a été trouvée concernant le score de jugement ( $t(40) = -0.178 ; p = .860$ ), le score d'identification ( $t(40) = 1.395 ; p = .171$ ) et le score de raisonnement ( $t(40) = 0.726 ; p = .472$ ) (Figure 2). Des analyses plus détaillées concernant les niveaux de représentation des situations sociales négatives ont également été réalisées, les résultats ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes (SD et DI) à ce niveau (annexe 8.9.).

Par la suite, nous allons mettre en évidence les résultats trouvés concernant le profil socio-émotionnel, en analysant séparément les différences entre groupe, premièrement pour le Developmental Behavior Checklist, ensuite pour le Reiss Screen for Maladaptive Behavior et enfin pour le Questionnaire de Sociabilité.

Tableau 4.

*Moyennes et écart-types des scores du questionnaire Developmental Behavior Checklist pour le groupe SD et le groupe DI*

	Syndrome de Down (N=20)*			Déficience intellectuelle (N=21)			
	Moyenne	Ecart-type	Range	Moyenne	Ecart-type	Range	
<b>DBC-A (score globale)</b>	21.05	10.55	2-47	33.01	14.35	11-57	<b>U(40) = 107.00 p = .007</b>
Comportement dérangeant/antisocial	4.95	4.00	0-13	7.66	4.06	2-16	U(40) = 136.50 p = .054
Repli sur soi	2.25	2.57	-1-8	3.85	2.66	0-10	U(40) = 136.50 p = .054
Communication perturbée	4.30	3.01	0-10	6.61	3.36	2-13	<b>U(40) = 130.50 p = .037</b>
Anxiété	0.55	0.75	0-2	0.048	1.49	-2-3	U(40) = 155.00 p = .135
Interaction sociale	2.65	2.56	0-11	3.00	2.86	0-12	U(40) = 194.50 p = .681
Dépression	1.35	1.04	0-3	2.61	2.87	0-11	U(40) = 163.50 p = .215

Au niveau de l'échelle du Developmental Behavior Checklist (Tableau 4), les analyses statistiques permettent de relever une différence significative entre les deux groupes (SD/DI) au niveau du score global ( $U(40) = 107.00$  ;  $p = .007$ ). Nous pouvons remarquer que le groupe DI ( $M = 21.05$ ) présente une moyenne significativement plus élevée que le groupe SD ( $M = 33.01$ ). En ce qui concerne les différentes sous-échelles, il existe des différences significatives entre les moyennes du groupe SD et du groupe DI uniquement pour la sous-échelle de « communication perturbée » ( $U(40) = 130.50$  ;  $p = .037$ ). Des problèmes de communication perturbée significativement plus importants sont observés chez le groupe DI. En revanche, pour les autres sous-échelles nous n'avons pas trouvé de différence significative. Nous pouvons quand même remarquer que les sous-échelles « comportement dérangeant/antisocial » ( $U(40) = 136.50$  ;  $p = .054$ ) et repli sur soi ( $U(40) = 136.50$  ;  $p = .054$ ) présentent des différences tendancielle.

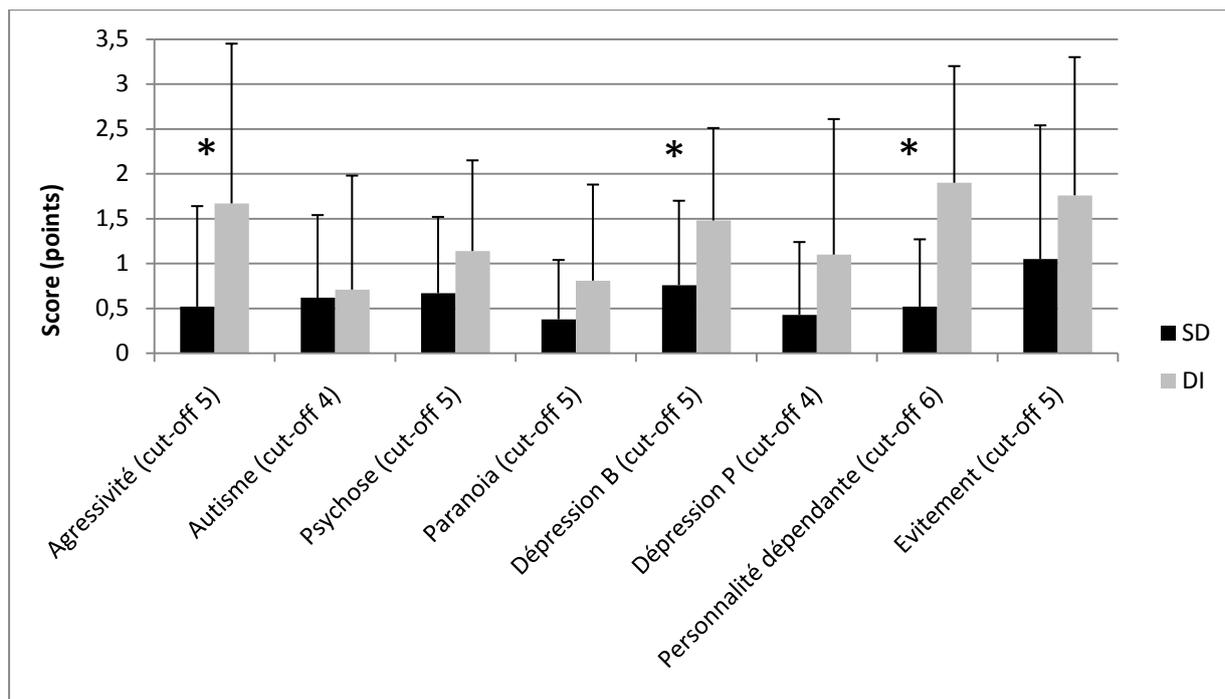


Figure 3. Moyennes et écart-types des sous-échelles du Reiss Screen for Maladaptive Behavior pour les deux groupes SD et DI

En ce qui concerne le Reiss Screen for Maladaptive Behavior, les analyses statistiques ont permis de mettre en évidence une différence significative entre les deux groupes (SD/DI) au niveau du score total de ce questionnaire ( $U(40) = 82.00 ; p = .000$ ). Le groupe DI a un score total plus élevé que le groupe SD. Par ailleurs, comme nous pouvons l'observer dans la figure 3, les scores des sujets SD et DI se différencient de façon significative sur les sous-échelles d'« agressivité » ( $U(40) = 123.50 ; p = .007$ ), de « dépression signes comportementaux » ( $U(40) = 134.50 ; p = .024$ ) et la sous-échelle « personnalité dépendante » ( $U(40) = 86.50 ; p = .000$ ). Concernant ces trois sous-échelles, le groupe DI présente des scores significativement plus élevés que ceux du groupe SD. En revanche pour les autres sous-échelles, nous n'avons pas trouvé de différence significative. Il est également important de remarquer que les scores de chaque groupe ne sont jamais supérieurs aux cuts-off cliniques.

Tableau 5.

*Moyennes et écart-types des scores du questionnaire de Sociabilité pour le groupe SD et le groupe DI*

	Syndrome de Down (N=21)		Déficience intellectuelle (N=21)		
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
<b>QS (score total)</b>	64.38	15.60	59.10	13.79	t(40) = 1.163 p = .252
Attitude sociale	15.05	4.17	13.62	2.91	t(40) = 1.274 p = .210
Compétence sociale	10.71	2.51	10.29	2.53	t(40) = 0.550 p = .585
Respect règles sociales	12.52	2.87	10.48	3.40	<b>t(40) = 2.107</b> <b>p = .041</b>
Cpt socio-émotionnel	21.38	5.10	19.05	5.00	t(40) = 1.496 p = .143
Acceptation sociale	6.10	2.25	5.67	2.22	t(40) = 0.620 p = .539

Les analyses statistiques concernant le Questionnaire de Sociabilité ont permis de mettre en évidence qu'il existe une différence significative entre le groupe SD et le groupe DI uniquement en ce qui concerne l'échelle « respect des règles sociales » ( $t(40) = 2.107$  ;  $p = .041$ ). Cependant, le tableau 5 indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (SD/DI) au niveau du score total et des autres sous-échelles de ce questionnaire. Au niveau descriptif, nous pouvons remarquer que, concernant la sous-échelle « d'attitude sociale », le groupe SD présente un écart-type plus élevé que celui du groupe DI, ce qui souligne une variabilité interindividuelle plus importante chez les personnes SD.

### 5.3. RELATIONS ENTRE LES RÉSULTATS À LA TÂCHE DE RÉOLUTION SOCIALE ET LE PROFIL SOCIO-ÉMOTIONNEL

Tableau 6.

*Corrélations entre la tâche de résolution sociale et les questionnaires (DBC-A ; QS ; RSMB ) pour le groupe SD*

Mesures	DBC-A score global	QS score total	Reiss score total	TRS score global	TRS score jugement	TRS score identification	TRS score raisonnement
DBC-A score global	1	-.324	.481*	-.452*	-.307	-.417 <sup>a</sup>	-.460*
QS score total	-.324	1	-.561**	.033	-.175	.096	.105
RSMB score total	.481*	-.561**	1	-.258	-.257	-.301	-.218
TRS score global	-.452*	.033	-.258	1	.868**	.814**	.967**
TRS score jugement	-.307	-.175	-.257	.868**	1	.767**	.724**
TRS score identification	-.417	.096	-.301	.814**	.767**	1	.696**
TRS score raisonnement	-.460*	.105	-.218	.967**	.724**	.696**	1

*Note.* \* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , <sup>a</sup> $p < .1$

En ce qui concerne notre quatrième hypothèse, nous avons calculé des corrélations de Pearson (Tableau 6). Concernant le groupe SD nous avons pu mettre en évidence l'existence d'un lien entre le score global du questionnaire DBC-A et le score global de la tâche de résolution sociale ( $r = -.452$  ;  $p < .05$ ). Il existe également un lien entre le score global du questionnaire DBC-A et le score de raisonnement de la tâche de résolution sociale ( $r = -.460$  ;  $p < .05$ ). Enfin nous pouvons également remarquer que la corrélation entre le DBC-A et le score d'identification de la tâche de résolution sociale est proche du seuil de significativité ( $r = -.417$  ;  $p < .1$ ). Les corrélations trouvées entre le DBC-A et la tâche de résolution sociale mettent en évidence un lien négatif. Cependant, on observe aucune corrélation significative entre les scores de la tâche de résolution sociale, le score total du RSMB et le score global du QS. Aucune corrélation significative n'a également pas été trouvée entre le score global de la tâche de résolution sociale et les sous-échelles du DBC-A.

Dans le tableau 6 ci-dessus, il est également intéressant de souligner l'existence d'une corrélation positive entre le RSMB et le DBC-A ( $r = .481$  ;  $p < .05$ ) et également d'un lien

significatif et négatif entre le RSMB et le QS ( $r = -.561$  ;  $p < .01$ ). Par contre les résultats ne montrent pas de corrélations significatives entre le DBC-A et le QS, ni pour le score global ni pour les différentes sous-échelles (annexe 8.7.). De même, aucune corrélation significative n'a été trouvée entre la tâche de résolution sociale et les MPC. En revanche, il existe une corrélation positive entre le score d'identification et l'EVIP-R ( $r = -.472$  ;  $p < .05$ ), mais il n'y a pas de corrélations significatives entre le score global et les autres sous-échelles de la tâche de résolution sociale et l'EVIP-R (annexe 8.10.).

Tableau 7.

*Corrélations entre la tâche de résolution sociale et les questionnaires (DBC-A ; QS ; RSMB ) pour le groupe DI*

Measure	DBC-A score global	QS score total	RSMB score total	TRS score global	TRS score jugement	TRS score identification	TRS score raisonnement
DBC-A score global	1	-.138	,652**	-,236	-,289	-,211	-,209
QS score total	-.138	1	-.237	,458*	,174	,343	,516*
RSMB score total	,652**	-.237	1	-,341	-,241	-,326	-,313
TRS score global	-,236	,458*	-,341	1	,716**	,917**	,958**
TRS score jugement	-,289	,174	-,241	,716**	1	,861**	,520*
TRS score identification	-,211	,343	-,326	,917**	,861**	1	,771**
TRS score raisonnement	-,209	,516*	-,313	,958**	,520*	,771**	1

Note. \* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

En ce qui concerne le groupe DI, il n'y a pas de lien significatif entre le score global du questionnaire DBC-A et le score global de la tâche de résolution sociale et également aucun lien significatif entre les sous-scores de la tâche de résolution sociale et le score global du DBC-A. De même, on n'observe aucune corrélation significative entre le score global de la tâche de résolution sociale et les sous-échelles du questionnaire DBC-A.

Dans le tableau 7, nous pouvons remarquer qu'aucune corrélation significative ne peut être montrée entre le score total du questionnaire RSMB et le score global et les sous-scores de la tâche de résolution sociale. Par contre, les résultats montrent une corrélation significative positive entre le score total du QS et le score global de la tâche de résolution

sociale ( $r = .458$ ;  $p < .05$ ) et une corrélation significative positive entre le score total du QS et le score de raisonnement de la tâche de résolution sociale ( $r = .516$ ;  $p < .05$ ). Dans le tableau 7, il est également intéressant de souligner l'existence d'une corrélation positive entre le RSMB et le DBC-A ( $r = .652$ ;  $p < .01$ ). Cependant, les résultats ne montrent pas de corrélation significative ni entre le DBC-A et le QS, ni entre le RSMB et le QS (annexe 8.8.). Par ailleurs les résultats ont permis de mettre en évidence une corrélation significative entre le score de jugement et la tâche de résolution sociale et les MPC ( $r = .462$ ;  $p < .05$ ) et également une corrélation significative entre le score d'identification et la tâche de résolution sociale et les MPC ( $r = .521$ ;  $p < .05$ ). Il existe aussi des corrélations positives entre l'EVIP-R et le score global ( $r = .763$ ;  $p < .01$ ), le score de jugement ( $r = .545$ ;  $p < .05$ ), le score d'identification ( $r = .746$ ;  $p < .01$ ) et le score de raisonnement de la tâche de résolution sociale ( $r = .704$ ;  $p < .01$ ). (annexe 8.11.).

#### 5.4. ANALYSES DE CAS UNIQUES

Les résultats présentés ci-dessus présentent une hétérogénéité interindividuelle importante dans toutes les tâches proposées. A cause de la grande variabilité entre les participants, les résultats comparant les deux groupes ont permis de mettre en évidence seulement certains des effets auxquels l'on s'attendait. Afin d'observer si des patterns différents peuvent être mis en évidence au sein du groupe SD, deux sujets de ce groupe, aux profils latéralement opposés ont été sélectionnés pour une analyse plus qualitative. Le premier sujet (SD21) sélectionné obtient un score extrême très faible au niveau du score global de la tâche de résolution sociale en revanche le deuxième sujet (SD6) obtient un score extrême très élevé au niveau du score global de la tâche de résolution sociale (annexe 8.14.). Par ailleurs, les deux participants ont le même niveau de raisonnement non verbal, les deux ont en effet un score brut de 16 aux MPC de Raven.

##### Participant SD21

SD21 est un homme de 41 ans présentant un syndrome de Down. Il est l'aîné d'une famille de deux enfants. Il a suivi sa scolarité dans une classe d'enseignement spécialisé. Par ailleurs, il présente d'importantes difficultés d'élocution. En ce qui concerne les tâches cognitives, SD21 présente un score brut de vocabulaire réceptif (EVIP-R) de 47, un EVIP-R âge développemental de 4,07 et un score brut aux matrices progressives colorées de 16.

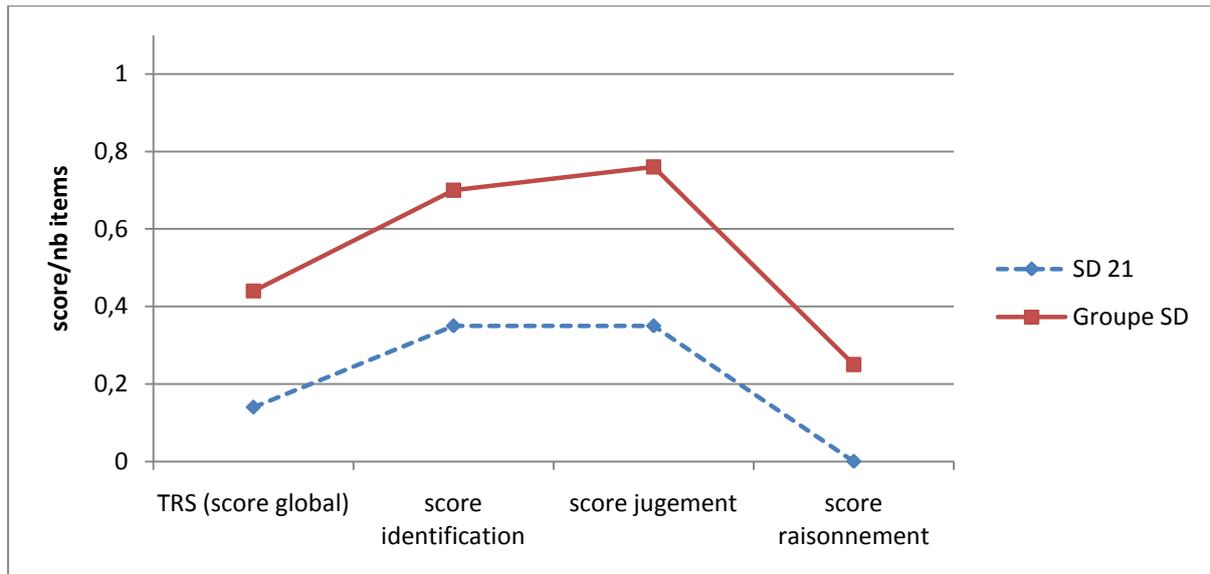


Figure 4 . Scores/nombre items à la tâche de résolution sociale pour le sujet SD21 et le groupe SD

En ce qui concerne la tâche de résolution sociale (Figure 4), SD21 présente un score d'identification significativement inférieur au groupe SD (Crawford  $\tau = 2,259$  ;  $p = .035$ ). De plus, une tendance statistique indique des résultats inférieurs au score de jugement pour SD21 par rapport au groupe SD (Crawford  $\tau = -1,731$  ;  $p = .099$ ). Finalement, en ce qui concerne le score global et le score de raisonnement aucune différence significative n'a été mise en évidence entre SD21 et le groupe SD. Il est également intéressant de souligner que SD21 obtient un score brut de 0 au niveau du score de raisonnement, cela signifie qu'il n'a donné aucune explication correcte des comportements inappropriés présents dans la tâche.

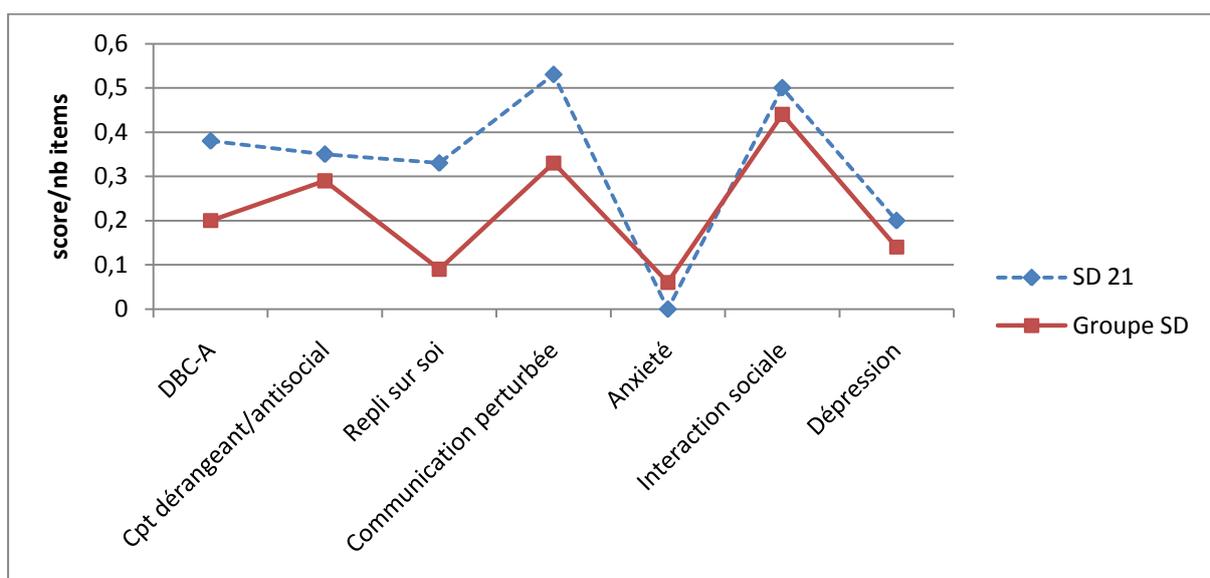


Figure 5 . Scores/nombre items au Developmental Behavior Checklist pour le sujet SD21 et le groupe SD

Concernant, le DBC-A, les résultats en Figure 5 montrent une différence significative entre SD21 et le groupe SD au niveau de la sous-échelle « repli sur soi » (Crawford  $\tau = 2.183$  ;  $p = .042$ ), SD21 présentant un score plus élevé. Nous pouvons également remarquer que le score global du DBC-A, montre une tendance vers la significativité (Crawford  $\tau = 1.845$  ;  $p = .08$ ). Par contre SD21 ne se différencie pas significativement du groupe SD au niveau des autres sous-échelles, mais nous pouvons observer au niveau qualitatif que SD21 a des scores au DBC-A toujours supérieurs à son groupe sauf pour la sous-échelle d'anxiété.

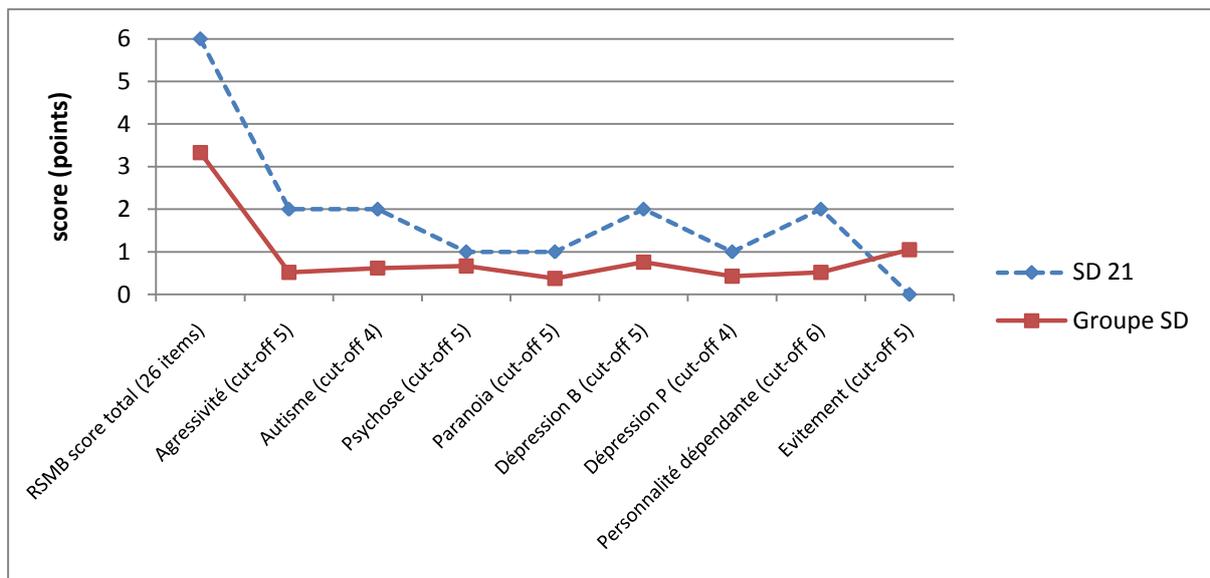


Figure 6 . Scores au Reiss Screen for Maladaptive Behavior pour le sujet SD21 et le groupe SD

Au Reiss Screen for Maladaptive Behavior (Figure 6), SD21 ne présente aucun score significativement différent du groupe SD, mais seulement une tendance statistique concernant la sous-échelle « personnalité dépendante » (Crawford  $\tau = 1.928$  ;  $p = .068$ ). Suivant une analyse qualitative nous pouvons voir que SD21 présente des scores toujours plus élevés que le groupe SD, à l'exception de la sous-échelle « évitement » pour laquelle il obtient un score inférieur vis-à-vis de son groupe. Nous pouvons également remarquer que ni SD21 ni le groupe SD ont des scores supérieurs aux cut-off cliniques au niveau de toutes les sous-échelles et du score total.

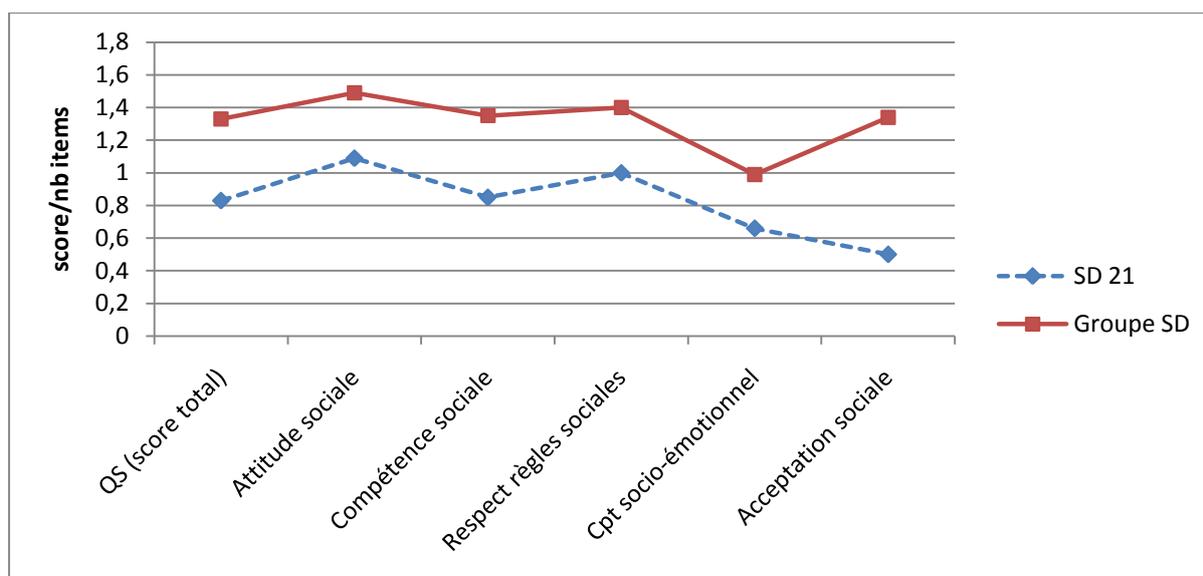


Figure 7. Scores/nombre items au Questionnaire de Sociabilité pour le sujet SD21 et le groupe SD

Enfin, en ce qui concerne le questionnaire de sociabilité, les résultats ont permis de mettre en évidence uniquement une tendance significative concernant la sous-échelle « compétences sociales » (Crawford  $\tau = -1.837$  ;  $p = .081$ ) (Figure 7). En ce qui concerne le score total et les sous-échelles « attitude sociale », « respect des règles sociales », « comportement socio-émotionnel » et « acceptation sociale », aucune différence significative n'est relevée entre SD21 et le groupe SD. Toutefois, la Figure 7 montre que SD21 obtient des résultats inférieurs par rapport à son groupe.

#### Participant SD 6

SD6 est un homme de 37 ans présentant un syndrome de Down. Il est le dernier enfant d'une famille composée de cinq enfants. Il a suivi sa scolarité dans une classe d'enseignement spécialisé et actuellement il est employé dans un atelier protégé. En ce qui concerne les tâches cognitives, SD6 présente un score brut de vocabulaire réceptif (EVIP-R) de 87, un EVIP-R âge développemental de 7,90 et un score brut aux matrices progressives colorées de 16.

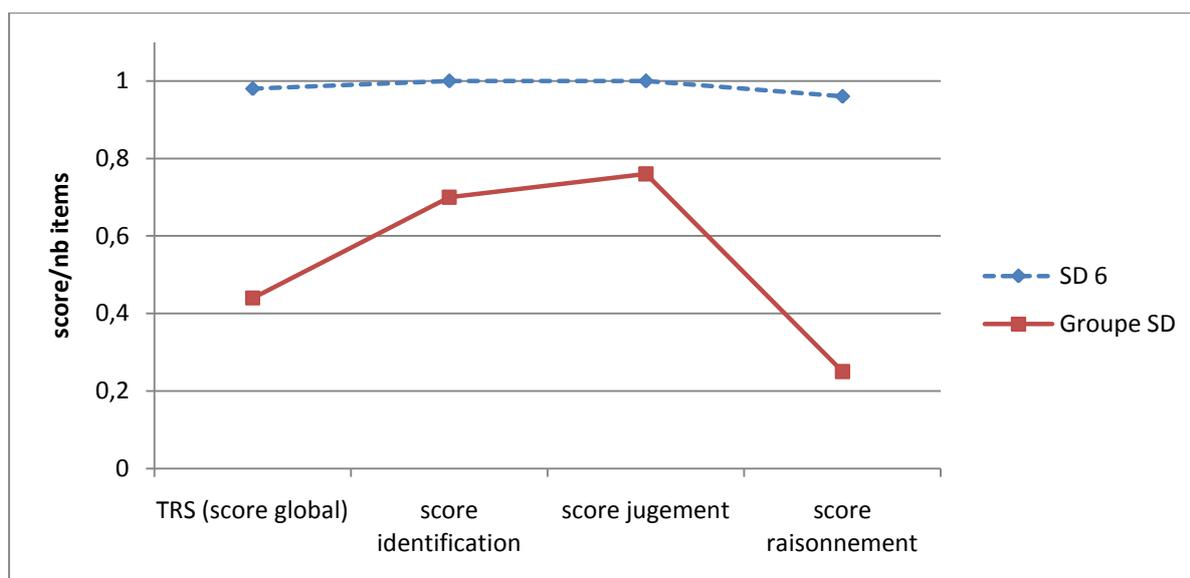


Figure 8 . Scores/nombre items à la tâche de résolution sociale pour le sujet SD6 et le groupe SD

A la tâche de résolution sociale, le pattern de réponse de SD6 (Figure 8) se distingue significativement de celui du groupe SD en ce qui concerne le score global (Crawford  $\tau = 2.848$ ;  $p = .010$ ) et le score de raisonnement (Crawford  $\tau = 3.364$  ;  $p = .003$ ). Nous pouvons également remarquer qu'au niveau descriptif, concernant les deux autres-sous échelles, même si elles ne se différencient pas de manière significative du groupe SD, les performances de SD6 sont visiblement meilleures. Il nous semble également intéressant de mettre en évidence que SD6 obtient un score total de 103 sur 105, un score d'identification de 28 sur 28, un score de jugement de 14 sur 14 et enfin un score de raisonnement social de 61 sur 63. Il a donc une performance presque excellente. Par ailleurs concernant le score de raisonnement il donne une réponse au niveau intersubjectif et 8 réponses au niveau conceptuel.

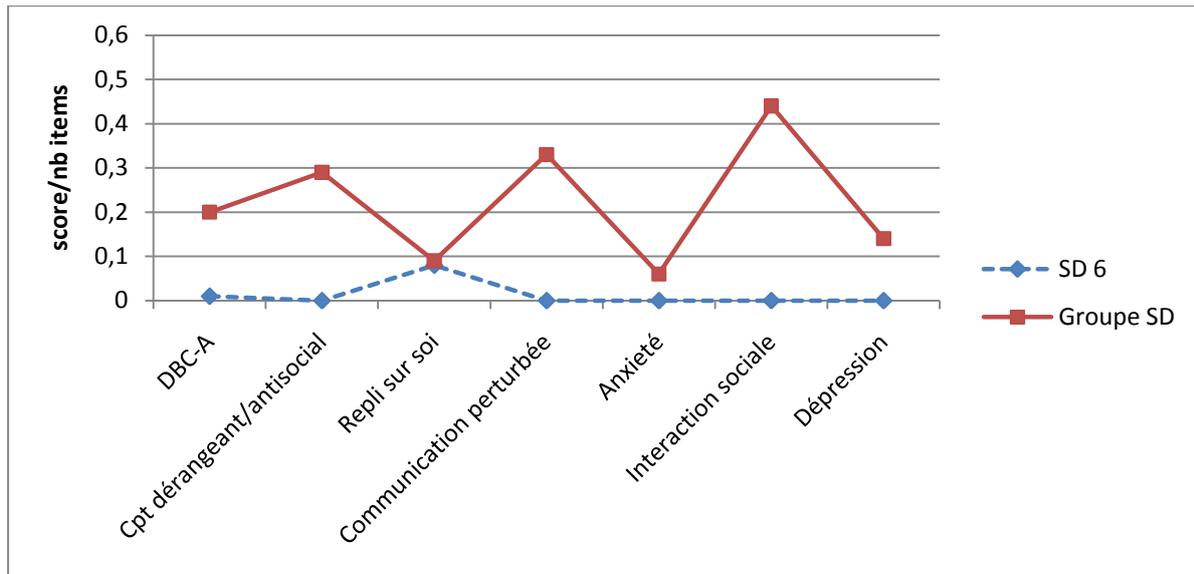


Figure 9. Scores/nombre items au Developmental Behavior Checklist pour le sujet SD6 et le groupe SD

En ce qui concerne le DBC-A, SD6 ne présente aucun score significativement différent du groupe SD, mais seulement une tendance statistique concernant le score total (Crawford  $\tau = -1.764$  ;  $p = .093$ ) (Figure 9). SD6 présente un score plus bas de SD6 par rapport à son groupe. Suivant une analyse qualitative nous pouvons observer que SD6 présente des scores toujours inférieurs au groupe SD. Plus précisément, concernant les sous-échelles « comportement dérangeant/antisocial », « communication perturbée », « anxiété », « interaction sociale » et « dépression », SD6 obtient des scores bruts de 0: il ne manifeste donc aucun problème concernant ces domaines.

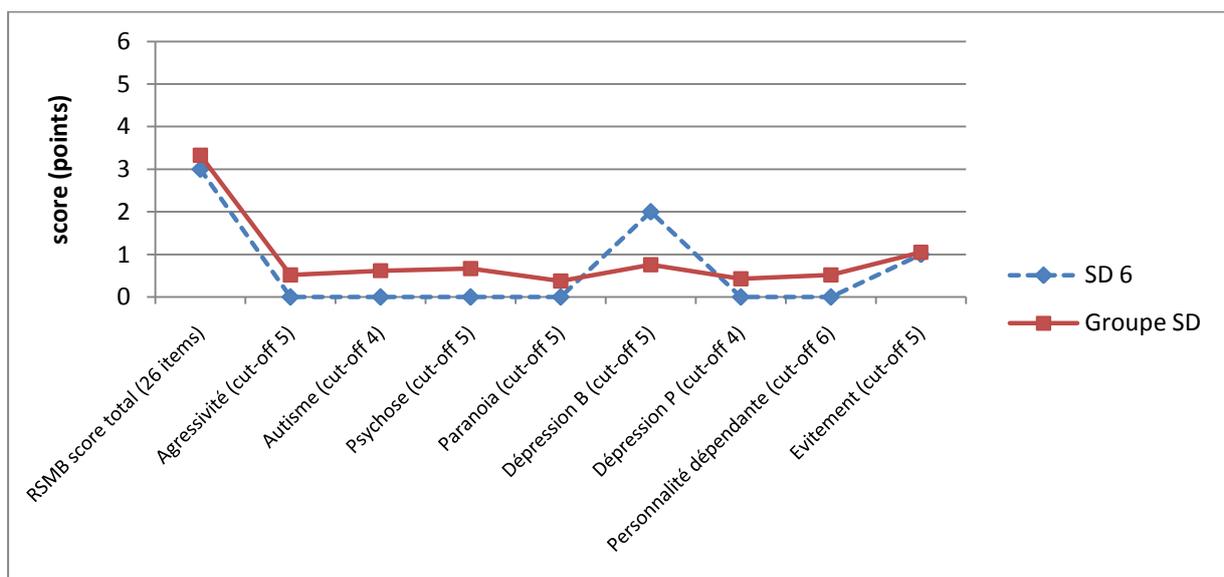


Figure 10. Scores au Reiss Screen for Maladaptive Behavior pour le sujet SD21 et le groupe SD

Au Reiss Screen for Maladaptive Behavior (Figure 10), bien que les scores de SD6 soient inférieurs à ceux de son groupe, à l'exception de celui de la sous-échelle dépression B, le pattern des sous échelles de SD6 ne se distingue pas significativement de celui du groupe SD.

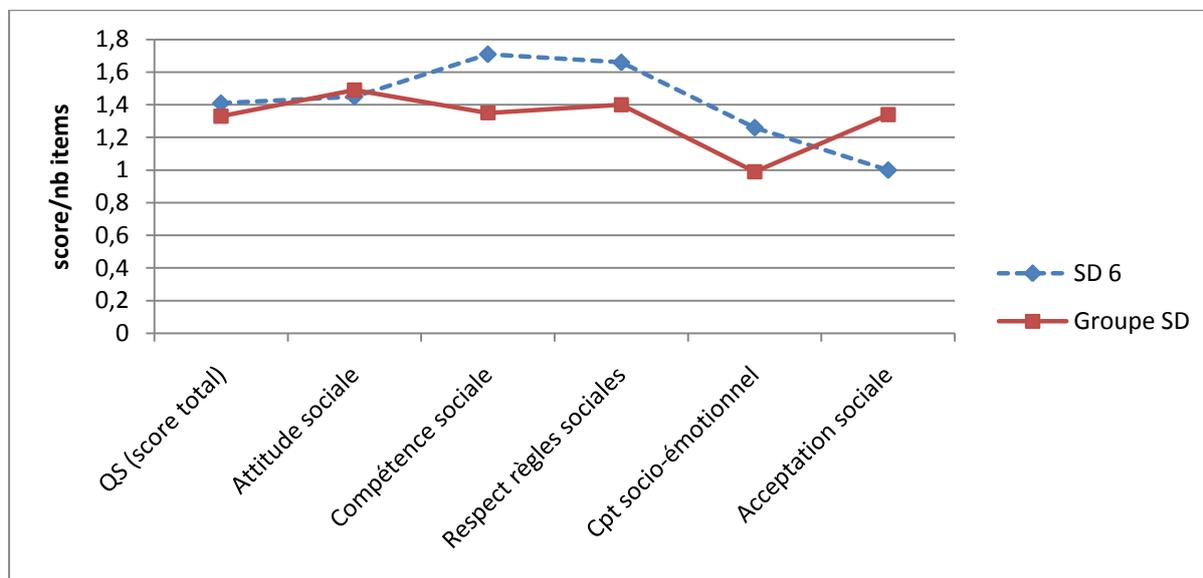


Figure 11 . Scores/nombre items au Questionnaire de Sociabilité pour le sujet SD6 et le groupe SD

Enfin, concernant le questionnaire de sociabilité, les résultats n'ont pas permis de mettre en évidence des différences significatives entre SD6 et le groupe SD (Figure 11). En ce qui concerne les sous-échelles « compétence sociale », « respect des règles sociales », « comportement socio-émotionnel » et « acceptation sociale », il n'y a pas de différence significative entre SD6 et le groupe SD. La Figure 11 met tout de même en évidence que SD6 a des résultats meilleurs par rapport à son groupe. Par contre, toujours au niveau descriptif, en ce qui concerne le score total et la sous-échelle d'« attitude sociale », SD6 présente un pattern très similaire à celui du groupe SD.

## 6. DISCUSSION

Différentes recherches mettent en évidence un taux élevé de troubles psychopathologiques et des problèmes comportementaux dans la population DI et SD (Hippolyte et al., 2010 ; Mantry et al., 2008). Par ailleurs, les résultats de l'étude d'Hippolyte et collaborateurs (2010) montrent que les adultes avec SD ont des performances inférieures au niveau des connaissances de règles sociales par rapport aux enfants tout venant de même âge mental. Enfin, des études développementales mettent en évidence des relations entre les connaissances des règles de comportement social et le développement des conduites sociales adaptées (Harvey et al., 2001). Suite à ces constats, l'objectif de cette étude était d'investiguer les capacités de raisonnement social basées sur les connaissances des règles sociales (conventionnelles et morales) et leurs relations avec le comportement social et émotionnel chez des adultes avec SD et DI.

De manière générale, les résultats ont permis de mettre en évidence que les connaissances des règles sociales des adultes avec SD sont inférieures à celles des enfants tout venant mais ne se différencient pas de celles du groupe DI. Par ailleurs, le profil socio-émotionnel des adultes avec SD se différencie de celui des adultes avec DI. Plus spécifiquement, les adultes avec SD présentent moins de troubles psychopathologiques que les adultes avec DI. De même, les résultats ont permis de mettre en évidence moins de troubles du comportement, tels que l'agressivité, les comportements dérangeants et antisociaux, chez les adultes SD que chez les adultes DI. Enfin, des liens entre les connaissances des règles sociales et la présence de troubles psychopathologiques et de comportement ont été mis en évidence chez la population avec SD.

Plus spécifiquement, notre première hypothèse qui supposait que les adultes avec SD ont des performances inférieures au niveau des connaissances des règles sociales par rapport au groupe contrôle des enfants tout venant a pu être confirmée. Les résultats ont permis de mettre en évidence que les enfants tout venant ont des meilleures performances à la tâche de résolution sociale que les adultes avec SD pour tous les scores, mis à part celui d'identification. Les adultes avec SD présentent de manière générale des difficultés en ce qui concerne la connaissance des règles sociales. Plus spécifiquement, les adultes avec SD ont des difficultés à comprendre si des situations sociales sont appropriées ou inappropriées. Cependant, s'ils arrivent à juger correctement ces situations, ils sont par la suite capables d'indiquer ce qui est correct ou pas dans la situation présentée. Toutefois, ils ont également des problèmes à comprendre et expliquer pourquoi des situations sociales sont inappropriées. En ce sens, nos résultats se différencient de ceux obtenus par Hippolyte et collaborateurs

(2010) qui n'ont pas relevé de différence significative concernant le score global à la tâche de résolution sociale entre les participants SD et le groupe contrôle des enfants tout venant. En revanche, nous avons pu souligner l'existence de problèmes généraux concernant la compréhension et l'explication des situations inappropriées, ce qui n'a pas pu être démontré dans l'étude de d'Hippolyte et collaborateurs (2010).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces résultats seraient dû aux expériences vécues des personnes avec SD, qui sont souvent caractérisées par des difficultés d'intégration sociale. En effet, les données de la littérature démontrent que des difficultés d'intégration sociale ont été mises en évidence chez les adultes SD qui présentent des difficultés dans le développement et le maintien d'un réseau social. Il semblerait que, à cause de leurs difficultés langagières et cognitives déjà présentes dans les premières années de vie, les enfants avec SD auraient moins de contacts sociaux. Par ailleurs, ils s'impliqueraient moins dans des activités de groupe et auraient un sentiment d'appartenance sociale amoindri (Soresi & Nota, 2000). Ces facteurs pourraient empêcher les personnes avec SD d'apprendre les règles de comportement social, ce qui ne serait pas le cas chez les enfants tout venant qui dès le plus jeune âge sont socialement intégrés et ont beaucoup de contacts sociaux. En effet, une meilleure intégration sociale donne la possibilité de mieux apprendre à comprendre le comportement d'autrui. Par ailleurs, les faibles compétences langagières reconnues chez la population avec SD, qui se caractérisent par un vocabulaire restreint et un discours souvent mal organisé (Rondal & Comblain, 1996), auraient également pu influencer les difficultés relevées au niveau de la connaissance des règles sociales. En effet, les difficultés, relevées à la tâche de résolution sociale chez les personnes avec SD lorsqu'elles doivent fournir une explication face à une situation sociale inappropriée, peuvent être mises en lien avec leurs déficits au niveau de leur capacité langagière.

Concernant notre deuxième hypothèse, qui supposait que les adultes avec SD ont des performances inférieures au niveau des connaissances des règles sociales par rapport au groupe contrôle des adultes avec DI, elle n'a pas pu être confirmée. En effet, selon les résultats, les adultes DI ont des performances comparables aux adultes avec SD à la tâche de résolution sociale. L'étiologie ne semble donc pas jouer un rôle dans les capacités de raisonnement social, basées sur les connaissances des règles sociales. Cependant il faut rester prudent dans les interprétations de ces données car ces résultats non significatifs pourraient être dus à la grande variabilité au niveau des résultats de la tâche de résolution sociale qui est observé dans les deux groupes.

De manière générale, nous avons pu confirmer notre troisième hypothèse: les adultes avec SD ont un profil socio-émotionnel différent des adultes DI. Par ailleurs, le groupe SD présente moins de troubles psychopathologiques et de problèmes du comportement que les adultes DI. Plus spécifiquement, les adultes avec SD ont moins de problèmes concernant les comportements dérangeants et antisociaux, la communication perturbée et le repli sur soi, en comparaison aux adultes avec DI (DBC-A). Par ailleurs, on relève moins de problèmes au niveau de l'agressivité et de la personnalité dépendante chez les adultes SD que chez les adultes DI. Le groupe DI présente également un score « traits comportementaux de dépression » plus élevé que le groupe SD (RSMB). Enfin, nous avons également pu mettre en évidence que les adultes avec SD ont un meilleur respect des règles sociales que les adultes avec DI.

Ces résultats sont confirmés par les données de la littérature, qui soulignent que la prévalence des troubles psychopathologiques et des problèmes comportementaux est plus faible chez les personnes avec SD par rapport à la population avec DI non-spécifique (Dykens et al., 2002 ; Hippolyte et al., 2010 ; Mantry et al., 2008). Par ailleurs, plusieurs recherches soulignent que chez les adultes avec SD, il y aurait une diminution des symptômes externalisés, tels que les comportements agressifs, antisociaux et destructifs (Dykens et al., 2002). Cependant, nous avons trouvé un résultat qui n'était pas attendu en ce qui concerne le score de « dépression traits comportementaux » du RSMB car il s'avère que ce dernier se trouve être plus élevé chez le groupe DI par rapport au groupe SD. En effet, la littérature met généralement en évidence un pattern contraire: à savoir on observe davantage de manifestations dépressives chez les personnes avec SD que les personnes avec DI (Collacott et al., 1992).

La quatrième hypothèse qui supposait l'existence de liens négatifs entre les connaissances des règles sociales et la présence de troubles psychopathologiques et du comportement chez les adultes avec SD et DI a pu être partiellement confirmée. Nous avons trouvé un lien négatif entre la connaissance des règles sociales et la présence de troubles du comportement seulement chez le groupe avec SD. En revanche, il n'y a pas de lien entre les connaissances des règles sociales et la présence de troubles psychopathologiques et problèmes du comportement chez les adultes avec DI. Toutefois, chez le groupe avec DI, nous avons pu mettre en évidence un lien entre la connaissance des règles de comportement social et les compétences socio-relationnelles, mesurées avec le questionnaire de sociabilité.

Nous pouvons avancer l'hypothèse que le lien entre la connaissance des règles sociales et la présence de troubles du comportement chez le groupe avec SD pourrait résulter de la

mise en place d'un cercle vicieux: les adultes avec SD ayant des difficultés à interpréter les interactions sociales seront confrontés avec des problèmes du comportement, à cause de leurs déficits de raisonnement social. Les problèmes de comportement seront condamnés et rejetés par les pairs et les éducateurs, la personne préfère alors se mettre à l'écart et va manquer l'opportunité d'apprendre et d'entraîner ces aptitudes sociales (Hippolyte et al., 2010). L'étude d'Hippolyte et collaborateurs (2010) trouve des résultats similaires montrant une relation négative entre la mesure des comportements sociaux et les capacités de raisonnement social mesurées par la tâche de résolution sociale. Par ailleurs, nous pouvons signaler des études développementales qui mettent en évidence des liens entre le raisonnement social et le comportement social. Notamment, la revue de la littérature faite par Harvey et collaborateurs (2001) souligne l'existence de liens entre une mauvaise capacité de raisonnement social et l'agressivité sociale chez des enfants tout venant. Il existe également quelques études menées auprès de populations avec DI d'origine non-spécifique ayant mis en évidence des relations entre les facteurs d'agressivité et de moins bonnes capacités à comprendre le comportement d'autrui (Basquill, Nezu, Nezu, & Klein, 2004).

Enfin, nous pouvons émettre l'hypothèse que le lien entre les compétences socio-relationnelles et la connaissance des règles de comportement social chez la population avec DI semblerait souligner le fait que les problèmes sociaux de cette population se reflètent sur leur capacité à comprendre les règles de comportement social. La littérature montre en effet que les personnes avec DI présentent des déficits au niveau des compétences sociales (Matson, 1995, cité par Njardvik et al., 1999) et également des difficultés au niveau des contacts sociaux et du respect des règles sociales (Lambert, 2002). Par ailleurs, les études signalent une prévalence élevée de symptômes externalisés, tels que les comportements agressifs et antisociaux (Dykens et al., 2002).

En ce qui concerne l'analyse des cas uniques, nous avons pu remarquer que la personne (SD6) qui présente un profil avec moins de problèmes comportementaux et psychopathologiques obtient de meilleures performances concernant la connaissance des règles sociales. Par contre, la personne (SD21) qui présente un profil avec davantage de problèmes comportementaux et psychopathologiques a des performances inférieures concernant la connaissance des règles sociales, et de moins bonnes compétences socio-relationnelles. Ces résultats semblent être confirmés par des études portant sur la population avec DI. La recherche de Kearney et Healy (2011) souligne en effet une différence significative de compétences sociales entre les personnes avec DI présentant des symptômes psychiatriques et ceux qui ne présentent pas ce type de symptômes. Par ailleurs, ces auteurs

ont trouvé des relations entre les comportements problématiques, la psychopathologie et les déficits de compétences sociales.

De plus, nous pouvons souligner une importante hétérogénéité interindividuelle dans toutes les tâches proposées, observable dans les deux populations. A cause de la grande variabilité entre les participants, les résultats comparant les deux groupes ont permis de mettre en évidence uniquement certains des effets auxquels l'on s'attendait. En ce qui concerne les limites méthodologiques et faiblesses de notre recherche, il faut tenir compte du fait que les questionnaires (DBC-A, RSMB, QS) ont été remplis par des éducateurs, il y aurait donc un certain degré de subjectivité dans ce type d'évaluation, qui pourrait également être mis en lien avec la connaissance de la personne évaluée. De plus, nous avons pu constater que certains éducateurs n'ont pas répondu à certaines questions des questionnaires. Par ailleurs, les analyses concernant le DBC-A ont été menées avec 20 sujets SD à la place de 21, parce que les données concernant ce questionnaire n'ont pas pu être récoltées chez un participant à la recherche. Il faut également souligner que les participants à cette étude proviennent de différents ateliers protégés de la Suisse romande, ce qui permet une bonne représentation de cette population. Toutefois, il faut remarquer que les participants avec SD proviennent d'institutions différentes de celles des participants avec DI, le milieu éducatif n'est donc pas le même, cela pourrait avoir influencé les résultats. Finalement, en ce qui concerne la validité statistique, nous pouvons faire les remarques suivantes: les méthodes statistiques utilisées sont adaptées à nos données et aux hypothèses que nous nous étions proposées de vérifier. Toutefois, il faut souligner que nous avons analysé non seulement les résultats significatifs, mais également ceux proches du seuil de significativité.

Pour conclure, il nous semble intéressant d'aborder les données qui ont été mises en évidence dans cette étude selon une perspective clinique. Comme nous avons pu le constater dans la littérature traitant des compétences émotionnelles et sociales, il existe très peu de travaux portant sur les adultes avec SD, surtout en ce qui concerne la connaissance des règles sociales. Pourtant, cette population n'est pas exempte de ces difficultés. Par ailleurs, si les adultes avec SD ont relativement peu de troubles psychopathologiques en comparaison à d'autres populations avec DI, ils présentent également des conduites difficiles à gérer, telles que de l'entêtement, l'opposition et les problèmes dans le domaine de la sociabilité. Une connaissance approfondie du profil socio-émotionnel se révèle donc essentielle pour suivre l'évolution de ces personnes. De même, ces informations pourraient être utilisées pour développer davantage un soutien adapté pour les adultes avec SD ou ayant une DI, en vue d'améliorer leur qualité de vie et leur l'intégration sociale. Par ailleurs, une analyse des

connaissances des règles de comportement social semble être essentielle dans l'optique d'un travail de remédiation, permettant de repérer les aspects sur lesquels il faudra plus particulièrement travailler avec la personne, en tenant compte de ses forces et de ses faiblesses. Il serait également intéressant pour des recherches futures d'investiguer si certaines compétences spécifiques, comme le langage expressif ou l'attention, pourraient jouer un rôle au niveau des difficultés de connaissances des règles sociales chez la population avec SD. De même, il serait intéressant d'analyser à quel point le manque d'expérience et d'apprentissage des règles sociales joue un rôle en ce qui concerne les déficits concernant les capacités à comprendre le comportement d'autrui chez cette population.

En conclusion, cette recherche a contribué à une meilleure clarification des aspects concernant la connaissance des règles de comportement social et le profil socio-émotionnel des adultes avec DI et en particulier des adultes atteints du SD. Par ailleurs, des relations entre les représentations des règles de comportement social et le comportement chez des adultes avec une DI ont pu être mises en évidence chez les personnes avec SD.

## 7. BIBLIOGRAPHIE

Adolphs, R. (1999). Social cognition and the human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 3 (12), 469-479.

American Psychiatric Association (2003). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR). Paris: Guelfi, J. D.

Crawford, J. R., & Garthwaite, P. H. (2002). Investigation of the single case in neuropsychology: Confidence limits on the abnormality of test scores and test score differences. *Neuropsychologia*, 40, 1196–1208.

Basquill, M. F., Nezu, C. M., Nezu, A. M., & Klein, T. L. (2004). Aggression related hostility bias and social problem solving deficits in adult males with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 109, 255-263.

Buckley, S., & Bird, G. (2002). Cognitive development and education : perspectives on Down syndrome from a twenty-year research programme. In M. Cuskelly, A. Jobling, & S. Buckley (Eds.), *Down syndrome across the life span* (pp. 66-80). London: Whurr Publishers.

Carrier, M., & Ayoun, C. (2007). *Déficiences Intellectuelles et Intégration Sociale*. Waver: Mardaga.

Cebula, K. R., Moore, D. G., Wishart, J. G. (2010). Social cognition in children with Down's syndrome : challenges to research and theory building. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (2), 113-134.

Collacott, R. A., Cooper, S.-A., & McGrother, C. (1992). Differential rates of psychiatric disorders in adults with Down's syndrome compared other mentally handicapped adults. *British Journal of Psychiatry*, 161, 671-674.

Dalla Piazza, S., & Dan, B. (2001). *Handicaps et deficiencies de l'enfant*. Bruxelles: De Boeck & Larcier.

- Dykens, E., Hodapp, R., & Evans, D. (2006). Profiles and development of adaptive behaviour in children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice, 9*(3), 45-50.
- Dykens, E. M., Shah, B., Sagun, J., Beck, T., & King, B. H. (2002). Maladaptive behaviour in children and adolescents with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(6), 484-492.
- Dunn, L. M., Theriault-Whalen, C. M., & Dunn, L. M. (1993). *Échelle de Vocabulaire en Images Peabody – Révisé*. Toronto, ON: Psychan.
- Fidler, D. J. (2005). The emerging Down syndrome behavioural phenotype in early childhood: implications for practice. *Infants and Young Children, 18*(2), 86-103.
- Harvey, R. J., Fletcher, J., & French, D. J. (2001). Social reasoning: A source of influence on aggression. *Clinical Psychology Review, 21*3, 447-469.
- Hippolyte, L., Barisnikov, K., & Van der Linden, M. (2008). Face processing and facial emotion recognition in adults with down syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 113*(4), 292-306.
- Hippolyte, L., Barisnikov, K., Van der Linden, M., & Detraux, J-J. (2009). From facial emotional recognition abilities to emotional attribution : a study on Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 1007-1022.
- Hippolyte, L., Iglesias, K., Van der Linden, M., & Barisnikov, K. (2010). Social reasoning skills in adults with Down syndrome: the role of language, executive functions and socio-emotional behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*(8), 714-726.
- Hodapp, R. M., Evans, D. W., & Gray, F. L. (1999). Intellectual development in children with Down syndrome. In J. Rondal, J. Perera, & L. Nadel (Eds.), *Down syndrome: a review of current knowledge* (pp. 124-132). London: Whurr Publishers.

- Jahromi, L. B., Gulsrud, A., & Kasari, C. (2008). Emotional competence in children with Down syndrome : Negativity and regulation. *American Journal of Mental Retardation*, 113(1), 32-43.
- Juhel, J.-C. (1997). *La déficience intellectuelle. Connaître, comprendre, intervenir*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Kasari, C., Freeman, S. F. N., & Hughes, M. A. (2001). Emotion recognition by children with Down syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 106(1), 59-72.
- Kasari, C., Freeman, S. F. N., & Bass, W. (2003). Empathy and response to distress in children with Down syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(3), 141-155.
- Kearney, D. S., & Healy, O. (2011). Investigating the relationship between challenging behavior, co-morbid psychopathology and social skills in adults with moderate to severe intellectual disabilities in Ireland. *Research in Developmental Disabilities* (in press).
- Lambert, J.-L. (2002). *Les déficiences intellectuelles. Actualités et défis*. Fribourg: Editions Universitaires Fribourg Suisse.
- Lecavalier, L., & Tassé, M. J. (2001). Traduction et adaptation transculturelle du Reiss Screen for Maladaptive Behavior. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 12, 31-44.
- Manciaux, M., & Terrenoire, G. (2004). De qui de quoi parlons-nous? In *Les personnes handicapées mentales. Ethique et droit* (pp. 35-70). Paris: Fleurus.
- Mantry, D., Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Allan, L., Williamson, A., Finlayson, J., & Jackson, A. (2008). The prevalence and incidence of mental ill-health in adults with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 714-726.

- Matson, J. L., Rivet, T. T., Fodstad, J. C., Dempsey, T., & Boisjoli, J. A. (2009). Examination of adaptive behaviour differences in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 1317-1325.
- Moleux, M., Seigneuric, A., & Ehrlich, M. F. (1998). Mémoire phonologique, mémoire de travail et compréhension de l'écrit chez des adolescents présentant une déficience intellectuelle. In F. P. Büchel, J.-L. Paour, Y. Courbois, & U. Scharnhorst (Eds.), *Attention, mémoire, apprentissage. Etudes sur le retard mental* (pp. 77-87). Bienne: SZH/SPC.
- Moll, J., Oliveira-Souza, R., Bramati, I. E., & Grafman, J. (2001). Functional networks in emotional moral and nonmoral social judgments. *NeuroImage, 16*, 696-703.
- Mohr C., Tonge B. J. & Einfeld S. L. (2005). The development of a new measure for the assessment of psychopathology in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 469-480.
- Nadel, L. (1999a). Down syndrome in cognitive neuroscience perspective. In H. Tager Fulsberg (Ed.), *Neurodevelopmental Disorders*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Nadel, L. (1999b). Learning and memory in Down syndrome. . In J. Rondal, J. Perera, & L. Nadel (Eds.), *Down syndrome: a review of current knowledge* (pp. 133-142). London: Whurr Publishers.
- Njardvik, U., Matson, J. L., & Cherry K. E. (1999). A comparison of social skills in adults with autistic disorder, pervasive developmental disorder not otherwise specified, and mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29*(4), 287-295.
- Pannetier, E. (2009). Les causes génétiques. In *Comprendre et prévenir la déficience intellectuelle* (pp. 153-206). Québec: Multi Mondes.
- Raven, J. C. (1992). *Matrices Progressives Colorées*. London: H.K. Lewis & Co. LTD.

- Reiss S. (1988) *Test Manual for the Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. Worthington, OH : IDS Publishing Corporation.
- Roizen, N. J., & Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *The Lancet*, 361, 1281-1289.
- Rojahn, J., & Meier, L. J. (2009). Chapter nine - Epidemiology of mental illness and maladaptive behavior in intellectual disabilities. *International Review of Research in Mental Retardation*, 38, 239-287
- Rojahn, J., Matson, J. L., Naglieri, J. A., & Mayville, E. (2004). Relationships between psychiatric conditions and behaviour problems among adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 109(1), 21-33.
- Rondal, J. A., & Comblain, A. (1996). Language in adults with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 4 (1), 3-14.
- Rowe, J., Lavender, A., & Turk, V. (2006). Cognitive executive function in Down's syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 5-17.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L., & Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of support* (11th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Sigman, M. (1999). Developmental deficits in children with Down Syndrome. In H. Tager Fulsberg (Ed.), *Neurodevelopmental Disorders*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Soresi, S., & Nota, L. (2000). A social skill training for persons with Down's syndrome. *European Psychologist*, 5(1), 34-43.

- Tassé, M. J. (2006). Déficience intellectuelle: la définition et le système de classification. In H. Gascon, D. Boisvert, M.-C. Haelewyck, J.-R. Poulin & J.-J. Detraux (Eds.), *Déficience intellectuelle: Savoirs et perspectives d'action* (pp. 23-28). Québec: Presses Inter Universitaires.
- Tassé, M. J., & Morin, D. (2003). L'étiologie. In M.J. Tassé, & D. Morin (Eds.), *La déficience intellectuelle* (pp. 24-37). Montréal : Gaëtan Morin.
- Tigey, C. (1987). Psychosocial development in persons with Down syndrome. In S. M. Pueschel (Ed.), *New Perspectives on Down Syndrome* (pp. 1-17). Baltimore, MD: Paul H. Brookers.
- Vigneau, F. (1998). Automaticité et automatisaion du traitement de l'information. In F. P. Büchel, J.-L. Paour, Y. Courbois, & U. Scharnhorst (Eds.), *Attention, mémoire, apprentissage. Etudes sur le retard mental* (pp. 77-87). Bienne: SZH/SPC.
- Williams, K. R., Wishart, J. G., Pitcairn, T. K., & Willis, D. S. (2005). Emotion recognition by children with Down syndrome : investigation of specific impairments and error patterns. *American Journal on Mental Retardation*, 110(5), 378-392.
- Wishart, J. G. (2007). Socio-cognitive understanding : a strength or weakness in Down's syndrome?. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(12), 996-1005.
- Wishart, J. G., & Pitcairn, T. K. (2000). Recognition of identity and expression in faces by children with Down syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 105, 466-479.
- Yirmiya, N., Solomonica-Levi, D., Shulman, C., & Pilowsky, T. (1996). Theory of mind abilities in individuals with autism, Down syndrome and mental retardation of unknown etiology : the role of age and intelligence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(8), 1003-1014.

Zelazo, P. D., Burack, J. A., Benedetto, E., & Frye, D. (1995). Theory of mind and rule use in individuals with Down's syndrome : a test of the uniqueness and specificity claims. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(4), 479-484.

## **8. ANNEXES**

1. Tache de résolution sociale (TRS) : grille de passation
2. Tache de résolution sociale (TRS) : exemples d'items
3. Developmental Behaviour Checklist (DBC-A)
4. Reiss Screen for Maladaptive Behavior (RSMB)
5. L'échelle de vocabulaire en images Peabody version révisée (EVIP-R) : exemple d'item
6. Matrices progressives colorées (MPC) : exemple d'item
7. Corrélations entre le score globale de la tâche de résolution sociale et les sous échelles du DBC-A pour le groupe SD
8. Corrélations entre le score globale de la tâche de résolution sociale et les sous échelles du DBC-A pour le groupe DI
9. Comparaisons entre SD et DI (t-Student) par rapport aux niveaux de représentation de la règle sociale (score de raisonnement de la TRS)
10. Corrélations entre les scores (globale, jugement, identification, raisonnement) de la tâche de résolution sociale, les matrices progressives colorées et l'échelle de vocabulaire en images Peabody pour le groupe SD
11. Corrélations entre les scores (globale, jugement, identification, raisonnement) de la tâche de résolution sociale, les matrices progressives colorées et l'échelle de vocabulaire en images Peabody pour le groupe DI
12. Comparaisons entre SD et DI (t-Student) à la tâche de résolution sociale
13. Comparaisons entre SD et enfants tout venant (t-Student) à la tâche de résolution sociale
14. Box-plots pour les groupes SD et DI concernant le score globale de la tâche de résolution sociale

## 8.1. Tache de résolution sociale (TRS) : grille de passation

### Tâche de Résolution Sociale : grille de passation

Prénom et nom : .....

Date : .....

Age : .....

Examineur : .....

Items	Comportement cible	Réponse attendue	Question 1 Jugement du comportement cible <sup>1</sup>	Question 2 Identification du comportement cible	Question 3 Explication du comportement IC	Réponse à la question 3, commentaire de l'examineur
Essai. Livre	Aider/assister autrui	Correct (C) (conv.)				
1. Cheveux	Agresser/faire mal à l'autre	Incorrect (IC) (morale)	/2	/1	/7	
2. Passage à piétons	Aider/assister autrui	Correct (C) (morale)	/2	/1		
3. Lampadaire	Démolir la propriété d'autrui	Incorrect (IC) (conv.)	/2	/1	/7	
4. Siège de bus	Renoncer, céder quelque chose	Correct (C) (conv.)	/2	/1		
5. Sieste	Déranger	Incorrect (IC) (conv.)	/2	/1	/7	
6. Pop corns	Ne pas partager	Incorrect (IC) (morale)	/2	/1	/7	
7. Vaisselle	Coopérer	Correct (C) (conv.)	/2	/1		

<sup>1</sup> Les trois questions à poser sont indiquées au verso.

Items	Comportement cible	Réponse attendue	Question 1 Jugement du comportement cible <sup>2</sup>	Question 2 Identification du comportement cible	Question 3 Explication du comportement IC	Réponse à la question 3 Remarques de l'examineur
8. File d'attente	Ne pas respecter le tour de rôle	Incorrect (IC) (conv.)	/2	/1	/7	
9. Bouc	Se moquer	Incorrect (IC) (morale)	/2	/1	/7	
10. Gâteau	Partager	Correct (C) (conv.)	/2	/1		
11. Vol	Voler	Incorrect (IC) (morale)	/2	/1	/7	
12. Mouchoirs	Aider/assister autrui	Correct (C) (conv.)	/2	/1		
13. Ballon	S'en prendre à un plus faible	Incorrect (IC) (morale)	/2	/1	/7	
14. Sac de dame	Faire preuve d'indiscrétion/de curiosité	Incorrect (IC) (conv.)	/2	/1	/7	
Score total :			/28	/14	/63	Score final / 105

Question 1 « C'est quelque chose qui est bien ou qui n'est pas bien ? »

Question 2 « Tu peux me montrer ce quoi est bien / pas bien sur cette image ? »

Question 3 « Pourquoi ce n'est pas bien ? »

Remarques : .....

.....

.....

<sup>2</sup> Les trois questions à poser sont indiquées au verso.

## 8.2. Tache de résolution sociale (TRS) : exemples d'items



**Approprié**



**Inapproprié**



**Inapproprié**



**Inapproprié**

### 8.3. Developmental Behaviour Checklist (DBC-A)

#### Checklist des comportements-problèmes pour adultes (DBC-A)

Certaines personnes avec une arriération mentale ont des problèmes émotionnels ou comportementaux. Ces problèmes peuvent parfois être problématiques pour leurs intervenants.

En remplissant ce questionnaire, vous nous aiderez à mieux comprendre ces problèmes et à anticiper la réaction des personnes en question à une aide.

**Personne évaluée:**

**Date de naissance/âge :** \_\_\_\_\_

**Sexe :** \_\_\_\_\_

**Qualité du (de la) répondant(e) :** \_\_\_\_\_

**Relation avec la personne évaluée:** \_\_\_\_\_

**Date questionnaire rempli :** \_\_\_\_\_

**Est-ce que la personne: (SVP cochez)**

est incapable de voir / d'entendre

est incapable de parler / parle très peu

est incapable d'utiliser ses bras / ses jambes

présente une autre condition médicale sérieuse

**Donnez des précisions :** \_\_\_\_\_

**Que fait-il (elle) le mieux?**

**Qu'est-ce que les autres personnes aiment en lui (elle)?**

**Quelles sont ses activités préférées?**

**A votre avis, y a-t-il quelque chose qu'il (elle) fait mieux que les autres?**

Outre les retards de développement, avez-vous cherché de l'aide pour les problèmes émotionnels ou comportementaux de la personne dont vous vous occupez ?

Oui  Non

**Dans l'affirmative, auprès de qui?**

**Suite du questionnaire →**

Réservé à l'administration

N° de code : \_\_\_\_\_

**Niveau de développement** (entourez d'un cercle une seule réponse)

Profond Sévère Modéré Léger Inconnu **Personne à contacter :** \_\_\_\_\_

	TBPS	Sous-échelles					
		①	②	③	④	⑤	⑥
Page 2							
Page 3							
Page 4							
Total							

Items ©Stewart L. Einfeld, Bruce J. Tonge, Caroline Mohr, 2003  
Instructions ©1981 T.M. Achenbach. Modifié avec la permission de l'auteur.

Sous-échelles révisées  
2009

Il est possible que beaucoup de comportements énumérés ci-dessous ne s'appliquent pas à la personne dont vous vous occupez. Pour chaque item applicable à la personne, actuellement ou au cours des six derniers mois, entourez d'un cercle le **2** si l'item est **très vrai** ou **souvent vrai**. Entourez d'un cercle le **1** si l'item est **assez vrai** ou **parfois vrai** en ce qui concerne la personne dont vous vous occupez. Si l'item n'est **pas vrai** en ce qui concerne la personne dont vous vous occupez., entourez d'un cercle le **0**.

**0 = pas vrai à votre connaissance 1 = assez ou parfois vrai 2 = très vrai ou souvent vrai**

Si la personne est incapable d'effectuer un item, entourez d'un cercle le **0**. Par exemple, si la personne ne parle pas, encerclez le **0** pour l'item «Parle trop ou trop vite».

**Soulignez tout item qui vous inquiète particulièrement.**

Réservé à l'admin.	Entourez d'un cercle			
1①⑥	0	1	2	Se semble déprimé(e), abattu(e) ou malheureux (se).
2	0	1	2	Évite les échanges de regards. Ne vous regarde pas dans les yeux.
3⑤	0	1	2	Distant(e), isolé(e) dans son monde à lui (elle).
4①	0	1	2	Grossier(ère). Peste contre les autres.
5⑤	0	1	2	Dispose les objets ou exécute ses routines selon un ordre strict. Donnez des précisions:
6②	0	1	2	Se cogne la tête.
7①②	0	1	2	Deviens surexcité(e).
8②	0	1	2	Mord les autres.
9	0	1	2	Discours/propos bizarres. Donnez des précisions:
10	0	1	2	Incapable de se livrer à une activité soutenue, temps de concentration court.
11②	0	1	2	Mâche ou met en bouche des objets ou des parties du corps.
12①	0	1	2	Pleure facilement sans raison ou pour de petits bouleversements.
13	0	1	2	Se bouche les oreilles ou est angoissé(e) par certains sons. Donnez des précisions:
14③	0	1	2	Confond les pronoms, par exemple, dit «tu» au lieu de «je».
15	0	1	2	Se sauve exprès.
16	0	1	2	Sujet(te) à des crises de délire : croit fermement ou s'imagine des choses qui ne peuvent pas être vraies. Donnez des précisions:
17	0	1	2	Angoissé(e) quand on le (la) laisse seul(e)
18	0	1	2	Ne montre pas d'affection.
19②	0	1	2	Ne réagit pas aux sentiments des autres, par exemple, ne manifeste aucun sentiment si un ami(e) proche ou un membre de la famille pleure.
20③	0	1	2	Se laisse facilement distraire de ses tâches, par exemple, par des bruits.
21③	0	1	2	Facilement entraîné(e) par les autres dans des situations problématiques.
22②	0	1	2	Mange des choses non comestibles, par exemple, terre, herbe, savon.
23	0	1	2	Extrêmement angoissé(e) quand on le (la) sépare d'une personne bien connue.
24	0	1	2	A peur de certaines choses ou situations, par ex., le noir, les insectes ou les foules. Donnez des précisions:
25②	0	1	2	Tics faciaux ou grimaces.
26②	0	1	2	Tapote, tripote et tortille sans cesse les objets.
27	0	1	2	Difficile sur la nourriture ou a des engouements passagers pour certains aliments.
28②	0	1	2	Se gave de nourriture. Fait n'importe quoi pour trouver quelque chose à manger, par exemple, cherche dans les poubelles ou vole de la nourriture.
29	0	1	2	Obsédé(e) par une idée ou une activité. Donnez des précisions :
30②	0	1	2	Grince des dents.

**Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions.**

**Suite du questionnaire →**

Réservé à l'administration

**TBPS**

--

Sous-échelles

①	②	③	④	⑤	⑥

0 = pas vrai à votre connaissance 1 = assez ou parfois vrai 2 = très vrai ou souvent vrai  
Soulignez tout item qui vous inquiète particulièrement.

Réservé à l'admin.				Entourez d'un cercle
31⑥	0	1	2	Est devenu(e) confus(e) ou oublieux(se).
32⑥	0	1	2	Est devenu davantage replié sur lui(elle)-même.
33④	0	1	2	A des cauchemars, des terreurs nocturnes ou des crises de somnambulisme.
34①	0	1	2	Pique des crises de colère, par exemple, tape du pied, claque les portes.
35④	0	1	2	Cache des choses.
36②	0	1	2	Se frappe, se mord ou se blesse.
37②	0	1	2	Fredonne, gémit, grogne, pousse des cris aigus ou fait d'autres bruits non verbaux.
38①	0	1	2	Impatient(e).
39④	0	1	2	Se livre à des activités sexuelles inconvenantes avec les autres.
40	0	1	2	Augmentation de l'appétit.
41	0	1	2	Impulsif(ve), agit sans réfléchir.
42①	0	1	2	Irritable.
43①	0	1	2	Jaloux(se).
44②	0	1	2	Donne des coups de pied aux autres, frappe ou blesse les autres.
45	0	1	2	Manque de confiance en soi, a une basse opinion de lui (d'elle)-même.
46②	0	1	2	Rit ou ricane sans raison apparente.
47④	0	1	2	Allume des feux.
48②	0	1	2	Aime tenir ou jouer avec des objets inhabituels, comme une ficelle, des brindilles; excessivement fasciné(e) par certaines choses, l'eau par exemple. Donnez des précisions:
49⑥	0	1	2	Perte d'appétit.
50⑥	0	1	2	Perte de plaisir ou d'intérêt pour les activités habituelles.
51⑥	0	1	2	Perte de compétences à prendre soin de soi.
52④	0	1	2	Fait des déclarations sombres.
53④	0	1	2	Se masturbe ou s'exhibe en public.
54⑥	0	1	2	Changements d'humeur soudains, sans raison apparente.
55⑥	0	1	2	Se déplace lentement, léthargique, ne fait pas grand-chose, par exemple, ne fait que rester assis(e) et regarder les autres.
56②	0	1	2	Bruyant(e) ou turbulent(e).
57⑥	0	1	2	Ne communique pas autant que d'habitude.
58②③	0	1	2	Hyperactif(ve), agité(e), incapable de se tenir tranquille.
59③	0	1	2	Débordant(e) d'affection.
60	0	1	2	Respire très rapidement, vomit, souffre de maux de tête ou se plaint d'être malade sans cause physique.
61①	0	1	2	Cherche trop à attirer l'attention.
62	0	1	2	Intérêt excessif pour les choses mécaniques qu'il (elle) regarde, écoute ou démonte, par exemple, tondeuse à gazon, aspirateur.
63④	0	1	2	Panique. Sue, rougit, tremble.
64④*	0	1	2	Faible sens du danger.
65⑤	0	1	2	Préfère faire les choses tout(e) seul(e). A tendance à être solitaire.
66	0	1	2	Ne manifeste d'intérêt que pour une ou deux choses. Donnez des précisions:
67	0	1	2	Problèmes avec les cigarettes, l'alcool ou la caféine.
68	0	1	2	Problèmes avec la consommation de drogues illégales.
69①	0	1	2	Refuse d'aller à l'école, au centre d'activités ou au lieu de travail.
70②	0	1	2	Mouvements répétés des mains, du corps, de la tête ou du visage, par exemple, battements des mains ou balancements du corps.
71⑤	0	1	2	Résiste d'être cajolé(e), touché(e) ou caressé(e) par les amis proches ou la famille.
72③	0	1	2	Reprend en écho ce que disent les autres.
73	0	1	2	Répète sans cesse le même mot ou la même expression.
74②	0	1	2	Renifle, goûte ou lèche des objets.
75②	0	1	2	Se gratte ou s'écorche la peau.
76②	0	1	2	Crie beaucoup.

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions.  
Suite du questionnaire →

Réservé à l'administration  
**TBPS**

Sous-échelles

①	②	③	④	⑤	⑥
<input type="text"/>					

\* Déduire le score de cet item de la sous-échelle

-4-

0 = pas vrai à votre connaissance 1 = assez ou parfois vrai 2 = très vrai ou souvent vrai

Soulignez tout item qui vous inquiète particulièrement.

Réservé à l'admin.	Entourez d'un cercle			
77	0	1	2	Dort trop peu. Sommeil agité.
78②	0	1	2	Regarde fixement les lumières ou les objets qui tournent.
79⑥	0	1	2	Dort trop ou est excessivement assoupi(e).
80②	0	1	2	Fait ses besoins au dehors de la cuvette bien qu'il (elle) ait appris à être propre. Se barbouille ou joue avec ses matières fécales.
81	0	1	2	Parle en chuchotant, d'une voix aiguë, ou sur des tons ou à des cadences bizarres.
82②	0	1	2	Crache.
83②	0	1	2	Allume et éteint les lumières, fait sans cesse couler l'eau, ou autres actes répétitifs analogues. Donnez des précisions:
84④	0	1	2	Commet des larcins.
85①	0	1	2	Entêté(e), désobéissant(e) ou peu coopératif(ve).
86③	0	1	2	Timide.
87②	0	1	2	Se déshabille ou jette ses vêtements.
88③	0	1	2	Se déclare capable de faire des choses qu'il (elle) est incapable de faire.
89③	0	1	2	Se tient trop près des autres.
90③	0	1	2	Voit, entend des choses qui n'existent pas. A des hallucinations. Donnez des précisions:
91	0	1	2	Parle ou tente de se suicider.
92③	0	1	2	Parle trop ou trop vite.
93③	0	1	2	Parle à lui- (elle-) même ou à des gens ou des objets imaginaires.
94②*③	0	1	2	Dit des mensonges.
95③	0	1	2	N'a pas l'esprit de suite. Idées incohérentes et décousues dont le sens est difficile à suivre.
96①	0	1	2	Tendu(e), inquiet(e), soucieux(se).
97①	0	1	2	Jette ou casse des objets.
98①	0	1	2	Cherche à manipuler ou à provoquer les autres.
99	0	1	2	Ne réagit quasiment pas à la douleur.
100	0	1	2	Heureux(se) ou fou (folle) de joie sans rapport avec la réalité.
101	0	1	2	Mouvement du corps, posture ou façon de marcher bizarre. Donnez des précisions:
102①⑤	0	1	2	Contrarié(e) et angoissé(e) par de petits changements de routine ou de milieu. Donnez des précisions:
103②	0	1	2	Urine au dehors de la cuvette bien qu'il (elle) ait appris à être propre.
104①	0	1	2	Très autoritaire.
105	0	1	2	Va et vient sans but.
106①	0	1	2	Gémit et se plaint beaucoup Veuillez ajouter, le cas échéant, les autres troubles dont souffre la personne qui ne sont pas énumérés ci-dessus.
	0	1	2	_____
	0	1	2	_____
	0	1	2	_____
107	0	1	2	Généralement, en plus des problèmes de développement, croyez vous que la personne a des problèmes émotionnels ou comportementaux? Si non, encerclez le 0. Si la personne présente des problèmes mineurs, encerclez le 1. Si les problèmes sont majeurs, encerclez le 2.

Vérifiez SVP que vous avez répondu à toutes les questions.

Veuillez-vous faire d'autres observations?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MERCI**

Réservé à l'administration

**TBPS**

Sous-échelles

①	②	③	④	⑤	⑥
<input type="text"/>					

\* Déduire le score de cet item de la sous-échelle

#### 8. 4. Reiss Screen for Maladaptative Behavior (RSMB)

### Confidentiel

Veillez fournir les renseignements suivants à propos de la personne que vous évaluez pour des comportements potentiellement problématiques.

1. Nom de la personne évaluée: \_\_\_\_\_

2. Date de l'évaluation: \_\_\_\_\_

3. Établissement (nom, ville, code postal): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Âge: \_\_\_\_\_ 5. Sexe: \_\_\_\_\_ 6. Groupe ethnique: \_\_\_\_\_

7. Veuillez indiquer si la personne évaluée présente une déficience intellectuelle légère, moyenne, sévère ou profonde: \_\_\_\_\_

8. Diagnostic psychiatrique antérieur (s'il y en a): \_\_\_\_\_

9. Votre nom: \_\_\_\_\_

10. Votre numéro de téléphone au travail: (    ) \_\_\_\_\_

**Merci. Veuillez, lire les consignes attentivement.**

## Consignes

L'échelle Reiss de dépistage de comportements problématiques a été conçue pour des adolescents et des adultes qui présentent une déficience intellectuelle. La personne évaluée doit être âgée de 12 ans ou plus. L'échelle est remplie par des éducateurs, des enseignants, des intervenants ou d'autres professionnels qui connaissent assez bien la personne évaluée. L'échelle nécessite environ 20 minutes pour être remplie.

L'échelle comprend une liste de comportements problématiques qui pourraient créer des problèmes dans la vie d'adolescents et d'adultes présentant une déficience intellectuelle. Votre tâche est d'identifier lesquels de ces comportements, s'il y en a, semblent poser des problèmes pour la personne évaluée.

Chacune des catégories de comportements est définie brièvement dans un langage simple. Quelques exemples sont fournis pour chacune des catégories. Ces exemples sont fournis afin de clarifier la définition proposée. Les exemples énumérés pour une catégorie donnée seront rarement tous présents chez une personne. Habituellement, une personne ne présentera qu'un seul ou aucun des exemples énumérés. Si une personne ne présente aucun des exemples énumérés pour une catégorie spécifique, vous devez tout de même évaluer si cette catégorie n'est pas un problème, un problème ou un problème majeur pour cette personne. Plusieurs autres comportements peuvent appartenir à une catégorie même s'ils ne sont pas énumérés comme exemple.

Lisez chacune des définitions attentivement, étudiez les exemples pour vous aider à comprendre la catégorie, puis demandez vous «Présentement, est ce que ce comportement pose (pas un problème, un problème ou un problème majeur) dans la vie de la personne évaluée?»

## ÉCHELLE D'ÉVALUATION

**Pas un problème.** Utilisez cette cote si un des énoncés suivants est vrai:

1. La catégorie de comportements ne s'applique pas à la personne que vous évaluez. Par exemple, la catégorie «mentir» ne s'applique pas à une personne non verbale.
2. La personne que vous évaluez n'émet pas le comportement.
3. Le comportement n'apparaît pas à une fréquence, avec une intensité ou une sévérité suffisante pour être considéré comme un problème actuel dans la vie de la personne évaluée.

**Problème.** Utilisez cette cote si un ou plusieurs des énoncés suivants sont vrais:

1. Le comportement cause un degré significatif d'inconfort ou de souffrance pour la personne évaluée.
2. Le comportement interfère avec le fonctionnement social de la personne.
3. Le comportement interfère avec le fonctionnement de la personne au travail.
4. Le comportement se produit souvent ou avec un degré de sévérité inhabituel.

**Problème majeur.** Utilisez cette cote si un ou plusieurs des énoncés suivants sont vrais:

1. Le comportement cause énormément d'inconfort ou de souffrance pour la personne évaluée.
2. Le comportement se produit à une très haute fréquence ou intensité.
3. Le comportement interfère significativement avec l'adaptation sociale ou avec le fonctionnement de la personne au travail.
4. Le comportement nécessite un placement dans un environnement plus restrictif ou augmente le besoin de supervision.

Exemples: *La tristesse* n'est «pas un problème» lorsqu'elle se produit occasionnellement ou lorsqu'elle est une réaction temporaire à une mauvaise journée ou un à problème mineur; la tristesse est «un problème» lorsqu'elle se produit souvent; la tristesse est «un problème majeur» lorsqu'elle est si sévère qu'elle interfère significativement avec les relations amicales, les activités quotidiennes ou la capacité à fonctionner. *L'agressivité* n'est «pas un problème» lorsqu'elle se produit rarement et qu'elle est une réaction à la provocation; l'agressivité est «un problème» lorsqu'elle mène à de fréquentes bagarres ou qu'elle est la raison pour laquelle les autres n'aiment pas la personne; l'agressivité est un «problème majeur» lorsqu'elle cause une perte d'emploi ou qu'elle influence le placement résidentiel ou scolaire.

**Répondez en encerclant la cote appropriée**

1. **AGRESSIF** Attaque ou menace les autres; les attaques peuvent être de nature physique ou verbale. Exemples: se battre, actes violents, frapper, insulter.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

2. **ANXIEUX** Se sent nerveux ou tendu. Exemples: nerveux, enclin à la panique, tremblant, craintif, inquiet.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

3. **RECHERCHE D'ATTENTION** Tente d'obtenir l'attention des autres de façon excessive ou inappropriée. Exemples: approche les gens de façon répétée à l'intérieur d'un court laps de temps, cherche continuellement l'approbation, comportements dramatiques, flamboyant.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

4. **STRESS CORPOREL** Se plaint de maux et de douleurs. Exemples: maux de tête, maux de ventre, étourdissements, constipation, diarrhée.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

5. **SE PLAINT** A une attitude très critique et négative et tend à trouver les défauts des autres ou des situations. Exemples: trouve des défauts au travail, aux règlements ou aux collègues de travail.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

6. **PENSÉE CONFUSE** Idées ou pensées décousues (peu reliées entre elles). Exemples: pensées sont difficiles à suivre, pensées qui sautent d'un sujet à un autre, désorienté dans le temps ou l'espace.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

7. **ÉPISODES DE PLEURS** Crises périodiques de sanglots incontrôlables. Exemples: pleure facilement ou rapidement, pleure pour des contrariétés mineures.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

8. **DÉLIRES** Croyances fermes qui ne sont pas fondées sur la réalité. Exemples: croit que les autres lui veulent du mal, croit être en contact avec le diable, croit être quelqu'un d'autre.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

9. **DÉPENDANT** Se fie aux autres de façon excessive. Exemples: recherche de l'aide ou des conseils de façon excessive, besoin excessif de compagnie.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

10. **DESTRUCTIF** Endommagement délibéré des biens. Exemples: brise des fenêtres, déchire des livres/du papier, vandalisme.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

11. **ABUS D'ALCOOL/DROGUES** Consommation excessive d'alcool ou de drogues. Exemples: ivresse, consommation de cocaïne, s'adonne à l'héroïne. (Ne pas inclure la consommation de café ou de cigarettes.)

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

12. **PROBLÈMES ALIMENTAIRES** La personne gagne ou perd du poids. Exemples: mange trop, peu d'appétit.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

13. **ÉCHOLALIE** Répète habituellement ce que les autres lui disent. Exemples: lorsque vous dites «Comment vas-tu aujourd'hui, Jean?», Jean répond «Comment vas-tu aujourd'hui, Jean?», lorsque vous dites «J'aime la crème glacée», il dit «J'aime la crème glacée».

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

14. **EUPHORIE** A des poussées soudaines d'énergie qui peuvent durer jusqu'à deux mois. Exemples: a des périodes d'excitation, excessivement joyeux, rit trop, excessivement optimiste, parle rapidement, idées qui passent rapidement d'un sujet à un autre.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

15. **CRAINTIF** A peur de quelque chose au point où le fonctionnement quotidien en est affecté. Exemples: peur d'aller à certains endroits, peur d'essayer de nouvelles activités, peur de plusieurs choses différentes.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

16. **HALLUCINATIONS** Fait l'expérience de choses qui ne sont pas réellement là. Exemples: entend des voix, entend des sons, a des visions, des sensations corporelles étranges.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

17. **HOSTILE** Éprouve de la colère ou exprime de la colère d'une façon inappropriée pour la situation. Exemples: se fâche facilement, argumente beaucoup avec les autres.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

18. **IMPULSIF** Agit sans penser. Exemples: ses demandes doivent être répondues immédiatement, réagit sans tenir compte des conséquences de ses comportements.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

19. **INATTENTIF** Prête peu d'attention aux personnes et aux événements qui l'entourent. Exemples: prête peu d'attention lorsqu'on lui parle, «dans la lune», préoccupé.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

20. **PEU D'ÉNERGIE** Manque d'énergie pour les activités quotidiennes. Exemples: trop fatigué pour participer aux événements quotidiens, bouge lentement, manque d'initiative.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

21. **NE S'AFFIRME PAS** Ne parvient pas à exprimer ses opinions et ses préférences. Exemples: laisse les autres décider, ne demande pas d'aide ou d'information, cède devant les demandes des autres, laisse les autres prendre avantage sur lui.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

22. **ATTACHEMENT À UN OBJET** Attachement fort et persistant à un objet particulier. Exemples: veut souvent tenir une balle, aime transporter un porte-clés partout où il va et devient perturbé lorsqu'on ne peut le trouver.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

23. **HYPERACTIF** Mouvements excessifs au point où la personne éprouve de la difficulté à tenir en place. Exemples: semble être constamment en mouvement, mouvements physiques excessifs.

Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

24. **HYPERSENSIBLE** Réactions excessives ou inappropriées face à la critique. Exemples: réagit à l'échec en pleurant, se retire lorsque critiqué, abandonne facilement.

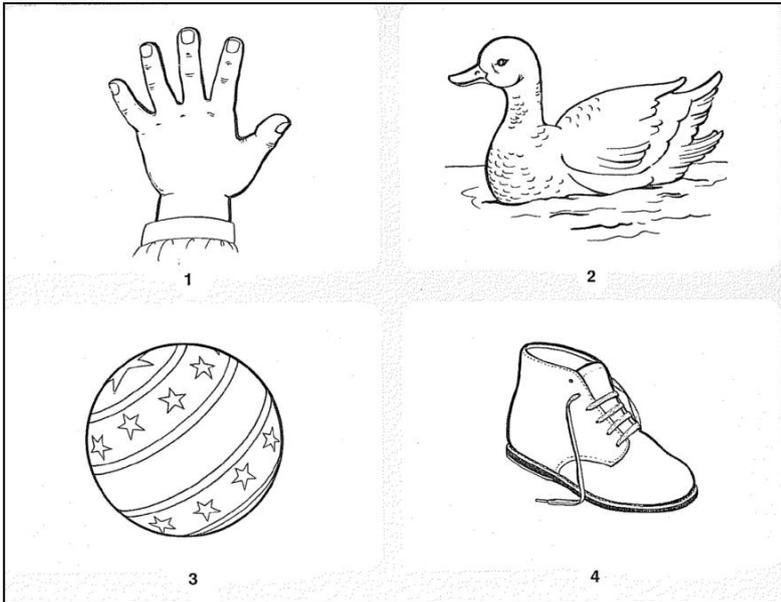
Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

25. **PARANOÏA** Méfiance excessive et soupçons envers les autres. Exemples: prend rapidement pour acquis que les autres ont de mauvaises intentions, tend à blâmer les autres pour ses propres fautes, pense être injustement traité.

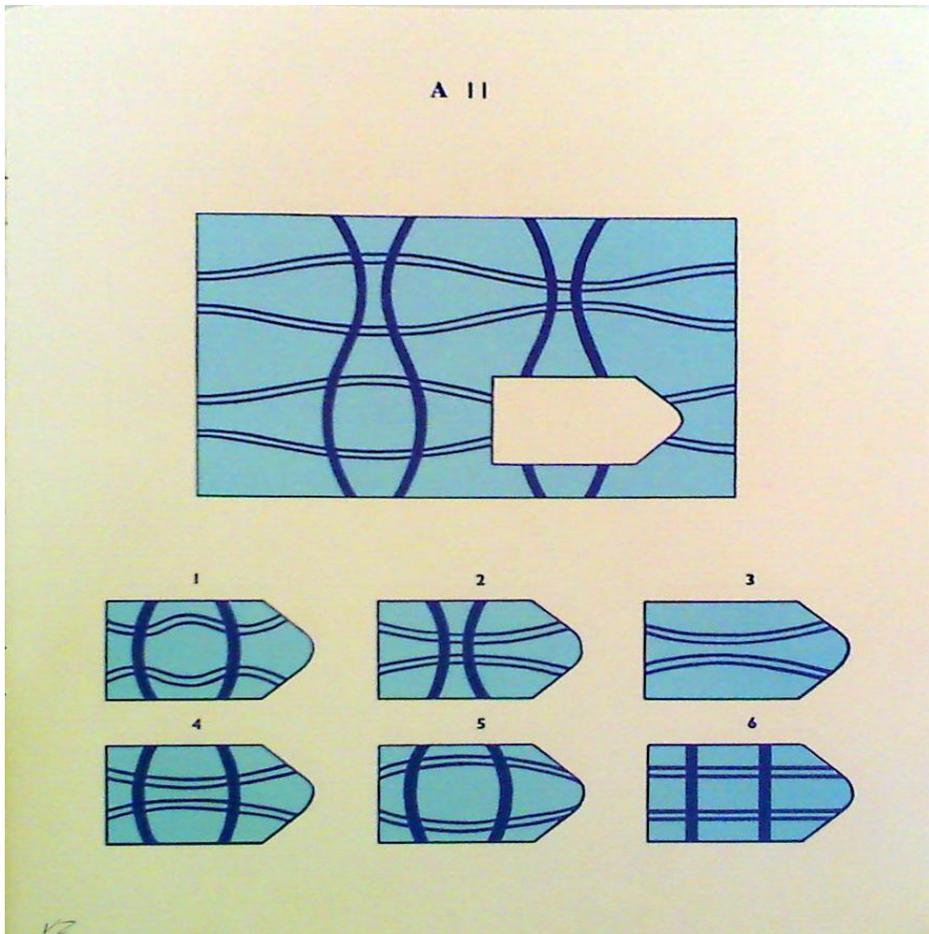
Pas un problème                      Problème                      Problème majeur

- |  |   |
|--|---|
| <p>26. <b>COMPORTEMENT RÉGRESSIF</b> Une détérioration notable sur le plan des habiletés de soins personnels quotidiens. Exemples: une personne qui se lavait néglige maintenant de le faire, habitudes personnelles détériorées, apparence négligée ou ne se rase plus (lorsque ceci représente une détérioration comportementale).</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p> | <p>32. <b>INADÉQUATIONS SOCIALES</b> A de la difficulté à interagir avec ses pairs de façon appropriée et satisfaisante. Exemples: n'a pas d'amis, tend à ne pas être aimé, insensible aux sentiments des autres.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p>                             |
| <p>27. <b>TRISTESSE</b> Se sent malheureux pendant des périodes de temps significatives. Exemples: ne réussit pas à s'ajuster à la mort, au rejet ou à une perte significative.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p>  | <p>33. <b>VOLS</b> Prend des biens qui appartiennent aux autres. Exemples: prend les possessions de son colocataire, vol à l'étalage, vol de sac à main.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p>  |
| <p>28. <b>AUTOMUTILATION</b> Se blesse intentionnellement le corps de façon répétitive. Exemples: se mord le bras, se frappe de façon répétitive, coups répétés à la tête.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p>   | <p>34. <b>TENDANCES SUICIDAIRES</b> Pense sérieusement à se tuer. Exemples: dit qu'il aimerait mourir, menace de prendre une surdose de pilules, se coupe les veines, essaie de se faire frapper par des voitures.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p>                            |
| <p>29. <b>COMPORTEMENT D'AUTO-STIMULATION</b> Mouvements répétitifs qui sont effectués fréquemment et qui semblent être non fonctionnels. Exemples: se bercer le corps, faire tourner des objets, se balancer la tête.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p>   | <p>35. <b>CRISES DE COLÈRE</b> Accès de colère lorsque frustré ou déçu. Exemples: crie et hurle lorsque les autres ne cèdent pas à ses demandes, a des crises lorsqu'on lui demande quelque chose qu'il ne veut pas faire.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p>                    |
| <p>30. <b>PROBLÈMES SEXUELS</b> Soit une perturbation du fonctionnement sexuel ou soit des tentatives répétées d'exécuter des actes sexuels qui sont désapprouvés socialement. Exemples: fait des avances sexuelles inappropriées, se masturbe en public, problèmes conjugaux reliés à la sexualité.</p> <p>Pas un Problème                      Problème                      Problème majeur</p>                                 | <p>36. <b>FATIGUE</b> Manque de motivation pour accomplir les activités de la vie quotidienne. Exemples: amorphe, inactif, se fatigue facilement.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p>   |
| <p>31. <b>TROUBLES DE SOMMEIL</b> Perturbation des habitudes de sommeil. Exemples: ne dort pas assez, dort trop, a de la difficulté à s'endormir, se réveille trop tôt.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p>  | <p>37. <b>MOUVEMENTS MOTEURS INHABITUELS</b> Mouvements répétitifs au-delà du contrôle de la personne. Exemples: cligne beaucoup des yeux, mouvements moteurs étranges, haussement d'épaules fréquent, battements des mains, grogne beaucoup.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p> |
|  | <p>38. <b>RETIRÉ</b> Évite le contact personnel avec les autres. Exemples: excessivement timide, ne participe pas à des activités de groupe, préfère être seul, isolé socialement.</p> <p>Pas un problème                      Problème                      Problème majeur</p>  |

8. 5. L'échelle de vocabulaire en images Peabody version révisée (EVIP-R) : exemple d'item



8. 6. Matrices progressives colorées (MPC) : exemple d'item



8. 7. Corrélations entre le score globale de la tâche de résolution sociale et les sous échelles du DBC-A pour le groupe SD

**Correlations**

		TRS Score global	DBC-A Disruptive	DBC-A Selfabsorbed	DBC-A Communication	DBC-A Anxiety	DBC-A Socialrelating	DBC-A Depression
TRS Score global	Pearson Correlation	1	-,272	-,314	-,237	,289	-,186	-,310
	Sig. (2-tailed)		,247	,177	,314	,217	,431	,183
	N	21	20	20	20	20	20	20
DBC-A Disruptive	Pearson Correlation	-,272	1	-,106	,730**	,494*	-,063	,257
	Sig. (2-tailed)	,247		,657	,000	,027	,791	,274
	N	20	20	20	20	20	20	20
DBC-A Selfabsorbed	Pearson Correlation	-,314	-,106	1	,058	-,344	,270	-,133
	Sig. (2-tailed)	,177	,657		,809	,138	,250	,577
	N	20	20	20	20	20	20	20
DBC-A Communication	Pearson Correlation	-,237	,730**	,058	1	,385	-,300	,267
	Sig. (2-tailed)	,314	,000	,809		,094	,199	,255
	N	20	20	20	20	20	20	20
DBC-A Anxiety	Pearson Correlation	,289	,494*	-,344	,385	1	-,031	,010
	Sig. (2-tailed)	,217	,027	,138	,094		,896	,967
	N	20	20	20	20	20	20	20
DBC-A Socialrelating	Pearson Correlation	-,186	-,063	,270	-,300	-,031	1	-,169
	Sig. (2-tailed)	,431	,791	,250	,199	,896		,476
	N	20	20	20	20	20	20	20
DBC-A Depression	Pearson Correlation	-,310	,257	-,133	,267	,010	-,169	1
	Sig. (2-tailed)	,183	,274	,577	,255	,967	,476	
	N	20	20	20	20	20	20	20

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

8. 8. Corrélations entre le score globale de la tâche de résolution sociale et les sous échelles du DBC-A pour le groupe DI

**Correlations**

		TRS Score global	DBC-A Disruptive	DBC-A Selfabsorbed	DBC-A Communication	DBC-A Anxiety	DBC-A Socialrelating	DBC-A Depression
TRS Score global	Pearson Correlation	1	-,256	-,223	-,084	,269	-,313	,200
	Sig. (2-tailed)		,263	,330	,717	,239	,167	,385
	N	21	21	21	21	21	21	21
DBC-A Disruptive	Pearson Correlation	-,256	1	,456*	,238	,290	,193	,134
	Sig. (2-tailed)	,263		,038	,298	,203	,401	,562
	N	21	21	21	21	21	21	21
DBC-A Selfabsorbed	Pearson Correlation	-,223	,456*	1	,277	-,198	,105	-,007
	Sig. (2-tailed)	,330	,038		,224	,389	,652	,974
	N	21	21	21	21	21	21	21
DBC-A Communication	Pearson Correlation	-,084	,238	,277	1	-,184	,041	,067
	Sig. (2-tailed)	,717	,298	,224		,424	,858	,773
	N	21	21	21	21	21	21	21
DBC-A Anxiety	Pearson Correlation	,269	,290	-,198	-,184	1	-,128	,167
	Sig. (2-tailed)	,239	,203	,389	,424		,580	,469
	N	21	21	21	21	21	21	21
DBC-A Socialrelating	Pearson Correlation	-,313	,193	,105	,041	-,128	1	,219
	Sig. (2-tailed)	,167	,401	,652	,858	,580		,340
	N	21	21	21	21	21	21	21
DBC-A Depression	Pearson Correlation	,200	,134	-,007	,067	,167	,219	1
	Sig. (2-tailed)	,385	,562	,974	,773	,469	,340	
	N	21	21	21	21	21	21	21

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

8. 9. Comparaisons entre SD et DI (t-Student) par rapport aux niveaux de représentation de la règle sociale (score de raisonnement de la TRS)

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
TRS- Niv.0 assumed	3,466	,070	-,308	40	,759	-,23810	,77210	-1,79858	1,32239	
Equal variances not assumed			-,308	36,287	,760	-,23810	,77210	-1,80357	1,32738	
TRS- Niv.1 assumed	,377	,542	-,292	40	,771	-,14286	,48841	-1,12998	,84427	
Equal variances not assumed			-,292	39,583	,771	-,14286	,48841	-1,13030	,84459	
TRS- Niv.2 assumed	1,124	,295	,496	40	,623	,33333	,67192	-1,02466	1,69133	
Equal variances not assumed			,496	37,400	,623	,33333	,67192	-1,02761	1,69428	
TRS- Niv.3 assumed	,382	,540	,222	40	,825	,09524	,42884	-,77147	,96195	
Equal variances not assumed			,222	29,975	,826	,09524	,42884	-,78059	,97107	

8. 10. Corrélations entre les scores (globale, jugement, identification, raisonnement) de la tâche de résolution sociale, les matrices progressives colorées et l'échelle de vocabulaire en images Peabody pour le groupe SD

**Correlations**

		TRS Score global	TRS Score total jugement	TRS Score total identification	TRS Score règle sociale	RAVEN brut	EVIP-R brut
TRS Score global	Pearson Correlation	1	,868**	,814**	,967**	-,230	,421
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,317	,057
	N	21	21	21	21	21	21
TRS Score total jugement	Pearson Correlation	,868**	1	,767**	,724**	-,262	,397
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,251	,075
	N	21	21	21	21	21	21
TRS Score total identification	Pearson Correlation	,814**	,767**	1	,696**	,078	,472*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,738	,031
	N	21	21	21	21	21	21
TRS Score règle sociale	Pearson Correlation	,967**	,724**	,696**	1	-,246	,370
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,283	,099
	N	21	21	21	21	21	21
RAVEN brut	Pearson Correlation	-,230	-,262	,078	-,246	1	,111
	Sig. (2-tailed)	,317	,251	,738	,283		,631
	N	21	21	21	21	21	21
EVIP-R brut	Pearson Correlation	,421	,397	,472*	,370	,111	1
	Sig. (2-tailed)	,057	,075	,031	,099	,631	
	N	21	21	21	21	21	21

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

8. 11. Corrélations entre les scores (globale, jugement, identification, raisonnement) de la tâche de résolution sociale, les matrices progressives colorées et l'échelle de vocabulaire en images Peabody pour le groupe DI

**Correlations**

		TRS Score global	TRS Score total jugement	TRS Score total identification	TRS Score règle sociale	RAVEN brut	EVIP-R brut
TRS Score global	Pearson Correlation	1	,716**	,917**	,958**	,384	,763**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,086	,000
	N	21	21	21	21	21	21
TRS Score total jugement	Pearson Correlation	,716**	1	,861**	,520*	,462*	,545*
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,016	,035	,011
	N	21	21	21	21	21	21
TRS Score total identification	Pearson Correlation	,917**	,861**	1	,771**	,521*	,746**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,015	,000
	N	21	21	21	21	21	21
TRS Score règle sociale	Pearson Correlation	,958**	,520*	,771**	1	,264	,704**
	Sig. (2-tailed)	,000	,016	,000		,248	,000
	N	21	21	21	21	21	21
RAVEN brut	Pearson Correlation	,384	,462*	,521*	,264	1	,398
	Sig. (2-tailed)	,086	,035	,015	,248		,074
	N	21	21	21	21	21	21
EVIP-R brut	Pearson Correlation	,763**	,545*	,746**	,704**	,398	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,011	,000	,000	,074	
	N	21	21	21	21	21	21

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

8.12. Comparaisons entre SD et DI (t-Student) à la tâche de résolution sociale

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Score global	Equal variances assumed	1,797	,188	-,400	40	,692	-2,667	6,673	-16,154	10,821
	Equal variances not assumed			-,400	38,498	,692	-2,667	6,673	-16,171	10,837
Score total jugement	Equal variances assumed	1,111	,298	-,178	40	,860	-,333	1,872	-4,116	3,449
	Equal variances not assumed			-,178	38,728	,860	-,333	1,872	-4,120	3,453
Score total identification	Equal variances assumed	5,075	,030	1,395	40	,171	1,429	1,024	-,641	3,499
	Equal variances not assumed			1,395	33,391	,172	1,429	1,024	-,654	3,511
Score règle sociale	Equal variances assumed	1,250	,270	-,726	40	,472	-3,095	4,261	-11,707	5,517
	Equal variances not assumed			-,726	39,528	,472	-3,095	4,261	-11,711	5,520

8.13. Comparaisons entre SD et enfants tout venant (t-Student) à la tâche de résolution sociale

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Score global	Equal variances assumed	,230	,634	-4,733	40	,000	-27,857	5,886	-39,754	-15,961
	Equal variances not assumed			-4,733	39,960	,000	-27,857	5,886	-39,754	-15,960
Score total jugement	Equal variances assumed	6,694	,013	-3,786	40	,001	-5,143	1,358	-7,888	-2,398
	Equal variances not assumed			-3,786	30,592	,001	-5,143	1,358	-7,915	-2,371
Score total identification	Equal variances assumed	,003	,956	-,555	40	,582	-,429	,773	-1,991	1,133
	Equal variances not assumed			-,555	39,975	,582	-,429	,773	-1,991	1,133
Score règle sociale	Equal variances assumed	1,720	,197	-5,093	40	,000	-22,317	4,382	-31,174	-13,461
	Equal variances not assumed			-5,093	39,030	,000	-22,317	4,382	-31,180	-13,454

### 8. 14. Box-plots pour les groupes SD et DI concernant le score global de la tâche de résolution sociale

