

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PORTRAIT DE L'ADAPTATION DES JEUNES ENFANTS
EN FAMILLE D'ACCUEIL ET EN BANQUE MIXTE AU QUÉBEC

ESSAI DOCTORAL
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PSY.D)

PAR
MARLÈNE LEMIEUX

18 MARS 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

Parce que l'enfant en nous n'est jamais bien loin

Dans les grandes villes ou les petits villages

Devant nous défilent de jolis paysages

Ma famille à moi c'est celle que j'ai choisie

Car on a besoin d'affection dans la vie

Je suis sans famille et je m'appelle Rémi

Et je me balade avec tous mes amis

Ma famille à moi c'est celle que j'ai choisie

Car on a besoin d'affection dans la vie

Jean Renard

REMERCIEMENTS

La fin de ce chemin de croix qu'est le doctorat est arrivée pour moi. Ce document représente le fruit de sept ans d'études doctorales. En vous offrant cet essai, je tiens à prendre le temps de remercier tous ceux qui m'ont accompagnée jusqu'ici et m'ont permis d'être celle que je suis aujourd'hui. Dans le monde universitaire, ma directrice de recherche, Ellen Moss, a été sans contredit un guide bienveillant et supportant qui m'a permis de me rendre au bout de mon doctorat. Elle a su quand j'avais besoin d'écoute, d'encadrement ou d'encouragement et surtout, elle a cru en moi du début à la fin. Elle gardera toujours une place toute spéciale en mon cœur. Autour d'elle, dans notre laboratoire, différents étudiants et étudiantes ont croisé mon chemin. Merci à chacun de vous. Une pensée toute spéciale à mon amie et « Onesan » Dominique Pallanca et à Dominique Duchesne, avec qui j'ai travaillé sur le projet familles d'accueil, à Marie-Eve Pomerleau-Laroche et à Catherine Vandal, avec qui j'ai partagé le temps de mes derniers miles, à Chantal Mongeau et à Katherine Pascuzzo, qui ont si bien coordonné tant de détails, et à Pierre Thibaudeau, « mon grand frère de labo ».

Merci aussi à mes correcteurs, Madame Ghayda Hassan de l'Université du Québec à Montréal et Monsieur Réjean Tessier de l'Université Laval. Ils ont pris le temps de lire mon essai avec attention et de relever à la fois ses forces et les points à améliorer, sachant de par leurs questions pousser plus loin ma réflexion et me préparer adéquatement au partage de mes résultats. Merci beaucoup.

Si je suis celle que je suis aujourd'hui, c'est d'abord et avant tout parce que j'ai eu des parents aimants, Lyse et Kenneth, qui ont cru en moi et qui m'ont montré la pertinence de mettre les efforts nécessaires dans la vie, pour foncer jusqu'au bout de mes rêves. C'est grâce à eux, à leur éducation chaleureuse et humaine, à la base de sécurité qu'ils m'ont offerte pour explorer le monde, que j'ai cru en moi et que j'ai pu me rendre jusqu'ici. Merci pour tout ce que vous m'avez offert et fait découvrir de la vie. Merci aussi à mon frère Simon-Pierre, avec qui j'ai grandi et qui a toujours été à mes côtés pour m'encourager et croire en moi. Nous avons chacun fait notre chemin dans la vie et je suis fière de nous deux. Merci à vous trois, maman, papa et frérot ; votre amour est un trésor inestimable.

De façon plus large, le concept de la famille et de l'accueil est au centre de cet essai. Je tiens ici à remercier chacun des membres de la famille Lemieux et de la famille

Masse, mes grands-parents, oncles, tantes, cousins et cousines, et aussi mon parrain, ma marraine et mes « presque cousins », ainsi que la famille de mon amoureux qui m'a accueillie comme une des leurs. Votre amour à tous m'est précieux. Une pensée toute spéciale à ma grand-maman Lemieux, à qui j'aurais tant aimé pouvoir raconter la journée de ma soutenance.

J'ai aussi la chance de partager l'amitié de plusieurs personnes magnifiques. Mes amies du secondaire, vous qui m'avez accompagnée depuis si longtemps ; Vicky, Marie, Dora. Les amies du baccalauréat et du doctorat, avec qui j'ai partagé les peines, les joies et les efforts de ce long parcours ; Emilie, Léonie, Nathalie ; la gang du bout du corridor, Emilie, Émilie, Johanna et Alex ; Geneviève et François de l'HMR et tous les autres de l'UQÀM ; Marie-France, Marie-Hélène, Mélissa, Anouk et j'en passe. Mes amis du camp qui m'avez soutenue de loin ; Lou, Éric, Ariane, Jude, Alex ; mes amis de partout, Dom, Cathy, Yannick, Sophie et la gang d'Ottawa, et tous les autres. Merci d'avoir été là pour moi.

Fidèle à moi-même, je garde le meilleur pour la fin. De tout mon cœur, de tout mon être, merci à mon amoureux Jean-François pour tout ce qu'il a fait pour moi. Tu as su être présent, m'épauler, m'encourager même quand je n'y croyais plus, m'endurer dans des moments difficiles, me donner des coups de main avec ta compétence de prof et surtout des grandes bordées d'amour et de confiance avec toute ta compétence de chum. C'était ce dont j'avais besoin et tu le savais. Je t'aime.

À vous tous, merci. C'est grâce à vous que je me suis rendue jusqu'au bout de l'aventure doctorale. Merci de m'avoir accompagnée, chacun à votre façon, dans ce chemin. Il y a donc un peu de vous tous dans le document que vous vous apprêtez à lire. Bonne lecture !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	ix
LISTE DES SYMBOLES.....	x
RÉSUMÉ.....	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE	3
1.1. Cadre historique du placement d'enfants.....	3
1.2. Études sur les effets de la séparation mère-enfant.....	6
1.3. Théorie de l'attachement.....	7
1.4. Maltraitance et développement du cerveau.....	9
1.5. Trajectoires de pré-placement et de placement des enfants d'accueil.....	12
1.5.1. Type de placement.....	13
1.5.1.1. Études sur l'adaptation des enfants en fonction du type de placement... 13	
1.5.1.2. Types de placements au Québec.....	15
1.5.2. Durée de placement.....	16
1.5.2.1 Pertinence de s'intéresser aux liens entre durée de placement et adaptation.....	16
1.5.2.2. Durée de placement et développement.....	17
1.5.2.3. Durée de placement, âge au placement et attachement.....	18
1.5.3. Instabilité de placement.....	20
1.5.3.1. Instabilité de placement et troubles de comportement.....	20
1.5.3.2. Instabilité de placement et développement et attachement.....	22
1.5.4. Indice de risques cumulés.....	23
1.5.4.1. Risques individuels et cumulés.....	23
1.5.4.2. Indice de risques cumulés : quoi inclure.....	26
1.5.5. Résumé : trajectoires de placement et pré-placement et adaptation.....	27
1.6. Objectifs et hypothèses.....	28
CHAPITRE II	
MÉTHODOLOGIE.....	31
2.1. Participants.....	31

2.2. Procédure.....	33
2.3. Mesures.....	36
2.3.1. Données sociodémographiques.....	36
2.3.2. Histoire de placement.....	36
2.3.3. Indice de risque.....	36
2.3.4. Scores de développement.....	38
2.3.5. Sécurité de l'attachement.....	40
2.4. Calculs de la puissance.....	42
CHAPITRE III	
RÉSULTATS.....	43
3.1. Plan des analyses.....	43
3.2. Analyses préliminaires.....	44
3.2.1. Distributions normales et transformations.....	44
3.2.2. Regroupement des types de placement en deux catégories.....	44
3.2.3. Création de l'indice de risque.....	46
3.2.4. Données sociodémographiques.....	47
3.2.5. Sexe et âge des participants et autres variables à l'étude.....	47
3.3. Résultats relatifs aux questions de recherche.....	48
3.3.1. Liens entre le type de placement et les scores de développement et d'attachement.....	48
3.3.2. Liens entre la durée de placement et les scores de développement et d'attachement.....	50
3.3.3. Liens entre l'instabilité de placement et les scores de développement et d'attachement.....	51
3.3.4. Liens entre l'histoire pré-placement et les scores de développement et d'attachement.....	51
CHAPITRE IV	
DISCUSSION.....	53
4.1. Discussion des résultats obtenus.....	53
4.1.1. Associations entre les types de placement et l'adaptation.....	54
4.1.2. Associations entre la durée de placement et l'adaptation.....	57
4.1.3. Associations entre l'instabilité de placement et l'adaptation.....	61
4.1.4. Associations entre l'indice de risque pré-placement et l'adaptation.....	66
4.2. Limites de l'étude.....	71
4.2.1 Variations entre les dossiers.....	71

4.2.2. Taille de l'échantillon et puissance statistique.....	72
4.2.3. Mesure de l'attachement.....	74
4.2.4. Étude transversale plutôt que longitudinale.....	75
4.3. Conclusion : contributions de l'étude et implications cliniques.....	76
LISTE DES RÉFÉRENCES.....	80
ANNEXE A : Attestation d'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM	
ANNEXE B : Lettre d'évaluation du Comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Québec	
ANNEXE C : Formulaire de consentement pour les parents d'accueil	
ANNEXE D : Questionnaire des facteurs de risque	
ANNEXE E : Questionnaire sociodémographique	
ANNEXE F : Feuilles de codification de l'échelle mentale du Bayley-II	
ANNEXE G : Feuilles de codification de l'échelle motrice du Bayley-II	
ANNEXE H : Feuilles de codification de l'échelle comportementale du Bayley-II	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Moyennes de sécurité d'attachement par types de placement.....	44
3.2 Répartition de l'échantillon selon les facteurs de risque pré-placement dichotomisables.....	46
3.3 ANCOVA et ANOVA entre les types de placements et les indices de développement.....	48
3.4 Analyses khi-carré entre les types de placements et les catégories du développement.....	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projective
ANOVA	Analyse de variance
ANOVAs	Analyses de variance
ANCOVA	Analyse de covariance
ANCOVAs	Analyses de covariance
CÉR	Comité d'éthique sur la recherche
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
ÉLDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
ERA	English and Romanian Adoptees
IDM	Indice de développement mental
IDP	Indice de développement psychomoteur
QI	Quotient intellectuel
SAT	Separation Anxiety Test
TIMB	This Is My Baby Interview
UQÀM	Université du Québec à Montréal

LISTE DES SYMBOLES

<i>É.T.</i>	Écart-type
<i>F</i>	Score F
<i>f</i> ²	Taille d'effet
<i>log</i>	Logarithme-
<i>m</i>	Moyenne
<i>n.s.</i>	Non significatif
<i>n</i>	Fréquence
<i>η</i> ²	Taille d'effet (Eta ²)
<i>p</i>	Probabilité
<i>r</i>	Coefficient de corrélation de Pearson
<i>t</i>	Score t
<i>z</i>	Score z
<i>χ</i> ²	Khi-carré

RÉSUMÉ

La présente recherche a pour but d'étudier l'adaptation de jeunes enfants d'accueil québécois pour mieux comprendre leurs particularités et leurs besoins. Une telle compréhension permettra d'éclairer les décisions à prendre par rapport à la trajectoire de vie de ces enfants. Lorsque la DPJ retire un enfant de sa famille d'origine, c'est qu'elle considère que ses parents biologiques ne peuvent pas offrir à l'enfant des conditions de vie adéquates et que le développement de ce dernier s'en trouve compromis. Le vécu de ces enfants est caractérisé par différents éléments de vie pouvant laisser de graves séquelles, allant de l'exposition fœtale à des substances nocives à l'exposition, après la naissance, à la négligence, la maltraitance ou la violence familiale. Les enfants sont donc placés en famille d'accueil dans le but de leur offrir un environnement plus sain et apte à répondre à leurs besoins. Après leur début de vie ardu, ils sont séparés d'avec le seul donneur de soins qu'ils ont connu, en espérant qu'après cette séparation, ils puissent développer un attachement sécurisant avec leur nouveau donneur de soins. Ils peuvent alors vivre dans différents types de placement et avoir accès à une plus ou moins grande stabilité par rapport à leur ou leurs placement(s). Suite à leurs expériences de début de vie difficiles, voire traumatisantes, nous offrons ainsi à ces enfants, pour favoriser leur développement cognitif et socio-émotionnel, un milieu de placement. Mais est-ce suffisant ? Les décisions qui sont prises par rapport aux trajectoires de placement sont-elles judicieuses, favorables à une meilleure adaptation pour ces enfants qui sont à risque de conserver de graves séquelles de leur histoire ? Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons étudié le développement et l'attachement de jeunes enfants d'accueil québécois en lien avec leur histoire de pré- et de placement (type, durée et nombre).

Un échantillon de 54 dyades enfant-mère d'accueil avec des enfants âgés de 10 à 41 mois a été constitué pour cette étude. Les enfants étaient placés soit en famille d'accueil régulière, soit en banque mixte, ou avaient une ordonnance de placement à majorité. Lors de la prise de mesures, ils avaient vécu de 1 à 6 placements et avaient passé dans leur placement actuel de 2 à 39 mois. Les informations sur leur trajectoire de placement ont été recueillies dans leurs dossiers. Une visite à la maison a permis l'administration des Échelles de développement de Bayley II et du Tri de cartes des comportements d'attachement, nous permettant d'obtenir des mesures de développement mental et psychomoteur et une mesure de sécurité d'attachement enfant-mère d'accueil.

Les liens mis en lumière par nos analyses statistiques sont les suivants : une meilleure sécurité d'attachement tend à être liée au placement en banque mixte, un meilleur développement mental est lié à une plus longue durée de placement, un retard de développement moteur est lié à un indice de risque pré-placement plus élevé et, de façon surprenante, un développement moteur dans la normale est lié à un nombre plus élevé de placements. Ces résultats et leurs implications cliniques seront discutés. Il en ressort que la stabilité de placement semble bénéfique pour l'attachement et le développement mental des enfants. Toutefois, d'autres interventions sont souhaitables pour favoriser davantage l'attachement et le développement mental et moteur de ces enfants et leur offrir la meilleure des chances dans la vie malgré leur entrée de jeu souvent plus que difficile.

Mots-clés : Enfants d'accueil, familles d'accueil, attachement, développement, petite enfance

INTRODUCTION

Les Centres jeunesse du Québec rapportent dans leur bilan que 11 914 enfants étaient retirés de leur famille biologique sous la Loi sur la protection de la jeunesse en 2008. En l'an 2004, ils étaient au nombre de 8 629. Ces enfants sont placés soit en famille d'accueil de longue durée, soit en réadaptation, soit en milieu de dépannage. Durant cette même année (2004), 3 332 déplacements de ces enfants d'une famille à l'autre, ou d'un milieu à l'autre, ont été effectués. Certains enfants sont donc restés dans la même famille, alors que d'autres ont été déplacés une fois ou plus. Les enfants placés ont souvent subi des conditions de vie particulièrement difficiles, qui justifient le retrait de leur famille d'origine. Maltraitance, négligence, abus physique et sexuel, pauvreté et violence familiale forment couramment la réalité dans laquelle ils grandissent. Vient s'ajouter à ces importants facteurs de risque la séparation d'avec les principaux donneurs de soins. Bien que les parents naturels aient été considérés comme inadéquats pour répondre aux besoins de leur enfant, ce sont quand même les seules figures d'attachement que ce dernier ait connues, et en être séparé est particulièrement douloureux, voire traumatisant. Suite à l'expérience de cette ou de ces ruptures relationnelles, et surtout suite à un vécu de négligence ou d'abus, il n'est pas surprenant que les études rapportent chez la population d'enfants placés de nombreux troubles au niveau du développement, du comportement, de la santé physique et mentale, de l'attachement et de la régulation émotionnelle (dosReis, Zito, Safer & Soeken, 2001; Heller, Smyke & Boris, 2002; Holland & Gorey, 2004; Horwitz, Balestracci & Simms, 2001; Malik, Lederman, Crowson & Osofsky, 2002; Simmel, Barth & Brooks, 2007).

Plusieurs études ont été effectuées au début des années 2000 aux États-Unis dans le but de mieux comprendre ces enfants et leurs besoins. Elles portent par exemple sur l'évaluation des besoins des enfants placés (Leslie, Gordon, Ganger & Gist, 2002; Malik et al., 2002), sur les problèmes nécessitant une intervention (Clyman, Jones Harden & Little, 2002; Heller et al., 2002; Holland & Gorey, 2004) ou encore sur le rôle des travailleurs sociaux dans le placement (Gilligan, 2000; Zlotnick, Kronstadt & Klee, 1999) et sur l'impact des réformes de politiques sociales (Klee, Kronstadt & Zlotnick, 1997). Il est souhaitable qu'un chemin semblable soit emprunté ici aussi, au Québec, dans

le but de mieux comprendre la réalité de nos enfants placés. Des décisions importantes pour la vie de ces enfants sont prises d'abord par des intervenants des Centres jeunesse, puis par des juges, et trop peu d'information recueillie de manière systématique est disponible pour guider ces jugements en fonction des connaissances scientifiques actuelles à ce sujet (Moss, Tarabulsky & St-Laurent, 2003). Il est important de mieux comprendre les liens entre l'adaptation des enfants d'accueil et leur histoire de placement, ce qui inclut le type de placement où l'enfant vit, la durée de ce placement, le nombre de placements vécus et le niveau global de facteurs de risque auquel l'enfant est confronté de par son histoire précédant le placement. Une meilleure compréhension de cette problématique pourrait permettre d'utiliser ces informations dans la prise de décision par rapport au placement d'un enfant. De plus, effectuer une évaluation de l'adaptation de l'enfant au niveau de son développement mental et psychomoteur et de ses comportements d'attachement permet de cibler les besoins de ce dernier par rapport à l'intervention et de lui offrir les services requis. Plusieurs auteurs (Bilodeau, 1993 ; Clyman et al., 2002 ; Steinhauer, 1993) s'entendent pour souligner l'importance de se doter d'outils cliniques sensibles à l'aspect développemental des besoins de l'enfant. Ces outils permettent d'effectuer une évaluation systématique des enfants qui puisse offrir une vision la plus objective possible de leur situation.

Les tout jeunes enfants en famille d'accueil forment une population particulièrement à risque de conserver des stigmates de leurs expériences difficiles, vu l'importance des premières années de vie pour le développement de l'enfant. Leur offrir le meilleur milieu de vie possible et des services adaptés à leur réalité pourrait leur permettre de débiter leur vie le moins hypothéqués possible, compte tenu de leur vécu antérieur. Cet essai s'inscrit dans cette perspective. L'objectif général est de fournir une description clinique d'un échantillon d'enfants qui sont pris en charge dans le système d'accueil québécois. Le lien entre le type de placement, la durée du placement, le nombre de placements vécus et le niveau de risque global, d'une part, et les caractéristiques de l'enfant par rapport à son développement mental et psychomoteur et à ses comportements d'attachement, d'autre part, sera étudié chez un échantillon de 54 enfants de 10 à 41 mois placés dans des familles d'accueil du Québec. Les résultats seront ensuite discutés en tenant compte de leurs implications cliniques.

CHAPITRE I

CONTEXTE THEORIQUE

1.1. Cadre historique du placement d'enfants

De tout temps, des enfants se sont vus dans l'impossibilité d'être élevés par leur famille d'origine. Certains peuples recueillaient ces enfants abandonnés et les élevaient, alors que d'autres peuples effectuaient un contrôle serré des naissances, en vendant ou en éliminant les nouveaux-nés ne présentant pas les caractéristiques requises pour être gardés par leur famille (santé, sexe, etc.). C'est avec la venue du christianisme que l'Église, guidée par le principe d'amour universel, prend en charge des enfants abandonnés et s'efforce de mettre fin à la vente d'enfants et à l'infanticide (Bourgeault et de la Harpe, 1988).

Si on se tourne vers l'histoire du Québec, c'est également l'Église catholique qui s'occupera longtemps des enfants abandonnés. Cette réalité n'apparaît que vers la fin du XVII^e siècle. Auparavant, le taux de mortalité des jeunes en bas âge est trop élevé pour que des enfants se retrouvent sans famille. Si toutefois il arrive que des enfants deviennent orphelins, des familles dévouées les prennent en charge de leur plein gré. À la fin de ce même siècle (XVII^e), le problème des femmes et de leurs enfants abandonnés par les maris coureurs des bois et celui des femmes tombées enceintes en dehors des liens du mariage se pose. Ces enfants, soit de trop pour une mère pauvre, soit illégitimes, que leurs mères naturelles ne peuvent donc pas élever elles-mêmes, sont placés chez des prêtres du Saint-Sulpice ou chez des nourrices jusqu'à leurs 18 mois, puis vivent dans des familles volontaires ou dans des crèches. Au XVIII^e siècle, on trouve fréquemment le long des routes et dans des rivières des enfants abandonnés. Ces enfants trouvés sont alors confiés à des hôpitaux ou des couvents tenus par des religieuses jusqu'à leurs 18 ans

(Bourgeault & de la Harpe, 1988 ; Morel, 2000). Le taux de mortalité chez les enfants recueillis est extrêmement élevé, en raison de leur très mauvaise condition physique.

Au cours du XIX^e siècle, le spectre des raisons amenant les enfants à être pris en charge s'élargit. Par exemple, en 1869, l'Acte concernant les écoles d'industrie admet des enfants de 6 à 14 ans qu'on dit « trouvés errants ». Ils sont orphelins, exposés à mourir de faim ou sont négligés, battus ou maltraités par leurs propres parents ou tuteurs (Joyal, 2000a). Au début du XX^e siècle, Pinard (1997) rapporte que les trois causes principales de placement d'enfants sont la trop grande pauvreté, les enfants devenus orphelins et les enfants nés illégitimes. C'est en 1924 qu'est votée la première loi d'adoption, donnant initialement aux orphelins et aux enfants négligés ou sans soutien familial la possibilité d'avoir une famille légitime adoptante. Toutefois, face à l'indignation du clergé et du monde juridique, qui trouvent que cette loi bafoue les droits sacrés des pères sur leur progéniture, la loi est amendée en 1925 pour que la cause de négligence ne permette pas le retrait des droits parentaux et l'adoption d'enfants ayant déjà des parents légitimes, mais négligents. Ainsi, seuls ont le droit d'être adoptés les enfants illégitimes et les enfants légitimes orphelins ou avec des parents privés de raison, alors que les enfants négligés ou abusés ne le peuvent pas (Goudau & O'Neill, 2000). Les crèches continuent aussi de recueillir des enfants, souvent donnés à l'adoption par des filles-mères (Morel, 2000). Après la crise de 1929, ces crèches sont remplies et n'arrivent pas à répondre à la demande d'hébergement ; il arrive qu'elles doivent refuser jusqu'à 5 enfants par jour. En 1930, le gouvernement du Québec décide d'étudier un système de placement familial. À ce moment, les enfants abandonnés le sont majoritairement à cause de la séparation de leurs parents. Suite à cette étude, des sociétés de protection de l'enfance sont fondées dans les grandes villes du Québec pour aider les enfants dans leurs familles d'origine, ou pour les placer dans d'autres familles plutôt qu'en institution (Bourgeault & de la Harpe, 1988). En 1950, la nouvelle Loi relative aux écoles de protection de la jeunesse prend en charge les enfants de plus de 6 ans et de moins de 18 ans qui sont exposés à des dangers physiques ou moraux, puis, en 1951, tous les enfants de moins de 18 ans considérés en besoin de protection (Joyal & Chatillon, 2000).

Le placement en foyer augmente en popularité dès les années 60, probablement en raison de l'arrivée de l'État providence qui remplace l'Église dans la prise en charge des problèmes familiaux et sociaux. Dans ces années, les principales causes invoquées au placement (18% des cas et plus) sont les difficultés économiques, la maladie physique de

la mère, les difficultés parentales, les troubles mentaux chez l'enfant et les difficultés conjugales (Pinard, 1997). Les juges peuvent alors demander l'avis d'un expert (psychiatre, médecin, psychologue, travailleur social) pour les aider à décider quelles mesures viendraient en aide à un enfant en fonction de sa situation (Joyal, 2000b). En 1973, le ministère des Affaires sociales souligne que la famille d'accueil est là pour prodiguer affection et soins aux enfants recueillis et qu'elle a la capacité de permettre à l'enfant d'atteindre un bien-être, un développement intégral et de résoudre ses problèmes psychosociaux. L'idée que vivre un placement puisse être douloureux pour un enfant n'est pas présente, pas plus que celle d'aider la famille naturelle à redevenir un milieu bénéfique pour l'enfant et ainsi pouvoir le reprendre. C'est lorsque les familles d'accueil demandent que des enfants sous leur garde soient repris en charge par d'autres familles, vers la fin des années 70, que le milieu clinique commence à s'interroger sur le bien-fondé du placement (Pinard, 1997). La Loi sur la protection de la jeunesse, que nous appliquons encore aujourd'hui avec des modifications reflétant le fruit des connaissances dictées par les recherches (Moss et al., 2003), est adoptée en 1977. Avec cette loi, c'est l'affirmation des droits de l'enfant qui devient au cœur des décisions quant à leur placement ou leur maintien dans leur milieu d'origine (Joyal & Provost, 2000). Dans les années 80 et 90, des chercheurs québécois s'intéressent de plus en plus à cette problématique (Pinard, 1997). Aujourd'hui encore, il nous reste beaucoup à apprendre, et le délai est souvent long avant que les acquisitions théoriques soient utilisées sur le terrain.

Ce survol historique permet de situer sommairement qui étaient les enfants à prendre en charge historiquement, pour quelles raisons et dans quel cadre philosophique. Ce n'est que peu à peu que le traitement vécu par les enfants dans leur famille naturelle est pris en compte et qu'ils peuvent être retirés de celle-ci pour cause de négligence ou de maltraitance. En 2008, au Québec, 63% des signalements retenus en raison de la compromission du développement de l'enfant avaient pour cause la négligence, les autres raisons étant les troubles de comportement (21%), l'abus physique (11%), l'abus sexuel (4%) et l'abandon (1% ; Centres jeunesse du Québec, 2008). De nos jours, selon dosReis et ses collaborateurs (2001), plus de 50 % des placements aux États-Unis sont attribuables à l'abus ou à la négligence. Ces causes auraient augmenté depuis 1987, alors qu'historiquement les enfants étaient plutôt placés en raison de maladie, de mortalité familiale, d'illégitimité de l'enfant ou de pauvreté.

D'autre part, les décisions par rapport à laisser les enfants dans leur famille d'origine, les placer en institutions ou dans des familles désirant les accueillir peuvent être éclairées par diverses recherches et découvertes. Le placement d'enfants est une décision importante. Il est donc nécessaire d'examiner comment les recherches effectuées par le passé peuvent nous éclairer sur cette problématique, puis de se pencher sur les éléments que nous avons encore à étudier.

1.2. Études sur les effets de la séparation mère-enfant

Les premières études nous amenant à avoir une meilleure compréhension de l'effet sur l'enfant d'une séparation d'avec sa mère remontent à l'époque de la Deuxième Guerre mondiale. Plusieurs enfants sont alors séparés de leur mère et recueillis dans des institutions ou dans des hôpitaux. Bowlby, accompagné de Robertson puis de Ainsworth, effectue l'observation de ces enfants (Bowlby, 1951 ; Bretherton, 1992 ; Robertson & Bowlby, 1952). Les chercheurs s'intéressent à l'effet de la séparation maternelle et de la carence affective sur les jeunes enfants. Dans la lignée de ses intérêts, Bowlby reçoit de l'Organisation mondiale de la Santé le mandat d'écrire un rapport sur la santé mentale des enfants sans famille de l'Europe d'après-guerre. Le rapport est publié en 1951 et insiste sur les conséquences graves que peuvent avoir de telles séparations précoces et sur l'importance de vivre une relation intime, chaleureuse et continue avec un donneur de soins pour un développement émotionnel sain (Bretherton, 1992). Les bases de la théorie de l'attachement sont ainsi posées. En soulignant les dangers de carence affective pour les enfants en institutions, les travaux de Bowlby remettent en cause le bien-fondé de placer de jeunes enfants dans de tels environnements. En effet, dans ces situations, le traumatisme de l'abandon ou de la séparation et celui de vivre dans une institution ou un orphelinat, avec les carences souvent vécues dans ces milieux, s'additionnent ici pour mettre l'enfant à risque de développer des séquelles de ce vécu. Les interprétations que les gens travaillant pour la protection de la jeunesse font alors du rapport de Bowlby amènent le placement en institution à être fortement dévalorisé et le placement en milieu familial à être préféré à tout prix (Carignan, 2004).

En ce qui a trait plus spécifiquement à la séparation mère-enfant, St-Antoine (1994) rapporte que plusieurs auteurs remarquent des effets différents de la séparation en fonction de l'âge de l'enfant. Aubry (1955) remarque que les enfants de moins de 6 mois

réagissent avec une détresse différente à la séparation que ceux de 6 à 12 mois. Spitz (1958) propose que les relations objectales s'installent dans la deuxième moitié de la première année de vie. Ainsi, il observe que les enfants réagissent peu à la séparation d'avec leur mère avant cette période. Ainsworth (1962) soutient que la détresse commence plutôt à être vécue par l'enfant lors d'une séparation dès qu'il a la capacité de différencier sa mère des autres personnes.

Dans le cas spécifique des enfants d'accueil, le vécu de chacun d'eux est caractérisé par la séparation d'avec leurs principaux donneurs de soins. Le retrait de la famille biologique est décidé seulement dans les cas où les parents sont dans l'incapacité de s'occuper de leur enfant et que ce dernier subit ou risque de subir de la négligence ou de l'abus qui compromettent son développement. Des parents qui sont négligents ou violents peuvent être considérés comme inadéquats par un observateur externe. Toutefois, pour un jeune enfant, ils demeurent la seule figure d'attachement connue et la séparation peut être très douloureuse et insécurisante. D'autre part, il est à noter que le contexte de cette séparation peut aussi influencer les réactions et les effets de cette séparation sur l'enfant.

Ces études (Ainsworth, 1962; Aubry, 1955; Bowlby, 1951; Spitz, 1958) amènent donc à se questionner sur la pratique du placement. Elles permettent de réaliser que les impacts d'une séparation précoce peuvent être importants. Il semble ainsi essentiel de tenir compte de la théorie de l'attachement dans la compréhension que nous avons du vécu des jeunes enfants placés et des conséquences à long terme que leur trajectoire dans le système d'accueil peut avoir.

1.3. Théorie de l'attachement

Bowlby (1969/1982) énonce dans sa théorie de l'attachement que la qualité de la relation parent-enfant a un effet durable sur l'adaptation ultérieure de l'enfant. L'historique des interactions entre le donneur de soins et son enfant amène ce dernier à élaborer un modèle opérant interne. Ce modèle comprend des connaissances sur l'enfant lui-même, sur ses figures d'attachement et sur ses interactions avec elles. Il agira comme un filtre de la réalité et permettra d'aborder et de décoder les nouvelles situations,

influençant ainsi l'interprétation des situations sociales et les attentes face aux nouvelles relations (Bretherton, 1985).

En fonction de la manière dont le donneur de soins principal répond aux besoins de réconfort et d'exploration, l'enfant développe une relation d'attachement sécurisante ou insécurisante. À la petite enfance, un bébé dont le parent peut servir de base de sécurité pour explorer l'environnement et de lieu de réconfort en situation de détresse développe un attachement de type sécurisant (Bowlby, 1958). Toutefois, les mères qui se font retirer leur enfant n'ont pas nécessairement la capacité de servir de base de sécurité et de réconfort et sont souvent incapables de répondre de façon sensible et cohérente aux besoins de leur enfant. L'attachement que l'enfant développe face à de telles mères risque donc d'être insécurisant. Or, l'insécurité d'attachement est associée à une panoplie de troubles à court et long terme, qui s'expriment tant au niveau comportemental (Moss, Bureau, Cyr, Mongeau & St-Laurent, 2004 ; Moss, Parent, Gosselin, Rousseau & St-Laurent, 1996 ; Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent & St-Onge, 1998 ; Moss, St-Laurent, Rousseau, Parent, Gosselin & Saintonge, 1999), intellectuel (Moss & St-Laurent, 2001) et régulateur (Vondra, Shaw, Swearingen, Cohen & Owens, 2001) que par une difficulté accrue de créer des liens (Steinhauer, 1993). Cette difficulté inclut les liens à créer avec les parents d'accueil, qui présentent pourtant le désir d'accueillir l'enfant et de répondre à ses besoins de façon adéquate.

Bien que Bowlby (1973, 1988) émette l'hypothèse qu'un donneur de soins qui aurait d'abord manqué de sensibilité aux besoins de son enfant, mais qui deviendrait éventuellement sensible pourrait permettre à un jeune enfant présentant un attachement insécurisant de développer un attachement sécurisant, des recherches sur les enfants d'accueil montrent que cette transition vers la sécurité n'est pas toujours observée dans le cas d'un changement, même précoce, de donneur de soins. En effet, en fonction de son modèle opérant interne, un enfant qui ne s'attend pas à recevoir des soins adéquats aura tendance à ne pas exprimer ses besoins. Étant donné que les mères d'accueil tendent à répondre à leur enfant de façon consistante avec les comportements qu'il émet, par exemple ne pas donner de réconfort si l'enfant n'en demande pas, ce dernier est à risque de continuer de ne pas exprimer ses besoins dans sa nouvelle relation. Les comportements d'attachement insécurisant tendent ainsi à s'autoperpétuer (Dozier, Highley, Albus & Nutter, 2002 ; Stovall & Dozier, 2000). Plus spécifiquement, van den Dries, Juffer, van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg (2009) rapportent dans une méta-analyse sur

l'attachement et l'adoption une plus grande proportion de désorganisation d'attachement à la fois chez les enfants adoptés internationalement et chez les enfants en famille d'accueil (31%), en comparaison avec une population normative (15%). Ce constat est d'autant plus inquiétant que, des différents types d'attachement insécurisant (évitant, ambivalent-résistant et désorganisé), c'est l'attachement désorganisé qui est le plus associé à plusieurs troubles de psychopathologie développementale, tels que des problèmes de comportement externalisés, des difficultés de régulation des émotions et du stress et de la dissociation (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008 ; Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsy, & Dubois-Comtois, 2005 ; voir aussi van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999, pour une méta-analyse).

Les enfants d'accueil débutent leur vie et grandissent donc avec des parents biologiques qui ont de la difficulté à répondre ou qui ne cherchent tout simplement pas à répondre à leurs besoins. Ces parents ont tendance à instaurer des interactions déficientes qui amènent l'enfant à développer un attachement de type insécurisant, qui est ensuite difficile à modifier dans la dyade enfant d'accueil-parent d'accueil. De plus, les conditions très difficiles dans lesquelles grandissent ces enfants avant leur placement, incluant la négligence, la maltraitance et l'abus, les mettent également à risque de développer une panoplie de problèmes.

1.4. Maltraitance et développement du cerveau

Durant les premières années de leur vie, la plupart des enfants en familles d'accueil ont été victimes de négligence prolongée ou d'abus répétés, tout en ne bénéficiant pas d'un environnement stable et attentif à leurs besoins (Holland & Gorey, 2004). Selon le Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care (2002), ces expériences sont critiques pour le développement du cerveau à court et à long terme. On retrouve d'ailleurs chez les enfants en famille d'accueil des taux très élevés de problèmes physiques, mentaux et développementaux (dosReis et al., 2001; Holland & Gorey, 2004; Klee et al., 1997; Zlotnick et al., 1999). Plus spécifiquement, la littérature scientifique rapporte que les enfants maltraités sont entre autres à risque de développer des problèmes de comportement à la fois internalisés et externalisés, des difficultés scolaires et de la délinquance lorsqu'ils grandissent (Salzinger, Feldman, Hammer &

Rosario, 1993; Shonk & Cicchetti, 2001; Toth, Cicchetti, Macfie, Rogosch, & Maughan, 2000).

Les enfants négligés et abusés risquent de ne pas être capables de développer une relation d'attachement saine avec qui que se soit (van den Dries et al., 2009). De plus, ce sont eux qui ont le plus besoin de stabilité, de sécurité et d'une constance émotionnelle, et ce sont également eux qui obtiennent le moins cette sécurité de par l'inconstance de leur trajectoire dans le système d'accueil. Par exemple, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en 2004, 3 332 déplacements ont été effectués pour les 8 629 enfants qui étaient placés au Québec. D'après le Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care (2002), une séparation d'avec la figure d'attachement principale vécue durant les 6 premiers mois peut ne pas avoir d'effets négatifs sur le fonctionnement socio-émotif de l'enfant si ce dernier bénéficie en échange de soins de bonne qualité. Toutefois, lorsque la séparation est vécue après les 6 premiers mois de vie et jusqu'à environ 3 ans, il semble plus probable qu'elle résulte en des troubles émotionnels, particulièrement si la séparation a été causée par de la discorde familiale. D'autre part, les conséquences émotionnelles de placements multiples, et donc de séparations multiples, risquent de faire du tort à l'enfant, quel que soit son âge.

C'est dans les premières années de vie d'un enfant que la croissance et le développement du cerveau sont les plus importants. La stimulation que reçoit chaque partie détermine largement sa croissance ultérieure (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Ainsi, si les structures responsables des traits de personnalité, des processus d'apprentissage et des stratégies de gestion du stress et des émotions ne sont pas utilisées, elles s'atrophient. Les conditions environnementales difficiles auxquelles les enfants d'accueil sont souvent exposés, telles un manque de stimulation ou l'exposition à de l'abus ou de la violence, influencent les connexions nerveuses et les réseaux de neurotransmetteurs qui se forment durant ces premières années. Des perturbations émotives et cognitives durant les premières années de vie peuvent nuire au développement du cerveau. De plus, lors de ces périodes critiques d'interaction entre des facteurs physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux, les enfants ont besoin de continuité et de stabilité dans leur lien d'attachement primaire dans le but de développer des habiletés optimales cognitives, de langage et de socialisation (Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care, 2002).

À un niveau physiologique, un enfant vivant de l'abus physique comme mental ou de la négligence lors de ses premières années de vie risque de développer un mode de fonctionnement cérébral fixé dans un état de réponse à du stress aigu, ce qui amène l'enfant à réagir d'une manière hypervigilante et apeurée. Les aires du cerveau touchées sont également celles qui gèrent les comportements moteurs et des fonctions telles que la régulation de l'état émotionnel et le contrôle de l'anxiété. Un dérèglement de ces fonctions peut résulter d'une expérience répétée d'événements traumatisants (Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care, 2002). De plus, alors que le cerveau est mobilisé pour la survie de l'enfant, certaines autres régions, telles celles impliquées dans la pensée complexe, ne peuvent pas être activées en même temps, ce qui réduit davantage les possibilités d'apprentissage de l'enfant vivant de la négligence ou de l'abus (Shore, 1997, cité par U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Des études neurobiologiques rapportent que l'expérience de la maltraitance, d'un manque de stimulation et de la malnutrition peut endommager à long terme le développement du cerveau et perturber les comportements d'attachement d'un enfant, ce qui peut entraîner des dommages cognitifs et socio-émotionnels durables (Gunnar & Kertes, 2005; Rutter, O'Connor & the English and Romanian Adoptees (ERA) study team, 2004).

La littérature qui touche à la fois la maltraitance et l'attachement fait état d'une très forte prévalence de désorganisation de l'attachement chez les populations d'enfants maltraités (31 à 86%, selon les études; van den Dries et al., 2009, van IJzendoorn et al., 1999). Cicchetti, Rogosch et Toth (2006) trouvent des taux encore plus élevés de désorganisation de l'attachement, soit entre 83 et 93%, chez différents groupes de jeunes enfants maltraités âgés d'environ 2 ans. Un vécu de maltraitance précoce pourrait donc fortement altérer la capacité de développer un attachement qui ne soit pas désorganisé. Est-ce de même lorsque les enfants sont placés en familles d'accueil ou adoptés après avoir vécu de la maltraitance? Selon la méta-analyse sur l'attachement chez les enfants adoptés de van den Dries et ses collaborateurs (2009), peu importe l'âge à l'adoption, un plus haut taux de désorganisation de l'attachement est observé chez les enfants adoptés à l'international et les enfants d'accueil. Les auteurs pensent que le vécu précédant l'adoption des enfants, caractérisé par la négligence et la maltraitance, explique probablement cette désorganisation d'attachement qui persiste après le placement ou l'adoption. D'après eux, la désorganisation d'attachement chez les enfants d'accueil peut

être liée à l'expérience précoce de négligence et de maltraitance, que ce soit dans les premières semaines, mois ou années de vie des enfants.

La négligence a donc des conséquences à long terme et persistante sur le développement de l'enfant, incluant des difficultés à former un lien d'attachement sécurisant, de la sous-stimulation, des retards de développement, un développement physique faible et des comportements antisociaux. De façon plus précise, un enfant qui n'est pas dans un environnement supportant, stable et où il y a une bonne communication aura tendance à avoir de la difficulté à former les connections cérébrales facilitant tant le langage, le vocabulaire que les habiletés à la communication. De multiples placements peuvent donc être nuisibles à la croissance du cerveau chez le jeune enfant, au développement mental et à l'ajustement psychologique et social. Le Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care (2002) souligne qu'il est primordial de recevoir des soins adéquats et sensibles venant de donneurs de soins principaux pour permettre le développement précoce sain du cerveau tout comme pour répondre aux besoins physiques, émotionnels et de développement des enfants.

1.5. Trajectoires de pré-placement et de placement des enfants d'accueil

Penchons-nous maintenant sur l'état de la recherche portant plus spécifiquement sur des éléments caractérisant les trajectoires d'enfants dans le système d'accueil et qui pourraient avoir une influence sur leur adaptation ultérieure, à la fois émotionnelle et cognitive. Comme il sera présenté ici, les enfants d'accueil du Québec sont placés dans différents types de placement, depuis un nombre de mois différent et peuvent avoir vécu plusieurs déplacements avant leur placement actuel. De plus, les histoires menant à la décision de placer des enfants sont diverses, pouvant inclure l'exposition fœtale à l'alcool, aux drogues, au tabac, la négligence ou la maltraitance durant les premiers mois de vie, l'exposition à de la violence familiale ou encore un historique de santé mentale dans la famille. Nous nous intéressons à comment ces différentes trajectoires de vie peuvent être liées à l'attachement des jeunes enfants d'accueil et à leur développement mental et psychomoteur. Ces éléments, soit le type, le nombre et la durée du placement, ainsi que le niveau de risque de l'histoire de pré-placement, nous apparaissent pertinents à étudier, puisque l'attachement est généralement associé dans la littérature à l'adaptation

socio-émotionnelle et régulateur ultérieures, et le développement mental et psychomoteur, à la réussite scolaire des enfants lorsqu'ils sont d'âge scolaire.

1.5.1. Type de placement

1.5.1.1. Études sur l'adaptation des enfants en fonction du type de placement

Lorsqu'un enfant est retiré de sa famille biologique, les professionnels travaillant pour le système d'accueil ont la responsabilité de lui trouver un endroit où il pourra vivre et se développer. En fonction de l'évaluation du travailleur social responsable, du juge et des connaissances actuelles par rapport au développement et à l'ajustement psychosocial des enfants dans le système d'accueil, l'enfant peut être placé dans différents milieux. Aux États-Unis, quatre principaux types de placement existent : un placement temporaire dans le but d'une réunification rapide avec la famille biologique, un placement dans la famille élargie de l'enfant, un placement avec une famille d'accueil qui n'a pas de liens avec l'enfant ou un placement en institution (Newton, Litrownik & Landsverk, 2000). Plusieurs études portant sur les enfants d'accueil ne spécifient pas le type de placement ou portent strictement sur les enfants placés dans des familles qu'ils ne connaissaient pas auparavant (dosReis et al., 2001; Dozier, Stovall, Albus & Bates, 2001; Malik et al., 2002; Newton et al., 2000). Harden (2002) a effectué une étude où le développement d'enfants placés en familles d'accueil et celui d'enfants placés en foyers de groupe sont comparés. Les résultats indiquent que les enfants placés dans une famille plutôt que dans un foyer présentent généralement un meilleur développement mental et de meilleures capacités d'adaptation. Comme pour la majorité des études s'intéressant au développement, il n'a pas été possible de mesurer le développement pré-placement dans cette étude. D'autres études explorent spécifiquement certaines différences entre les enfants placés dans une famille d'accueil composée de gens auparavant inconnus et les enfants placés dans leur famille élargie (Altshuler, 1998; Simard, Vachon & Bérubé, 1998). Ce dernier type de placement, qui est de plus en plus courant aux États-Unis, présente à la fois des avantages, tels qu'une continuité possible dans des habitudes culturelles et religieuses et le sentiment d'engagement des personnes envers l'enfant en fonction des liens de sang, et des désavantages, tels que des habiletés peu évaluées et pas toujours adéquates pour prendre soin de l'enfant chez les gens reliés à l'enfant, ainsi que le fait qu'ils sont souvent plus vieux, plus pauvres et moins éduqués que les parents d'accueil réguliers (Simms, Dubowitz & Szilagyi, 2000). Au Québec, ce type de

placement ne semble pas très courant, bien que cela pourrait être appelé à changer avec les modifications de la Loi de la Protection de la Jeunesse.

L'étude portant sur les types de placement recensée dans la littérature et qui s'apparente le plus à la nôtre est celle de Leslie et de ses collaborateurs (2002), qui ont quant à eux comparé le développement d'enfants d'âge préscolaire placés soit en famille d'accueil composée de gens déjà connus, en famille d'accueil régulière ou avec un de leurs parents biologiques. Les résultats indiquent que 62% des enfants d'accueil de l'échantillon présentent un risque élevé de retard de développement à un test de dépistage. De plus, les enfants placés dans des familles d'accueil avec lesquelles ils n'entretenaient aucun lien présentent un risque de retard significativement plus élevé que ceux dans les autres types de placement. Suite au test de dépistage, qui était administré dès le retrait de la famille, les enfants considérés comme suspects de présenter un retard de développement se sont vus administrer les échelles de développement de Bayley-II, avec un délai variable après la passation du test de dépistage. Les résultats au Bayley-II ne montrent toutefois plus aucune différence significative entre les trois types de placement. Dans le cadre de cet essai, tous les enfants de l'échantillon passeront le test de développement de Bayley-II. Il sera intéressant de vérifier si des retards de développement seront majoritairement présents, comme le laisserait présager le test de dépistage, ou majoritairement absents, comme le montrent ensuite les résultats au Bayley-II obtenus par Leslie et ses collaborateurs (2002).

Tournons-nous maintenant vers l'attachement. L'attachement en général des enfants d'accueil est un sujet d'intérêt auprès des scientifiques et des professionnels s'intéressant aux familles d'accueil (Dozier, Peloso, Lindhiem, Gordon, Manni, Sepulveda et al., 2006 ; Dozier et al., 2001 ; Pallanca, 2008 ; Stovall & Dozier, 1998). Selon les onze études sur les enfants d'accueil recensées dans la méta-analyse sur l'attachement et l'adoption de van den Dries et ses collaborateurs (2009), un des constats majeurs par rapport à l'attachement chez cette population est qu'on retrouverait une proportion de sécurité d'attachement chez les enfants d'accueil qui ne diffère pas de celle retrouvée dans une population normative (62%, selon la méta-analyse de van IJzendoorn et al., 1999), mais qu'il y aurait toutefois dans la population d'accueil plus de désorganisation d'attachement. Ce serait donc la répartition des enfants à l'intérieur même des trois catégories d'insécurité d'attachement qui serait différente chez cette population à risque (Dozier et al., 2001). Malgré l'intérêt porté à l'attachement dans les

dyades d'accueil et la constatation d'une proportion plus élevée que dans une population normative d'attachement désorganisé, le sujet de l'attachement des enfants d'accueil envers leurs parents d'accueil étudié spécifiquement en lien avec les différents types de placement ne semble pas encore avoir été exploré par la communauté scientifique. Comme nous l'exposerons dans les paragraphes suivants, différents types de placement existent au Québec, et chacun d'eux correspond à un degré différent de stabilité et possiblement d'engagement des parents d'accueil. Ces variables risquent d'influencer le développement d'une sécurité d'attachement chez les enfants accueillis (Ackerman & Dozier, 2005 ; Dozier & Lindhiem, 2006), sécurité d'attachement qui est reconnue comme une variable-clé de l'ajustement psychosocial des enfants en général.

1.5.1.2. Types de placements au Québec

Il nous apparaît ainsi important d'étudier les associations entre les différents types de placement et l'ajustement des enfants retirés de leur famille d'origine pour bien identifier les caractéristiques différentielles des enfants par rapport à leur type de placement, et ainsi éclairer nos choix de placement et identifier comment aider les enfants en fonction du placement qui a été choisi pour eux. Au Québec, ce sont les Centres jeunesse qui ont le mandat de s'occuper des enfants qui doivent être retirés de leur famille biologique suite à un signalement à la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ). Lorsqu'il est décidé de retirer un enfant de sa famille d'origine à court, moyen ou long terme, il existe quatre types de famille où un jeune enfant peut être placé. Si l'orientation à long terme du placement demeure inconnue ou que les bureaux du Centre jeunesse sont fermés lors du signalement, mais qu'il est impératif de retirer l'enfant de sa famille d'origine pour préserver sa sécurité ou son intégrité, l'enfant sera placé temporairement dans une *famille dite de dépannage*. Il n'y demeure habituellement pas plus de 30 jours.

Dans le cas où les parents naturels conservent certains droits parentaux, leur enfant est placé dans une *famille d'accueil régulière*. Celle-ci est composée d'un couple ou d'une personne seule âgée d'au moins 25 ans désirant accueillir un ou plusieurs enfants dans le cadre d'un modèle familial. Certaines de ces familles sont composées de personnes ayant un lien de connaissance ou de parenté avec l'enfant. On les appelle alors *familles d'accueil spécifiques*. Les enfants peuvent demeurer dans une ou plusieurs famille(s) d'accueil pour une durée variable, selon leur dossier et selon l'implication et les capacités des parents naturels. Dans certains cas, le placement prend fin et il y a

réunification de l'enfant d'accueil avec ses parents biologiques. Dans d'autres cas, les enfants sont déplacés d'une famille d'accueil à l'autre pour diverses raisons. Parfois, même si les parents biologiques ne perdent pas complètement leurs droits, le *placement* de l'enfant dans une même famille d'accueil peut être ordonné par le juge *jusqu'à la majorité* de l'enfant. Cette dernière option lui procure une stabilité et une continuité qu'il pourrait ne pas avoir sans ce placement, sans toutefois que les parents d'accueil puissent adopter l'enfant.

· Finalement, les parents biologiques perdent parfois la totalité de leurs droits parentaux sur leur enfant. Cette décision peut être prise dès le retrait de la famille d'origine ou au courant du ou des placements. Les enfants dont les parents ont perdu leurs droits ou ceux dont les parents sont très susceptibles de les perdre, selon les intervenants des Centres jeunesse, sont placés dans ce que l'on nomme la *banque mixte*, car ils présentent une probabilité importante de pouvoir se faire adopter. Les familles qui les accueillent le font donc dans l'intention de les élever comme leur propre enfant, toute leur vie durant.

Aucune étude portant spécifiquement sur les types de placement utilisés au Québec ne semble avoir été réalisée. Cet essai considérera donc les associations entre les différents types de familles dans lesquelles sont placés les enfants d'accueil au Québec et leur développement mental et psychomoteur ainsi que leurs comportements d'attachement. En raison de l'absence d'études accessibles au monde scientifique et portant sur les différents types de placement québécois, l'exploration des liens entre les variables indépendantes et dépendantes se fera de façon exploratoire.

1.5.2. Durée de placement

1.5.2.1. Pertinence de s'intéresser aux liens entre durée de placement et adaptation

Le placement d'un enfant en famille d'accueil est bien souvent considéré ou simplement utilisé dans les faits comme une solution en soi. En effet, après le placement, peu d'aide thérapeutique ou de réadaptation est apportée aux familles. La plupart des familles accueillant un enfant reçoivent certes au moins quelques visites de l'intervenant du Centre jeunesse qui leur est attribué. Toutefois, bien souvent, ces visites, qui devraient viser à offrir du soutien aux familles d'accueil, sont perçues par ces dernières, à tort ou à raison, comme un moyen de les évaluer en tant que famille d'accueil. S'il s'avérait que

l'enfant présente des difficultés, les visites pourraient servir à appuyer la décision de retirer l'enfant de la famille où il a été placé. Dans une telle optique, les parents d'accueil auront tendance à minimiser les problèmes de l'enfant auprès des intervenants des Centres jeunesse, plutôt que de leur demander de l'aide. Toutefois, en fonction de leurs histoires de vie comportant de multiples possibilités de traumatismes (négligence, maltraitance, séparation précoce et parfois répétée), nous savons que ces enfants sont susceptibles de développer plusieurs conséquences négatives aux plans psycho-affectif, comportemental et même médical. Bien qu'il nous apparaîtrait comme normal que les enfants conservent des stigmates de leur histoire de vie malgré les bons soins des parents d'accueil, ceux-ci préfèrent s'assurer que les représentants des Centres jeunesse ne remettent pas en cause leur capacité de s'occuper de ces derniers. Dans les faits, le placement d'enfants devient donc souvent une solution utilisée seule, c'est-à-dire sans accompagnement thérapeutique. Est-ce que le seul placement permet, dans le temps, d'améliorer la sécurité d'attachement et le développement des enfants d'accueil? Puisqu'un placement sans autre soutien aux familles d'accueil semble correspondre bien souvent à la réalité des placements québécois, s'intéresser au placement en tant que solution unique et se pencher sur les associations entre les caractéristiques de l'enfant et la durée de placement devient très pertinent.

1.5.2.2. Durée de placement et développement

L'intérêt pour nous d'étudier la durée de placement est donc de cerner si le temps en placement, considéré en tant qu'intervention unique, est associé chez l'enfant d'accueil à une absence de retard au niveau cognitif (mental et psychomoteur) et à un attachement sécurisant envers le nouveau donneur de soins. La durée de placement est une variable qui a peu été étudiée, surtout chez les jeunes enfants. En 1991, Benedict et White, dans leur revue de littérature portant sur les facteurs liés à la durée de placement, soulignaient en effet les lacunes dans nos connaissances à ce sujet. D'ailleurs, leur revue de littérature s'inscrivait dans un contexte différent de notre intérêt actuel. La philosophie de placement de l'époque des études répertoriées était en effet différente de celle véhiculée actuellement et valorisait surtout de courts séjours en famille(s) d'accueil et une rapide réunification avec les parents biologiques. Dans cette revue de littérature, c'est donc la durée finale (totale) des placements qui intéressait les chercheurs. Des facteurs tels que l'implication des intervenants auprès des familles et les visites avec les parents biologiques étaient ainsi liés à une réunification plus rapide. Les résultats obtenus par

Benedict et White (1991) montrent aussi que les enfants avec des problèmes moteurs ont une plus longue durée de placement en famille d'accueil. D'après ces auteurs, les besoins spécifiques des enfants présentant des problèmes moteurs justifient de leur offrir une stabilité de placement. Ainsi, bien que nous espérons que le temps passé dans un placement permette à l'enfant d'améliorer son développement mental et moteur, il se pourrait aussi que nous trouvions un lien entre le temps de placement et des difficultés développementales, dans des cas où ce serait ces difficultés qui justifieraient à la base la décision des intervenants des Centres jeunesse et des juges d'offrir à des enfants présentant des difficultés une stabilité de placement. Aucune autre étude n'a été rapportée portant sur le temps en placement et le développement des enfants d'accueil.

1.5.2.3. Durée de placement, âge au placement et attachement

En ce qui a trait au lien entre le temps passé dans un placement et la sécurité d'attachement des enfants, rares sont les études recensées ayant considéré cette variable dans leurs analyses. Parmi les études l'ayant examinée, celle de Ackerman et Dozier (2005) auprès d'enfants d'accueil de 5 ans montre que le temps dans le placement actuel n'est pas lié à une mesure représentationnelle de l'attachement. La revue de littérature plus récente de van den Dries et ses collaborateurs (2009), portant sur l'attachement d'enfants d'accueil et adoptés, rapporte des résultats similaires, à savoir que le temps passé dans la famille d'accueil n'est pas significatif par rapport à la sécurité d'attachement des enfants d'accueil durant la première année de vie. Stovall-McClough et Dozier (2004) rapportent d'ailleurs que, à l'intérieur des deux premiers mois de placement, ce sont les comportements d'attachement précoces (entre la 2^e et la 15^e journée de placement) qui prédisent le mieux l'attachement de l'enfant à la fin des deux premiers mois de placement. Ainsi, l'effet du temps du placement serait peu important à considérer puisque les comportements d'attachement s'établiraient rapidement et de manière stable à travers le temps dans une nouvelle dyade. Si nous obtenons aussi ce résultat, alors que nous prévoyons qu'il y ait pour plusieurs dyades plus d'un an qui se soit écoulé après le placement lors de notre prise de mesure, il s'avérerait impératif d'offrir rapidement des services aux familles d'accueil pour favoriser l'établissement d'un attachement sécurisant dans la dyade d'accueil.

Bien que la durée du placement ne semble pas liée à l'attachement, et semble peu liée au développement de l'enfant, dans les rares études ayant porté sur le sujet, il serait

difficile de considérer ces questions sans tenir compte de l'âge auquel l'enfant a été placé. Revenons en effet à ce qui a été présenté précédemment par rapport aux premières années de vie, soit qu'elles sont particulièrement critiques pour le développement de l'enfant. Plus un enfant est exposé longtemps à la maltraitance ou à un environnement sous-stimulant, particulièrement durant ces années critiques, plus il risque d'en garder des séquelles. De plus, au niveau de la rupture relationnelle, plus elle survient tôt et plus l'enfant a de chances de développer un nouvel attachement qui puisse être sécurisant et peu influencé par un modèle opérant interne basé sur la relation avec le donneur de soins maltraitant qui ne s'est pas encore solidement formé (David, 1994).

Les résultats des études récentes effectuées à ce sujet ne sont pas consistants. Une méta-analyse de van den Dries et collaborateurs (2009) rapporte que les enfants placés avant l'âge de un an présentent un attachement plus sécurisant que ceux placés alors qu'ils sont plus âgés, selon les études recensées. Plus précisément, Stovall-McClough et Dozier (2004) trouvent que les enfants placés avant l'âge de un an montrent davantage de comportements d'attachement sécurisant, moins de comportements d'évitement et font preuve de stratégies d'attachement plus cohérentes que les enfants placés plus vieux, tel que rapporté par la mère d'accueil dans l'instrument le Journal de la Mère (Stovall & Dozier, 2000; Stovall, Dozier & Lindhiem, 2005). Toutefois, peu importe l'âge à l'adoption, van den Dries et ses collaborateurs (2009) retrouvent davantage de désorganisation chez les enfants adoptés du système d'accueil national et de l'international, selon les études recensées, que dans une population normative. Ce résultat indique que l'âge au placement pourrait être reliée à la sécurité d'attachement, mais pas à la désorganisation de l'attachement. Les auteurs de la méta-analyse considèrent que ce résultat est probablement dû aux expériences que ces enfants ont vécu avant leur placement, à commencer par de la maltraitance et de la négligence.

Par ailleurs, d'autres études ne trouvent tout simplement pas de lien entre l'âge au placement et l'attachement d'enfants d'accueil (Ackerman & Dozier, 2005; Euillet, Spencer, Troupel-Cremel, Fresno & Zaouche-Gaudron, 2008). Ceux-ci étaient âgés de 4 à 5 ans au moment de la prise de mesure de l'attachement, par des mesures représentationnelles de l'attachement (Attachment Story Completion Task : Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990; Separation Anxiety Test : Hansburg, 1972 ; Klagsbrun & Bowlby, 1976, version révisée par Kaplan, 1985). Dans la même veine, Dozier et ses collaborateurs (2001), avec un échantillon où les enfants avaient été placés entre l'âge de

0 et 20 mois, ne trouvent pour leur part aucune association entre l'âge au placement et l'attachement de l'enfant évalué par la situation étrange (Ainsworth, Blehar, Waters & Walls, 1978), peu importe si l'âge est considéré comme une variable dichotomique ou continue. La sécurité d'attachement des enfants était toutefois liée à l'état d'esprit face à l'attachement des mères d'accueil, cette étude suggérant ainsi que lorsque les enfants sont placés dans la première année et demie de vie, ils peuvent organiser leur attachement en fonction de la disponibilité et de la sensibilité d'un nouveau donneur de soins, peu importe que le placement soit précoce ou tardif dans cette période.

Nous sommes donc en présence d'études contradictoires par rapport aux associations possibles entre l'âge au placement et l'attachement des jeunes enfants d'accueil. Peu d'études ont porté sur les associations entre l'âge au placement et le développement des enfants. Les quelques études qui s'y sont intéressés, ainsi qu'aux liens possibles entre la durée du placement et l'attachement de l'enfant, ne rapportent aucun lien entre ces variables, comme dans le cas du développement mental, alors qu'un lien est trouvé entre la durée de placement et les problèmes moteurs des enfants, les enfants ayant plus de problèmes vivant un placement plus long. Plus spécifiquement, aucune étude portant sur les liens entre la durée du placement et le développement mental des enfants n'a été recensée. Compte tenu que le placement est souvent appliqué comme solution unique, c'est-à-dire sans accompagnement thérapeutique, puisque les familles d'accueil québécoises osent peu demander des services aux Centres jeunesse pour les aider avec leur enfant d'accueil, de peur de se faire enlever cet enfant, il est pertinent d'étudier les liens entre la durée du placement et le développement et la sécurité d'attachement des jeunes enfants d'accueil du Québec. En plus du fait que d'autres études soient pertinentes pour clarifier l'association entre la durée de placement et le développement et l'attachement des enfants d'accueil, vu la rareté de ces études et l'absence d'études québécoises, il convient également de considérer l'âge au placement comme possible covariable à nos analyses.

1.5.3. Instabilité de placement

1.5.3.1. Instabilité de placement et troubles de comportement

Les déplacements des enfants d'une famille à l'autre font partie de la réalité du système d'accueil québécois et américain. Selon certaines études, la moitié des enfants placés vivraient au moins un déplacement lors de leur trajectoire dans le système

d'accueil, que ce soit un placement d'urgence de quelques jours ou semaines ou un placement à plus long terme (Connell, Vanderploeg, Flaspohler, Katz, Saunders & Tebes, 2006; Palmer, 1996). Or, les études montrant que les déplacements d'enfants peuvent être néfastes pour ces derniers, il importe de s'interroger sur les liens qu'entretiennent les placements multiples avec l'adaptation psychologique et développementale d'un enfant.

Selon la littérature portant sur le sujet, les déplacements d'un l'enfant d'une famille à l'autre semblent faire empirer les troubles déjà présents chez l'enfant (Holland & Gorey, 2004), tant au niveau du comportement que des problèmes relationnels, émotionnels et d'attachement. Plusieurs recherches étudient les liens existant entre l'instabilité de placement et la présence de divers troubles de comportement à l'âge préscolaire et scolaire. En effet, la présence de problèmes de comportement est associée à une plus grande instabilité de placement (Barber, Delfabbro & Cooper, 2001 ; Fisher, Ellis & Chamberlain, 1999). Plus précisément, les enfants qui présentent des troubles de comportement lors d'un placement ont plus de chances d'être déplacés fréquemment par la suite (Barth, Lloyd, Green, James, Leslie & Landsverk, 2007 ; Chamberlain, Price, Reid, Landsverk, Fisher & Stoolmiller, 2006 ; Connel et al., 2006) et les enfants qui ne présentaient pas de problèmes de comportement externalisés et internalisés à un placement initial en développent s'ils vivent de nombreux déplacements (Newton et al., 2000). L'instabilité de placement est également liée à des problèmes relationnels et émotionnels (Halfon, Mendonca & Berkowitz, 1995). Une stabilité de placement est associée à une meilleure santé (Simms et al., 2000) et à des enfants moins agressifs et présentant de meilleures habiletés sociales (Stone & Stone, 1983). Toutefois, l'étude de Barber et Delfabbro (2003) rapporte des résultats qui ont une teneur différente par rapport aux associations entre les placements multiples et les troubles de comportement des enfants d'accueil d'âge scolaire et à l'adolescence. Ils rapportent que, sur une période de 8 mois, bien que les enfants ayant des placements stables semblent avoir une meilleure adaptation émotive et comportementale que les enfants vivant de l'instabilité de placement, ces derniers montrent quand même une amélioration de ces mesures d'adaptation avec le temps. Ces résultats exposent que même avec une instabilité de placement, les problèmes des enfants d'accueil pourraient diminuer avec le temps.

Ainsi, la plupart des recherches s'intéressant à l'instabilité de placement étudient ses liens avec les troubles de comportement. Le sujet du développement de l'enfant, tout comme celui de l'attachement, a été peu étudié en lien avec l'instabilité. James (2004)

dénonce d'ailleurs le peu d'intérêt que la littérature scientifique a consacré à explorer les différentes raisons des déplacements des enfants, raisons qui pourraient être liées dans environ 20% des cas à des problèmes de comportement, mais qui peuvent aussi être liées à des attentes irréalistes de la part de la famille d'accueil, à des caractéristiques incompatibles de l'enfant et de la famille d'accueil, à des éléments légaux ou administratifs liés aux politiques de placement, etc. Certains éléments de l'histoire de pré-placement de l'enfant semblent aussi prédire la présence de placements multiples chez les enfants, dont l'abus de substances (drogues, alcool) prénatal maternel, et, de façon encore plus significative, la consommation post-natale de substances, encore de la part de la mère biologique (Smith, Johnson, Pears, Fisher & DeGarmo, 2007).

1.5.3.2. Instabilité de placement et développement et attachement

Voyons maintenant ce qu'ont trouvé les rares études sur l'instabilité de placement qui se sont penchées sur l'attachement et le développement des jeunes enfants. L'aspect du développement en lien avec l'instabilité de placement chez des enfants d'accueil d'âge préscolaire a été investigué par Pears et Fisher (2005). Ils ont trouvé que les enfants d'accueil de leur échantillon ayant vécu un plus grand nombre de placements présentaient de moins bonnes fonctions exécutives. Toutefois, le nombre de placements n'était pas lié au fonctionnement neuropsychologique, au fonctionnement cognitif et au langage. Lewis, Dozier, Ackerman et Sepulveda-Kozakowski (2007) trouvent quant à eux une corrélation négative significative entre le nombre de placements vécus et l'intelligence verbale (sous-test vocabulaire du WPPSI-R) dans leur échantillon composé d'enfants d'accueil âgés de 5 et 6 ans. Ainsi, nous pourrions soit nous attendre à trouver comme Lewis et ses collaborateurs (2007) une corrélation semblable dans notre étude, qui comportera une population plus jeune, montrant alors un lien entre l'instabilité de placement et un moins bon développement mental, soit, comme Pears et Fisher (2005), à ne pas trouver de lien entre l'instabilité de placement et le fonctionnement cognitif.

Pour ce qui est de l'attachement, bien que plusieurs auteurs, en fonction de la théorie de Bowlby (1969/1982, 1973) sur l'attachement et les séparations précoces mère-enfant, considèrent naturel que les enfants développent ou présentent à la base des difficultés au niveau de l'attachement (dont Palmer, 1996; Stovall & Dozier, 1998), peu d'études récentes portent directement sur le lien entre le nombre de déplacements des enfants et leur sécurité ou leur type d'attachement. Bien que les auteurs prennent souvent

pour acquis qu'un nombre de placements élevé soit lié à de l'insécurité d'attachement, les études ne confirment pas nécessairement ce lien. Ainsi, celle d'Ackerman et de Dozier (2005) trouve que chez des enfants d'accueil de 5 ans, le nombre de placements vécus n'est pas lié à une mesure représentationnelle de l'attachement, le Separation Anxiety Test (Hansburg, 1972 ; Klagsbrun & Bowlby, 1976, version révisée par Kaplan, 1985). Pourtant, tel qu'énoncé précédemment, des études telle celle de Halfon et ses collaborateurs (1995) rapportent des liens entre l'instabilité de placement et des problèmes relationnels et émotionnels, deux éléments qui devraient être liés à l'attachement.

Davantage de connaissances sont donc requises pour déterminer si l'instabilité de placement est liée seulement à des troubles de comportement ou si elle est liée également à des troubles du développement et d'attachement. De plus, les études rapportées portent sur des populations d'enfants d'âge préscolaire et scolaire, et non pas sur des enfants dans la petite enfance.

Il est proposé ici d'investiguer les liens entre les placements multiples et l'ajustement développemental et l'attachement pour une population d'enfants d'accueil québécois âgés de 10 mois à 3 ans et demi, soit dans la petite enfance. Peu d'études ont touché à ces sphères pour cette population. Des connaissances plus poussées à ce sujet seraient pertinentes pour éclairer les décisions à prendre par rapport au nombre de déplacements qu'on peut faire vivre à un bébé et pour élaborer des politiques liées à la priorité donnée aux placements permanents ou non. Il est d'autant plus important de se pencher sur cette question que plus un enfant vit de placements, plus ses placements subséquents risquent de se terminer par un échec, c'est-à-dire un déplacement (Barber et al., 2001 ; Fisher, Burraston & Pears, 2005), et plus il risque de revenir dans le système d'accueil si une tentative de réunification avec les parents biologique a lieu (Wells & Guo, 1999).

1.5.4. Indice de risques cumulés

1.5.4.1. Risques individuels et cumulés

La rupture relationnelle, le risque de développer un attachement insécurisant et de le conserver malgré le placement ainsi que les effets néfastes de la négligence et de la maltraitance ont été présentés. Les enfants d'accueil sont aussi confrontés à des facteurs

de risque supplémentaires et ce, bien souvent dès le début de leur vie, voire dès leur conception. Parmi ceux-ci, Steinhauer (1993) souligne d'abord une vulnérabilité biologique. D'une part, si la mère naturelle présente un historique de problèmes de santé mentale, il se peut que l'enfant partage ce patrimoine génétique et soit lui aussi prédisposé à des problèmes de santé mentale ou à l'alcoolisme (Holland & Gorey, 2004). Les mères présentant un trouble de personnalité et consommant des drogues ont aussi tendance à présenter une sensibilité maternelle aux besoins de l'enfant plus faible, ce qui est associé à de la désorganisation de l'attachement chez le jeune enfant (Espinosa, Beckwith, Howard, Tyler & Swanson, 2001). De façon générale, lors de la grossesse, les mères ayant des enfants qui leur seront retirés sont davantage portées à consommer des substances nocives pour le fœtus, telles que l'alcool, la cigarette ou différentes drogues (Smith et al., 2007). L'exposition intra-utérine à ces substances peut provoquer chez le bébé plusieurs troubles (Steinhauer, 1993), incluant des difficultés cognitives (McNichol & Tash, 2001; Smith et al., 2007) et des troubles de comportements (McNichol & Tash, 2001; Simmel, 2007). Elle est aussi associée à des bébés prématurés ou de petit poids (Doris, Meguid, Thomas, Blatt & Eckenrode, 2006), éléments qui à leur tour sont associés à une panoplie de problématiques, telles qu'un plus faible développement cognitif et social (Feldman & Eidelman, 2006), une panoplie de complications médicales (Kramer, Oliver, McLean, Willis & Usher, 1990), des difficultés attentionnelles (van de Weijer-Bergsma, Wijnroks & Jongmans, 2008), des difficultés académiques et d'adaptation à l'école ainsi que des problèmes de comportement (Hack, Flannery, Schluchter, Cartar, Borawski & Klein, 2002; Sykes, Hoy, Bill, McClure, Halliday & Reid, 1997).

Par rapport à l'exposition intra-utérine à des substances nocives, Lester et Fuyeo (1996) soulignent que les études sur l'exposition prénatale à la cocaïne présentent souvent des problèmes méthodologiques importants et qu'il est difficile d'isoler les effets de la consommation d'une seule substance. Ce commentaire va dans le même sens que ce qu'énoncent Sameroff et Seifer (1990), c'est à dire que la sommation des différents facteurs de risque en un score global de risque serait un prédicteur plus puissant des problèmes sociaux et comportementaux des enfants que leur utilisation isolée (Rutter, 1979). D'autres auteurs (Jacobson & Jacobson, 2001, dans un résumé des articles d'une édition spéciale portant sur les effets de la consommation parentale de drogues et alcool ; Whitaker, Orzol & Kahn, 2006) rapportent également que la sommation de facteurs de

risque, dont l'exposition intra-utérine à des substances nocives, la présence de problèmes de santé mentale chez la mère, les conditions de vie difficiles et l'exposition à de la violence familiale durant la première année de vie, prédit mieux la gravité des problèmes de comportement et l'impact au niveau du développement cognitif et socio-émotionnel chez de jeunes enfants que l'utilisation séparée de ces facteurs. Burchinal, Roberts, Hooper et Zeisel (2000) spécifient eux aussi qu'un score de risques cumulés est l'approche la plus appropriée lorsqu'on s'intéresse aux risques psychosociaux en lien avec le développement ultérieur d'enfants lorsque ce risque se compose de plusieurs variables dans un petit échantillon et que d'autres variables sont à l'avant-plan de nos intérêts de recherche. Ceci correspond aux conditions de la présente étude. En raison des recommandations de ces différents chercheurs, c'est par un score de risques cumulés, appelé ici indice de risque, que le niveau de risque sera considéré dans cet essai.

Certaines études utilisent un score de risques cumulés dans leurs travaux portant sur des enfants d'accueil et l'attachement (Ackerman & Dozier, 2005; Stovall-McClough & Dozier, 2004). Dans l'étude de Ackerman et Dozier (2005), chez des enfants d'accueil de 5 ans, le risque pré-placement n'est pas lié à l'attachement. Dans une étude de Stovall-McClough et Dozier (2004), les auteurs trouvent au contraire que les enfants présentant un nombre plus élevé de facteurs de risque pré (exposition fœtale à de la drogue, abus physique) et post-placement (changements de placements) montrent un niveau de sécurité d'attachement qui baisse avec le temps et une utilisation de stratégies d'attachement qui devient davantage incohérente avec le temps. La notion d'incohérence d'attachement fait ici référence au fait d'utiliser des stratégies d'attachement contradictoires et différentes dans la même journée. Toutefois, l'âge au placement demeure un prédicteur plus significatif de l'attachement après deux mois de placement que l'indice de risque. Il sera donc important de considérer l'âge comme covariable possible dans nos analyses portant sur les liens entre les variables dépendantes et le facteur de risque qui sera généré.

Pour ce qui est des liens entre un score de risques cumulés et le développement des enfants d'accueil, seulement quelques études ont pu être recensées à ce sujet, puisque la plupart des études qui se sont intéressées à cette question portent sur des facteurs de risque uniques plutôt que cumulés. Une première étude rapporte que chez des enfants adoptés après leurs 4 ans, la présence de complications médicales à la grossesse et à la naissance ainsi que les problèmes médicaux cumulés sont associés à de plus faibles potentiels intellectuels chez les enfants (Dumaret, Duyme & Tomkiewicz, 1997). De

façon similaire, une autre étude qui porte sur un échantillon à risque de familles à faibles revenus plutôt que spécifiquement sur des enfants d'accueil, trouve également que le score de risques cumulés médicaux prédit à la fois le développement mental et le développement psychomoteur de bébés prématurés alors qu'ils avaient 4 mois d'âge corrigé (Candelaria, O'Connell & Teti, 2006). Ces résultats nous incitent à inclure la présence de condition(s) médicale(s) sérieuse(s) à la naissance dans notre indice de risque. De façon générale, et en utilisant un score de risques cumulés semblable à celui qui sera utilisé dans cette étude, l'étude de Burchinal et ses collaborateurs (2000) confirme un large courant de littérature énonçant que la présence de risques socio-économiques, culturels et relationnels au niveau des interactions donneur de soins-enfant est associée à des difficultés cognitives chez des enfants d'âge pré-scolaire qui demeurent avec leur famille biologique. La méta-analyse de van den Dries et ses collaborateurs (2009) confirme à son tour ces données chez une population d'enfants adoptés ou en placement, soit qu'une accumulation de facteurs de risque peut engendrer chez les enfants qui y sont exposés un développement moins optimal que chez des enfants qui ne sont pas confrontés à de nombreux facteurs de risque, ou qui bénéficient de facteurs de protection.

1.5.4.2. Indice de risques cumulés : quoi inclure

Voyons maintenant ce qui peut être inclus dans un indice de risques cumulés. La sélection des variables à retenir pour l'indice de risque de la présente étude a été effectuée en se basant sur des études similaires à la nôtre qui utilisaient un facteur de risques cumulés. La plupart des scores de risque pré-placement recensés dans la littérature sur les enfants d'accueil comprennent les différents risques suivants : prématurité, historique psychiatrique familial, exposition foetale à des drogues, du tabac ou de l'alcool, conditions médicales sérieuses à la naissance, histoire de négligence et histoire d'abus physique ou sexuel (Ackerman & Dozier, 2005; Lewis et al., 2007; Smith et al., 2007; Stovall-McClough & Dozier, 2004). Pour notre indice de risque, il nous semble préférable d'utiliser le petit poids à la naissance (moins de 2500 grammes) plutôt que la prématurité, tel que dicté par différentes études (Feldman & Eidelman, 2006; Hack et al., 2002; Strauss & Dietz, 1998; Sykes et al., 1997). En ce qui a trait à l'histoire de négligence ou d'abus physique, la recherche nous dicte qu'à la petite enfance, le fait d'avoir été exposé à différentes sortes de maltraitance et de négligence était lié, notamment, à des retards de développement moteur, à de faibles scores de développement cognitif au Bayley Infant Scales of Development, à de faibles capacités de résolution de

problèmes sociaux, à des problèmes de type externalisé et internalisé et à des attachements insécurisants, particulièrement de type désorganisé (Trickett & McBride-Chang, 1995, pour une revue de littérature). Les recherches de cette revue de littérature ne portent toutefois pas sur une population d'enfants qui ont été retirés de leur milieu d'origine.

La création de l'indice de risques cumulés, nommé ici indice de risque, qui sera utilisé dans la présente étude s'inspire donc des études rapportées dans cette section. La composition et la création de ce facteur de risques sont décrites plus en détails dans la section 2.3.3. *Indice de risque*, dans le chapitre 2, *Méthodologie*.

1.5.5. Résumé : trajectoires de placement et pré-placement et adaptation

Suite à l'exposition à de multiples facteurs de risque, plusieurs auteurs rapportent que les enfants placés présentent une panoplie de problèmes de comportement, de développement, d'attachement, de langage, des troubles psychosociaux et des problèmes médiaux à court et à long terme et (dosReis et al., 2001; Heller et al., 2002; Holland & Gorey, 2004; Horwitz et al., 2001; Malik et al., 2002; Simmel et al., 2007). Certaines études dans la littérature se sont penchées sur les corrélats entre les différents types de placement et les caractéristiques familiales et de l'enfant d'accueil (Alshuler, 1998; Harden, 2002; Leslie et al., 2002; Simard et al., 1998), mais aucune ne portait sur tous les types de placement offerts au Québec. Bien qu'il soit souvent rapporté que plus les enfants sont placés tôt dans leur développement, moins les impacts de la maltraitance et de la coupure d'attachement risquent de se faire sentir (Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care, 2002; David, 1994), des études à ce sujet portant sur l'attachement ne sont pas consistantes (Ackerman & Dozier, 2005; Dozier et al., 2001; Euillet et al., 2008; Stovall & Dozier, 2000; van den Dries et al., 2009). Plus intéressant et questionnant encore, les études qui portent sur la durée du placement trouvent présentement peu de liens avec le développement des enfants d'accueil (Benedict & White, 1991) et même avec la sécurité d'attachement, pour laquelle les premiers comportements d'attachement peu après le placement seraient plus déterminants que la durée du placement (Stovall-McClough & Dozier, 2004; van den Dries et al., 2009). Il sera donc pertinent d'examiner dans cet essai les corrélats chez les enfants en lien avec la durée de placement, puisque le placement est souvent considéré comme une solution unique, avec peu, voire pas, de soutien thérapeutique offert aux familles d'accueil. En ce

qui concerne l'instabilité de placement, la littérature montre qu'elle est liée à des troubles de comportement chez une population d'enfants d'âge préscolaire et scolaire (Barber et al., 2001 ; Barth et al., 2007 ; Fisher et al., 1999 ; Newton et al., 2000), mais cette association n'a pas encore été bien explorée à la petite enfance. Les liens entre l'instabilité de placement et le développement et la sécurité d'attachement, plutôt qu'avec les problèmes de comportement, ont été peu explorés (Ackerman et Dozier, 2005; Lewis et al., 2007; Pears & Fisher, 2005). Finalement, un indice de risques cumulés chez les enfants d'accueil devrait être lié à des troubles au niveau du développement mental et moteur si on se fie sur une population ayant vécu des séquelles semblables, mais n'ayant pas été placée (van den Dries et al., 2009). Les liens entre cet indice de risque et l'attachement sont encore à déterminer, puisque les rares études recensées à ce sujet sont contradictoires (Ackerman & Dozier, 2005 ; Stovall-McClough & Dozier, 2004). L'originalité de la présente recherche sera donc d'étudier une population québécoise francophone d'enfants d'accueil. De plus, les liens entre d'une part le type de placement, la durée de placement, le nombre de placements et un indice de risques cumulés et, d'autre part, le développement cognitif et psychomoteur et les comportements d'attachement de l'enfant seront explorés chez les jeunes enfants d'accueil. Il est important d'en connaître davantage sur ces associations afin de pouvoir prendre des décisions par rapport aux placements et déplacements des enfants en se basant sur une littérature scientifique complète et reflétant la réalité québécoise.

1.6. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de cet essai est de faire une description d'indices de développement mental et psychomoteur et de la sécurité d'attachement envers la mère d'accueil des jeunes enfants placés en famille d'accueil et en banque mixte au Québec en fonction des différentes trajectoires et des risques auxquels ils sont exposés. Un développement moteur, cognitif et social dans la norme ont été identifiés comme des facteurs pouvant agir à titre de protecteurs contre des facteurs de risque, justifiant l'importance de s'intéresser à ces variables (Werner & Smith, 1992).

Il est important de noter que l'échantillon participant est issu d'un projet de recherche portant sur l'évaluation d'une intervention pilote visant à optimiser la sécurité affective et l'autorégulation chez les enfants placés. Les données utilisées dans cet essai

sont issues de la visite pré-test avec les dyades mère-enfant d'accueil ayant accepté de participer au projet. Les enfants sont placés depuis des périodes variables. L'échantillon en est donc un de convenance, qui n'est pas nécessairement représentatif de la population étudiée.

Le but de cette étude est d'explorer comment les trajectoires de début de vie de ces enfants sont liées à leur adaptation. Des connaissances plus poussées à ce sujet apporteraient un nouvel éclairage aux décisions portant sur les placements d'enfants, particulièrement lorsqu'ils sont en très bas âge.

Nous vérifierons à l'aide de corrélations, de khi-carrés et d'ANOVAs, selon les variables, si chacune de nos variables indépendantes est liée ou pas à chacune de nos variables dépendantes, soit le développement mental et psychomoteur au Bayley-II et la sécurité d'attachement de l'enfant envers sa mère d'accueil mesurée à l'aide du Tri de cartes des comportements d'attachement, ainsi que dans quelle direction. Les variables indépendantes à l'étude sont les suivantes : le type de placement, le temps passé dans le placement actuel, le nombre de placements vécus et le facteur de risques cumulés qui sera généré. Si cela s'avère pertinent, le sexe de l'enfant, son âge et des éléments de risque issus du statut sociodémographique de la famille d'accueil seront utilisés comme covariables dans les analyses. Malgré quelques études trouvant des liens entre ces possibles covariables et nos variables indépendantes et dépendantes (Connell et al., 2006, Palmer, 2006), la littérature ne nous permet toutefois généralement pas de prévoir avec assurance que ces variables soient liées aux variables dépendantes (Benedict & White, 1991; Chamberlain et al., 2006 ; McNichol & Tash, 2001; Simmel et al., 2007).

Les hypothèses de recherche, présentées en fonction des variables indépendantes, sont les suivantes:

- Type de placement : étant donné que les études à ce sujet n'incluent pas un type de placement semblable à la banque mixte québécoise, la littérature ne nous permet pas d'effectuer des prédictions précises. Ce sera donc de manière exploratoire que nous vérifierons s'il y a présence ou absence de liens entre le type de placement de l'enfant (famille d'accueil régulière, placement à majorité, banque mixte) et le développement mental et psychomoteur et l'attachement de l'enfant d'accueil envers sa mère d'accueil et que, s'il y en a, nous vérifierons leur direction.

- Durée de placement : étant donné que peu d'études se sont intéressées à ce sujet, la littérature ne nous permet pas d'effectuer des prédictions précises. L'étude des possibles liens entre la durée du placement actuel et les scores de développement mental et psychomoteur et de sécurité d'attachement des enfants se fera de façon exploratoire et en considérant comme covariable potentielle l'âge au placement.
- Nombre de placements : les théories et les études s'intéressant à ce sujet n'arrivant pas aux mêmes conclusions, la question des liens possibles entre le nombre de placements vécus et les scores de développement et d'attachement sera elle aussi une question ouverte et les liens seront étudiés de manière exploratoire.
- Indice de risque pré-placement : plus l'indice de risque sera élevé, plus les scores de développement mental et psychomoteur seront faibles. Les résultats des études recensées étant moins concluants en ce qui a trait à la sécurité d'attachement, les liens entre l'indice de risque et l'attachement seront étudiés de façon exploratoire.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

2.1. Participants

L'échantillon comprend 54 dyades mère-enfant d'accueil recrutées dans le cadre d'un projet d'évaluation d'une intervention pilote visant à optimiser la sécurité affective et l'autorégulation chez les enfants placés (voir Duchesne, Dubois-Comtois & Moss, 2007, pour plus de détails sur l'évaluation de l'intervention). Les enfants sont répartis selon les types de placements suivants : 4 enfants en famille d'accueil régulière, 3 enfants en placement jusqu'à la majorité et 46 enfants en banque mixte. La particularité des enfants placés en famille d'accueil régulière est qu'ils ne sont pas placés de façon permanente dans ces familles. Ils peuvent, après leur placement, retourner dans leur famille biologique, être placés dans une autre famille d'accueil ou encore avoir une ordonnance de placement jusqu'à la majorité ou en banque mixte. Les enfants placés jusqu'à leur majorité sont quant à eux sous la responsabilité du parent d'accueil jusqu'à leurs 18 ans. Par la suite, il revient aux parents d'accueil et à l'enfant de décider s'ils voudront encore que l'enfant vive dans cette famille ou pas ; d'une façon ou d'une autre, les parents d'accueil n'ont alors plus d'implication légale auprès de l'enfant. Finalement, les enfants placés en banque mixte sont des enfants qui, de par leur histoire, ont de fortes chances d'être éligibles à l'adoption et ils sont confiés à une famille désireuse de les adopter. Ce placement est donc celui dans lequel on s'attend à ce que les enfants vivent le plus de stabilité.

Les dyades ont été référées à l'équipe de recherche par les Centres jeunesse de Montréal, Québec, Mauricie, Montérégie et Laval. Les enfants devaient être âgés entre 10 et 42 mois pour participer à l'étude et être placés dans leur milieu actuel depuis au moins

2 mois. Ce critère entraîne l'exclusion de ce qu'on appelle les placements en familles de dépannage, qui consistent en de courts séjours (maximum 30 jours) des enfants dans une famille chez laquelle ils sont placés d'urgence, souvent immédiatement après le retrait de leur famille biologique. Un autre critère voulait que les enfants présentant un handicap physique et/ou mental diagnostiqué (ex. : paralysie cérébrale, Syndrome de Down, autisme) ou un délai de développement sévère (ex. : motricité extrêmement limitée) soient exclus de l'étude. Ce dernier critère a été appliqué en raison des exigences motrices liées aux activités de l'intervention.

Parmi les enfants et leur famille d'accueil respectant nos critères d'inclusion, 54 ont entamé une participation au projet d'évaluation de l'intervention pilote (voir la section suivante pour la procédure du projet). La participation à l'ensemble du projet impliquait quatre rencontres de prises de mesures, soit deux rencontres de pré-test et deux rencontres de post-test. La moitié des familles participantes étaient assignées aléatoirement au groupe contrôle, alors que l'autre moitié des familles étaient assignées au groupe d'intervention. Celles-ci recevaient chacune 6 rencontres d'intervention à domicile. L'assignation au groupe d'intervention ou au groupe contrôle a été effectuée au hasard entre la première et la deuxième rencontre. Les familles étaient informées du groupe auquel elles appartenaient seulement après la deuxième visite de pré-test, soit après que les données utilisées dans le cadre du présent essai soient collectées. Il est à noter que toutes les dyades continuaient de recevoir le support habituel de leur intervenant du Centre jeunesse de leur territoire durant le projet.

Pour le projet ici présenté, seules les données de la première rencontre de pré-test et celles issues des dossiers des Centres jeunesse ont été considérées. Ce choix a été fait pour nous permettre d'étudier les données d'enfants placés avant qu'une intervention ne vienne influencer les éléments d'analyse. Les 54 enfants et familles d'accueil ayant participé à la première rencontre du projet étaient donc tous des sujets potentiels de notre étude et aucune de ces dyades n'avait reçu l'intervention. Parmi ces dyades, les données permettant d'effectuer les analyses étaient disponibles pour 37 à 53 d'entre elles, selon nos hypothèses. Étant donné la difficulté à recruter des enfants d'accueil et à obtenir pour chaque dyade l'ensemble des informations recherchées, nous avons choisi de faire nos analyses sur tous les sujets disponibles pour chaque question de recherche séparément, plutôt que de ne conserver que les sujets pour lesquels les données étaient disponibles pour les quatre questions de recherche. Cette façon de faire a été utilisée par Pears et

Fisher (2005) avec un échantillon d'enfants d'accueil américains et permet de ne pas réduire indûment la taille de l'échantillon ainsi que la puissance des analyses statistiques. Des 54 sujets formant l'échantillon complet, 31 des enfants d'accueil sont des garçons (57,4% de l'échantillon) et 23 des filles (42,6% de l'échantillon). Ils étaient âgés en moyenne de 24 mois (écart-type de 8 mois, avec 10 mois comme âge minimum et 41 mois comme âge maximum) et leur ethnie, ainsi que celle des familles d'accueil, est majoritairement canadienne francophone. Les types de placement se répartissent de la façon suivante : 4 enfants en famille d'accueil régulière, 3 enfants en placement jusqu'à la majorité et 46 enfants en banque mixte. Le nombre de placements vécus par les enfants, disponible pour 44 d'entre eux, varie entre 1 et 6 placements ($m = 2,34$; $É.T. = 1,14$) et le temps passé dans le placement actuel, disponible pour 43 enfants, varie de 2 à 39 mois ($m = 17,74$; $É.T. = 8,93$).

Du côté des familles, tous types de placements confondus, les enfants étaient placés avec des mères d'accueil âgées de 25 à 60 ans ($m = 39,10$; $É.T. = 6,93$). 18,4% d'entre elles avaient une scolarité de niveau secondaire, 26,5% de niveau collégial et 55,1% de niveau universitaire. Les familles d'accueil étaient à 8,2% monoparentale et à 91,8% mariées ou en union de fait. Elles avaient un revenu familial annuel variant de 20 000 \$ à 100 000 \$, avec 15% des familles ayant un revenu considéré sous le seuil de la pauvreté (moins de 10 000\$ par membre de la famille). Les familles étaient constituées de 2 à 11 membres ($m = 4,60$; $É.T. = 1,80$) et vivaient dans des demeures de 4 à 21 pièces ($m = 8,45$; $É.T. = 2,95$). En considérant qu'un ratio personne-pièce de 80% et plus est un facteur de risque, 17% de l'échantillon est à risque au niveau de la densité.

2.2. Procédure

Les participants ont été recrutés dans le cadre du projet nommé « Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et l'autorégulation des enfants placés en famille d'accueil », visant l'évaluation d'une intervention auprès d'enfants et de parents d'accueil. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) en date du 8 mai 2002 (voir annexe A) ainsi que par le Comité d'éthique sur la recherche (CÉR) du Centre jeunesse de Québec, suite à quelques propositions pour clarifier le formulaire de consentement et l'ajuster à la réalité des familles d'accueil (voir annexe B). Ce sont les Centres jeunesse participants au projet qui nous fournissaient les noms de

familles à contacter. Tous les enfants répondant aux critères de sélection étaient considérés comme des sujets potentiels. L'intervenant de la famille biologique de l'enfant et l'intervenant de la famille d'accueil devaient d'abord chacun approuver la participation de l'enfant au projet. Lorsque l'approbation des deux intervenants était reçue, la famille biologique devait d'abord donner son consentement, puis la famille d'accueil devait accepter d'être contactée. Un membre de l'équipe de recherche appelait alors la mère d'accueil, lui décrivait le projet, répondait à ses questions et lui demandait si elle acceptait de participer. Le cas échéant, un premier rendez-vous était pris. En raison de la nécessité de faire approuver la participation à la recherche tant par l'intervenant de la famille biologique, l'intervenant de la famille d'accueil, les parents biologiques et les parents d'accueil, il était attendu que le taux de perte de sujets potentiels soit élevé. Toutefois, étant donné que nous ne recevions les noms des familles à contacter que lorsque toutes les conditions préalables et les consentements étaient remplis, nous ne sommes pas en mesure de calculer le taux d'attrition parmi les familles identifiées à la base comme possibles participantes au projet par les Centres jeunesse.

Les données par rapport au développement de l'enfant et à la sécurité de son attachement envers la mère d'accueil, ainsi que les données sociodémographiques concernant la famille d'accueil, ont été recueillies lors de la première rencontre du projet ainsi que par des questionnaires remis à la mère d'accueil et remplis suite à la rencontre. Deux expérimentatrices se rendaient au domicile de la famille d'accueil dans le cadre de cette visite qui durait en moyenne de 2h à 2h30. Le formulaire de consentement, dont le contenu était d'abord présenté et approuvé oralement par les parents d'accueil lors du premier contact téléphonique (voir annexe C), était alors lu et signé en deux copies (une copie pour notre laboratoire de recherche et une copie pour la famille d'accueil) au début de la visite. Les familles d'accueil donnaient ainsi un consentement éclairé à leur participation au projet, tout en sachant qu'elles pouvaient se retirer de l'étude à n'importe quel moment et sans devoir se justifier. Un questionnaire portant sur des données sociodémographiques de la famille d'accueil ainsi que deux autres courtes entrevues (TIMB¹ et AAP²), qui ne sont pas utilisées dans le présent projet, étaient ensuite administrés oralement à la mère par la première expérimentatrice. La deuxième expérimentatrice faisait ensuite passer à l'enfant les Échelles du Développement de

¹ TIMB : This is my Baby Interview (Bates & Dozier, 2002)

² AAP : Adult Attachment Projective (George & West, 2001)

Bayley-II, qui étaient suivies par une période de jeux libres filmée d'une durée de 10 minutes avec la mère et l'enfant d'accueil.

Les expérimentatrices revenaient alors au laboratoire et remplissaient un rapport sur le déroulement de la visite, qui pourrait servir par exemple à mieux comprendre des résultats extrêmes. L'expérimentatrice ayant effectué les entrevues avec la mère remplissait ensuite un tri de cartes portant sur les comportements d'attachement de l'enfant. Le tri de cartes était effectué en se basant sur les observations que l'expérimentatrice avait effectuées des comportements de l'enfant tout au long de la visite, par rapport à son donneur de soins (i.e. sa mère d'accueil) et par rapport aux étrangères, ici principalement les expérimentatrices. Une fois sur quatre, les deux expérimentatrices remplissaient chacune et de manière indépendante le tri de cartes sur la sensibilité maternelle afin d'évaluer le degré d'accord inter-juges des expérimentatrices effectuant les visites à la maison (voir la partie sur le *Tri de cartes des comportements d'attachement* dans la section 2.3. Mesures pour plus de détails sur cet accord inter-juges).

Dans le but d'obtenir des données sur l'historique de l'enfant précédant son signalement ainsi que sur la raison, le nombre et la durée de son ou ses placement(s), un membre de l'équipe de recherche se rendait dans les Centres jeunesse participants pour consulter les dossiers des enfants. Les informations se trouvaient en général dans le dossier de l'enfant ou dans son dossier d'adoption. Il est toutefois à noter que chaque Centre jeunesse a sa manière particulière de regrouper les informations dans le ou les dossiers des enfants. Un questionnaire nommé « facteurs de risque » a servi à recueillir les informations (voir annexe D). Nous nous intéressons particulièrement, d'une part, aux détails des différents placements (nombre, âge de l'enfant à chaque placement, durée de chacun) et d'autre part, aux risques prénataux (consommation d'alcool, de tabac ou de drogue durant la grossesse), familiaux (historique de santé mentale chez la mère ou dans sa famille) et de pré-placement (différentes expériences de vie à risque dans la famille biologique, telles que maltraitance, négligence, climat de violence conjugale, etc). Il est important de souligner que nous avons remarqué une grande variabilité dans la façon dont les dossiers sont complétés selon les différents Centres jeunesse et selon les intervenants qui les remplissent. Ce n'est donc pas parce qu'une information n'est pas rapportée qu'elle doit être considérée comme absente de l'histoire de vie de l'enfant. En conséquence, nous devons nous baser sur le postulat voulant que plus le risque était

présent ou important pour cet enfant, plus grandes devraient être les chances qu'il soit rapporté au dossier. Il nous appartient de garder en tête que le portrait que nous dressons de l'enfant est fort probablement incomplet.

2.3. Mesures

2.3.1. Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques sont soit fournies par les Centres jeunesse, soit par les parents d'accueil par le biais du questionnaire sociodémographique (voir annexe E). Elles incluent d'une part des caractéristiques de l'enfant, telles que son âge, son sexe et son statut de placement (famille d'accueil, placement à majorité ou banque mixte) et, d'autre part, des caractéristiques de la famille d'accueil, telles que l'âge des parents, leur niveau d'éducation, le revenu familial annuel et le statut familial.

2.3.2. Histoire de placement

L'histoire de placement a été documentée en consultant les dossiers des enfants participants dans les différents Centres jeunesse impliqués. Les informations recueillies comprennent le type de placement de l'enfant, la date du début du placement actuel ainsi que, lorsque disponible, la date d'arrivée et de départ dans chacun des placements antérieurs vécus par l'enfant. Nous avons utilisé cette information pour calculer le nombre de placements vécu par l'enfant. La date exacte étant parfois difficile à obtenir, il est arrivé que seule l'information relative au nombre de placements total soit collectée. Par rapport aux informations sur l'histoire de placement déjà rapportées, ajoutons que la moyenne d'âge au premier placement des 31 enfants pour qui cette information était disponible variait de 0 à 12 mois ($m = 1,17$ mois ; $É.T. = 2,58$).

2.3.3. Indice de risque

Tel qu'expliqué dans le contexte théorique, il a été décidé d'utiliser un indice de risque composé de différents facteurs de risque individuels et dont la présence ou l'absence fut recueillie dans les dossiers des enfants dans leur Centre jeunesse respectif. Le questionnaire utilisé pour collecter dans les dossiers des Centres jeunesse ces informations concernant l'histoire de vie des enfants est joint à l'annexe D. Notons que c'est aussi ce questionnaire qui sert à calculer l'âge de l'enfant au premier placement, au

placement actuel et le nombre de placements qu'il a vécu. L'utilisation d'un indice de risques cumulés réduit l'erreur de mesure individuelle de chacun des éléments regroupés dans l'indice. Cette erreur aurait pu être importante en raison de la disparité de l'information disponible dans les dossiers consultés pour recueillir les données sur l'histoire précédant le placement actuel. Les différents facteurs retenus pour créer l'indice de risques cumulés sont les suivants : exposition fœtale à de l'alcool, exposition fœtale à de la drogue, exposition fœtale à du tabac, petit poids à la naissance (moins de 2500 grammes), condition(s) médicale(s) sérieuse(s) à la naissance, présence de trouble(s) psychiatrique(s) ou d'un historique de trouble(s) psychiatrique(s) chez la mère et le nombre de raisons de placement répertoriées au dossier. Ces informations présentes dans les dossiers avaient été recueillies par les intervenants des Centres jeunesse soit auprès de la mère ou des parents biologiques lors de la création du dossier de l'enfant, soit auprès de sources externes telles que le dossier médical de l'enfant. Ainsi, par exemple, les expositions fœtales à des substances nocives pouvaient être auto-rapportées par la mère ou inscrites au dossier si une substance était détectée dans le sang ou l'urine du bébé à la naissance. Notons ici qu'il est fort possible que plusieurs mères ou pères, auxquels on venait d'enlever leur enfant suite à un signalement à la DPJ, aient pu avoir tendance à minimiser ou cacher des éléments de l'histoire de grossesse et de vie de l'enfant qui pouvaient laisser supposer chez eux une certaine incapacité parentale.

Smith et ses collaborateurs (2007) attribuent un score de gravité aux différents types de maltraitance, puis font une sommation de ces différents événements qu'ils incluent dans leur score global de risque en tenant compte de la gravité de chacun. Les données recueillies dans les dossiers de nos participants et la disparité dans la manière dont l'histoire de vie des enfants d'accueil était rapportée dans leurs dossiers ne nous permettent pas de tenir compte de la gravité des événements de maltraitance. Nous avons donc décidé de simplement additionner les différents types de maltraitance vécus par les enfants et de les additionner ensuite aux autres facteurs de risque individuels pour créer notre facteur de risques cumulés, appelé ici l'indice de risque.

Les raisons de placement étaient disponibles pour 46 enfants. Les catégories de raisons de placement répertoriées dans l'échantillon sont les suivantes, avec entre parenthèses le pourcentage d'enfants ayant été rapportés comme ayant ces raisons de placement : abus physique (2,2 %), abus sexuel (2,2 %), habiletés parentales déficientes (négligence) (76,1 %), environnement inadéquat (23,9 %), instabilité familiale (mode de

vie, itinérance) (39,1 %), prostitution (15,2 %), abus de substances (28,3 %), condition psychiatrique des parents (23,9 %), abandon (19,6 %), incarcération du parent (2,2 %), placement volontaire (8,7 %), parent placé (4,3 %) et autres raisons (17,4 %). Nous constatons à posteriori que la catégorie « autres raisons » correspondait, pour les 8 enfants chez qui elle était présente, à être témoin de violence conjugale ou familiale. Ces différentes raisons de placement sont additionnées pour chaque enfant afin d'obtenir un niveau de risque correspondant au nombre de types de maltraitance/négligence expérimentés. La raison « placement volontaire » a été exclue de ce calcul. On peut, en effet, supposer que le fait d'avoir des parents acceptant le placement de leur enfant pour son bien, lorsque ce n'est pas un abandon, peut être un facteur de protection plutôt que de risque pour l'enfant.

En résumé, les éléments suivants valaient chacun un point dans le calcul de l'indice de risque :

- Petit poids à la naissance (moins de 2500 grammes)
- Exposition fœtale à de l'alcool
- Exposition fœtale à de la drogue
- Exposition fœtale au tabac
- Trouble ou historique de trouble psychiatrique chez la mère
- Condition(s) médicale(s) sérieuse(s) à la naissance
- Nombre de raisons de placement répertoriées au dossier (un point par raison) touchant la maltraitance, la négligence et les conditions de vie inadéquates

2.3.4. Scores de développement

Les scores de développement des enfants sont issus des Échelles du développement de Bayley – 2^e édition (Bayley-II ; Bayley, 1993). Le Bayley-II est un test de développement largement utilisé en contexte de recherche comme en contexte clinique. Il est l'instrument de choix pour évaluer le développement cognitif et moteur des jeunes enfants. Il peut être utilisé avec des enfants de 0 à 42 mois et comporte 3 échelles, soit l'échelle mentale, l'échelle motrice et l'échelle comportementale. Les scores bruts des échelles mentale et motrice sont convertis en scores standardisés, créant un Indice de Développement Mental (IDM) et un Indice de Développement Psychomoteur

(IDP). Le score moyen est de 100 avec un écart-type de 15. Comme recommandé dans le manuel, les scores continus ont été classés dans les catégories suivantes : a) retard important : score standardisé de 69 ou moins, b) retard modéré : score standardisé entre 70 et 84 ou c) performance dans les limites de la normale : score standardisé entre 85 et 114. La cotation de performance accélérée n'a pas été utilisée car aucun enfant n'a obtenu un score standardisé de 115 ou plus. En raison de ces catégories, les résultats en termes de développement de cet instrument peuvent être considérés à la fois de manière catégorielle (catégories nommées ci haut) et de manière continue (scores standardisés).

L'échelle comportementale se subdivise en 3 sous-échelles pour les enfants de 6 mois et plus, soit la disposition/engagement, la régulation émotionnelle et la motricité. C'est l'expérimentatrice qui a administré le test qui remplit l'échelle comportementale suite aux observations des réactions de l'enfant durant la passation du test. Cette échelle évalue le comportement de l'enfant durant la passation et sert à faciliter l'interprétation des échelles mentale et motrice (Bayley, 1993). Nous pouvons donc nous en servir à cette fin, par exemple pour amener un éclairage dans les cas de données extrêmes.

Le Bayley-II présente de très bonnes qualités psychométriques. Bayley (1993) y consacre deux chapitres dans le manuel de l'instrument, où elle rapporte les études supportant sa validité et sa fidélité. Le test présente une bonne validité de construit, soulignée pour les échelles mentale et motrice par le fait que les construits sont de plus en plus différenciés à mesure que l'âge de passation augmente et par le fait que les construits mesurés lorsque les enfants sont jeunes sont liés aux construits apparaissant quand ils sont plus âgés. Au niveau de l'échelle comportementale, sa validité concurrente est démontrée par de bons liens avec des observations filmées en milieu naturel. De plus, les scores aux trois échelles permettent de prédire assez bien le fonctionnement cognitif ultérieur de l'enfant, surtout pour des enfants d'âges plus avancés, ce qui démontre une bonne validité de prédiction. Finalement, les trois échelles présentent une bonne validité discriminante, évaluée par le fait que les résultats au test permettent de différencier les enfants à haut risque de ceux suivant un développement normal.

Dans la présente étude, plusieurs expérimentatrices ont été formées pour administrer le Bayley-II. La formation a été donnée en deux ou trois rencontres par la même formatrice, Annick Boisclair, M.Ps.. Cette dernière est demeurée par la suite disponible pour répondre aux questions sur l'administration et la cotation de l'instrument.

Le Bayley-II a été administré à l'enfant et filmé lors de la visite à la maison. La mère était présente lors de la passation et pouvait parfois aider l'expérimentatrice lors de l'administration des items de l'échelle motrice, dans le but de faciliter la motivation et la collaboration de l'enfant. L'expérimentatrice effectuait la codification au laboratoire par la suite et pouvait contacter Annick Boisclair en cas de questions. Les feuilles de notation des trois échelles de l'instrument sont jointes aux annexes F, G et H.

2.3.5. Sécurité de l'attachement

Le degré de sécurité de la relation d'attachement de l'enfant avec sa mère d'accueil est mesuré à l'aide du Tri de cartes des comportements d'attachement (Vaughn & Waters, 1990; Waters & Deane, 1985). Cette instrument, à la différence de la situation étrange de Ainsworth (Ainsworth et al., 1978), permet d'obtenir un score continu d'attachement plutôt que de classer les enfants en termes de catégories d'attachement. L'instrument comprend 90 cartes-items décrivant différents comportements d'attachement qu'un enfant âgé de 1 à 5 ans peut émettre. Suite à la visite, l'expérimentatrice ayant effectué les entrevues de la rencontre avec la mère remplissait l'instrument. Les cartes doivent d'abord être classées en trois catégories, soit typiques du comportement de l'enfant observé, atypiques ou neutres. Par la suite, chaque pile de 30 cartes est redivisée en 3 catégories décrivant le degré de représentativité des items à l'intérieur des catégories générales. Neuf sous-catégories comprenant 10 cartes chacune sont donc générées : items extrêmement typiques, très typiques, assez typiques, un peu typiques, neutres, un peu atypiques, assez atypiques, très atypiques et extrêmement atypiques. Chaque sous-catégorie se voit attribuer un score de représentativité des items, avec 9 pour les items extrêmement typiques, 8 pour les items très typiques et ainsi de suite jusqu'à 1 pour les items extrêmement atypiques. Des corrélations sont alors calculées entre les classifications effectuées par l'expérimentatrice et des critères correspondant au degré de sécurité des comportements en comparaison avec un enfant ayant un attachement sécurisant prototypique. Ces scores varient entre -1,0 (comportements montrant le moins de sécurité) et 1,0 (comportements montrant le plus de sécurité). Les scores indiquent donc jusqu'à quel point le comportement observé de l'enfant montre qu'il utilise sa mère comme base de sécurité et d'exploration. L'utilisation du Tri de cartes des comportements d'attachement permet d'observer les comportements d'attachement dans l'environnement naturel des enfants et de leur mère d'accueil, ce qui est un avantage de cette mesure de sécurité d'attachement.

van IJzendoorn, Vereijken, Bakermans-Kranenburg et Riksen-Walraven ont effectué une méta-analyse en 2004 portant sur la validité et la fidélité du Tri de cartes des comportements d'attachement et ils concluent que l'instrument est une mesure valide de l'attachement de l'enfant. Plus précisément, ils rapportent une validité convergente issue du fait que le score de sécurité au Tri de cartes est lié à la sécurité d'attachement telle qu'évaluée par la situation étrange de Ainsworth (Ainsworth et al., 1978), une procédure en laboratoire largement reconnue et utilisée pour évaluer l'attachement des jeunes enfants (Pederson & Moran, 1996 ; Tarabulsy, Avgoustis, Phillips, Pederson & Moran, 1997). L'instrument présente également une bonne validité prédictive en raison de son association avec la sensibilité maternelle (Tarabulsy, Bernier, Provost, Maranda, Larose, Moss, Larose & Tessier, 2005 ; Tarabulsy, Provost, Larose, Moss, Lemelin, Moran, Forbes & Pederson, 2008) ainsi que diverses mesures du développement socio-émotionnel de l'enfant (Thompson, 1999). Finalement, la validité discriminante du Tri de cartes des comportements d'attachement est démontrée par le fait que le score de sécurité obtenu n'est que faiblement lié à des mesures du tempérament de l'enfant (Vaughn & Bost, 1999).

Avant de commencer à faire des visites à domicile, les expérimentatrices ont reçu une formation de trois jours sur l'instrument donnée par le Dr George M. Tarabulsy, Ph.D., professeur en psychologie à l'Université Laval. Une attention particulière était portée à la description des items afin que les différentes expérimentatrices en aient une compréhension la plus semblable possible. Lors du début des visites, les premiers tris de cartes ont été complétés sous la supervision du Dr Tarabulsy. Par la suite, l'accord inter-juges a été calculé pour un sous-échantillon composé d'environ 19% des dyades participantes. Pour ces dyades, les deux expérimentatrices remplissaient le tri de cartes des comportements d'attachement de manière indépendante, au retour de la visite à la maison, et leurs scores étaient ensuite comparés. En raison du plus petit nombre de familles participantes pour le sous-échantillon de Québec et Trois-Rivières (19 au total), la double cotation indépendante du tri de cartes n'a été faite que pour 3 familles dans ce sous-échantillon, et ce par trois pairages différents d'expérimentatrices. En raison de la disparité des juges pour ces dyades d'expérimentatrices, seul l'accord inter-juges pour l'échantillon de Montréal a pu être calculé. Les deux expérimentatrices de l'équipe de Montréal ont donc chacune rempli le tri de cartes de manière indépendante pour 20% des dyades de ce sous-échantillon ($n = 7$ sur un total de 35 dyades du sous-échantillon de

Montréal) et leur accord inter-juges, obtenu par une corrélation intra-classes, est excellent ($r = 0,94$).

2.4. Calculs de la puissance

À la lumière de ces informations, nous pouvons estimer la puissance nécessaire pour nos analyses. Nous prévoyons utiliser des corrélations, des ANOVAs et des khi-carrés. Le logiciel G*Power 3 (Faul, Erdfelder, Land & Buchner, 2007) a été utilisé pour ces calculs. Le nombre de dyades recrutées est de 54. Pour les analyses par corrélations, avec un alpha de 0,05 et une taille d'effet medium de $r = 0,4$, le niveau de puissance sera de 86% pour les corrélations si elles sont effectuées de manière bilatérale. Il nous semble préférable d'utiliser des corrélations bilatérales étant donné l'aspect exploratoire de l'étude. Pour les analyses de variance (ANOVAs), qui incluent deux groupes, avec un alpha de 0,05 et une taille de l'effet minimum de $f^2 = 0,40$ (taille d'effet large), la puissance est de 82%. Pour les khi-carrés, en considérant la valeur du test exact de Fisher, avec un alpha de 0,05 et des proportions de 0,2 et de 0,8 la puissance attendue est de 88%. Ces taux de puissance, bien que non optimaux, demeurent suffisants pour détecter des effets moyens ou larges. Il est aussi important de tenir compte de l'aspect exploratoire de cette recherche et de la difficulté à obtenir un grand nombre de sujets dans un échantillon clinique.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

3.1. Plan des analyses

Les questions de recherche portent sur les liens possibles entre les variables indépendantes et les variables dépendantes et sur leurs directions. Cette section est divisée en quatre hypothèses en fonction des quatre variables indépendantes à l'étude. Par rapport aux analyses utilisées, dans le cas du type de placement, la variable indépendante est catégorielle : des analyses de variance (ANOVAs) seront donc effectuées avec les variables dépendantes continues (score de sécurité d'attachement, scores de développement mental et psychomoteur) et des khi-carrés seront effectués avec les variables dépendantes catégorielles (catégories du développement mental et psychomoteur). Lorsque les fréquences attendues dans les différentes cellules ne seront pas atteintes, la valeur du test exact de Fisher sera utilisée. Des analyses de covariance (ANCOVAs) seront utilisées à la place des ANOVAs si des covariables doivent être prises en compte comme variables contrôle. Pour les trois autres variables indépendantes, soit le temps de placement, le nombre de placements et l'indice de risque, des corrélations simples seront effectuées avec les variables dépendantes (score de sécurité d'attachement, scores et catégories de développement). Si des covariables doivent être incluses, des corrélations partielles seront utilisées.

3.2. Analyses préliminaires

3.2.1. Distributions normales et transformations

Dans un premier temps, la vérification du critère de normalité de distribution statistique pour les variables à l'étude nous a amenés à transformer par une opération logarithmique inversée ($1-\log_{10}$) le score au Tri de cartes des comportements d'attachement et à transformer la variable du temps passé dans la famille en score Z afin de remédier à l'asymétrie de leur distribution. En raison de la trop faible répartition des sujets entre les différentes catégories, certaines variables catégorielles ont été dichotomisées, soit les catégories de développement mental et psychomoteur et le poids à la naissance. Ce dernier sera inclus dans le score de risque global. Pour le développement mental et psychomoteur, les catégories « retard important » et « retard modéré » ont été regroupées dans la catégorie *avec retard* et l'unique performance accélérée obtenue au Bayley moteur a été jointe à la catégorie *dans la normale*. Pour le poids à la naissance, les poids de moins de 2500 grammes ont été regroupés dans la catégorie *présence de risque*, tandis que ceux de 2500 grammes ou plus ont été regroupés dans la catégorie *absence de risque*. Le travail des variables « type de placement » et « indice de risque » sera expliqué dans les sections 3.2.2. et 3.2.3. Les autres variables à l'étude n'ont pas été modifiées, soit les indices continus de développement mental et psychomoteur ainsi que le nombre de placements.

3.2.2. Regroupement des types de placement en deux catégories

Pour effectuer les analyses portant sur le type de placement des enfants et leur adaptation, nous avons dû regrouper des catégories de placement pour obtenir des groupes suffisamment grands pour pouvoir les comparer statistiquement. Il a été décidé de regrouper les enfants ayant eu une ordonnance de placement (placés en famille d'accueil régulière ou jusqu'à la majorité) et de les comparer aux enfants placés en banque mixte. À titre descriptif, le tableau 3.1 (*voir page suivante*) illustre les moyennes des scores de sécurité d'attachement des différents groupes avant transformation, pris séparément et regroupés.

Tableau 3.1
Moyennes de sécurité d'attachement par types de placement

Type de placement	Nombre	Moyenne de sécurité d'attachement	Écart-type
<i>En trois groupes :</i>			
Banques mixtes	(n = 46)	0,39	0,29
Placements majorité	(n = 3)	0,34	0,14
Familles d'accueil régulières	(n = 4)	0,07	0,36
<i>En deux groupes :</i>			
Banques mixtes	(n = 46)	0,39	0,29
Familles d'accueil régulières et placements majorité	(n = 7)	0,18	0,31

Une simple inspection visuelle de ce tableau nous permet de constater que la différence la plus importante se situe entre les familles d'accueil et les deux autres groupes. Toutefois, le nombre de sujets par groupe ne nous permettait pas de tester statistiquement les différences entre les trois groupes. Les enfants en placement à majorité ont donc été regroupés avec les enfants en famille d'accueil régulière, ce qui nous a permis de comparer un groupe de 46 enfants avec un groupe de 7. Ce choix est aussi justifiable au niveau conceptuel. En effet, les enfants en banque mixte sont ceux placés dans l'optique d'être adoptés par la famille; ils constituent donc le groupe qui devrait bénéficier d'un maximum de stabilité, alors que ceux en placement à majorité jouissent d'une stabilité jusqu'à leur majorité seulement et que ceux en famille d'accueil régulière sont placés dans l'idée de les retourner dans leur famille d'origine ou de les changer de famille, ce qui fait d'eux le groupe qui devrait avoir le moins de stabilité. L'engagement que les parents en banque mixte peuvent démontrer face à un enfant qui sera officiellement reconnu comme le leur devrait être supérieur à celui de parents qui ont la garde de l'enfant, que ce soit de quelques mois à plusieurs années.

3.2.3. Création de l'indice de risque

Divers éléments considérés chacun comme un possible facteur de risque pour le développement, l'attachement ou l'adaptation des enfants dans la littérature ont été regroupés pour former cet indice unique de risque. Voici les éléments inclus dans le calcul, qui valent chacun un point :

- Petit poids à la naissance (moins de 2500 grammes)
- Exposition fœtale à de l'alcool
- Exposition fœtale à de la drogue
- Exposition fœtale au tabac
- Trouble ou historique de trouble psychiatrique chez la mère
- Condition(s) médicale(s) sérieuse(s) à la naissance
- Nombre de raisons de placement répertoriées au dossier (un point par raison) touchant la maltraitance, la négligence et les conditions de vie inadéquates

Spécifions que l'information par rapport aux conditions médicales sérieuses à la naissance dans notre échantillon provient de ce qui a été rapporté dans les dossiers des Centres jeunesse et non directement des dossiers médicaux. Ces conditions étaient d'ordre physique, par exemple une infection des poumons, un manque de tonus musculaire, de l'asthme, une malformation cardiaque, de l'hypoglycémie, etc.

L'indice de risque a pu être calculé pour 39 enfants. Il a une répartition normale et une étendue de 0 à 9 points dans l'échantillon ($m = 4,69$, $É.T. = 2,18$). À titre indicatif, le tableau 3.2 (voir page suivante) présente la répartition des enfants dans le cas des variables liées à l'histoire de pré-placement dichotomiques ou qui pouvaient être dichotomisées dans les catégories « absence de risque » ou « présence de risque ». L'exposition fœtale à l'alcool et celle à la drogue sont regroupées dans le tableau. Pour la création de l'indice de risque, les enfants recevaient un point s'il était spécifié que la mère avait consommé de l'alcool durant la grossesse, un autre s'il était spécifié qu'elle avait consommé de la drogue, et également un point s'il était dit qu'elle avait consommé sans toutefois que la nature de la substance consommée ne soit spécifiée. Puisque notre questionnaire ne permettait pas toujours de vérifier clairement le type de consommation de la mère, c'est-à-dire si elle avait pris de l'alcool, de la drogue ou les deux, nous avons préféré rapporter ces éléments ensemble pour ce tableau.

Tableau 3.2

Répartition de l'échantillon selon les facteurs de risque pré-placement dichotomisables

Facteurs de risque dichotomiques	Absence de risque	Présence de risque
Petit poids à la naissance	72,5 % (n= 29)	27,5 % (n= 11)
Exposition fœtale alcool/drogue	52 % (n= 24)	48 % (n= 22)
Exposition fœtale tabac	83 % (n= 44)	17 % (n= 9)
Trouble psychiatrique mère	68 % (n= 36)	32 % (n= 17)
Condition médicale à la naissance	51 % (n= 27)	49 % (n= 26)

NB Le nombre de raisons de placement étant une variable continue, il n'a pas été dichotomisé et n'est pas inclus ici.

3.2.4. Données sociodémographiques

Des analyses préliminaires ont été effectuées afin de vérifier si les caractéristiques sociodémographiques des familles d'accueil étaient liées aux variables dépendantes à l'étude, soit la sécurité d'attachement au Tri de cartes des comportements d'attachement et les développements mental et moteur au Bayley-II mesurés de façon continue et dichotomique. Un seul lien a été trouvé, soit une association entre le risque associé à la densité du nombre de personnes vivant dans la maison et le développement mental mesuré de façon dichotomique ($\chi^2(1, n = 48) = 6,58, p = 0,01$). Ainsi, les enfants affichant un retard de développement mental se retrouvent plus souvent dans la catégorie d'enfants ayant un risque associé à une densité élevée de personnes dans leur milieu de vie que les enfants ayant un développement mental dans la norme. Le risque lié à la densité sera donc retenu comme covariable dans les analyses entre les variables indépendantes et les catégories du développement mental. Les variables suivantes n'étaient pas associées aux variables dépendantes et n'ont donc pas été incluses comme covariables : âge et scolarité de la mère d'accueil, revenu annuel et statut matrimonial de la famille d'accueil. Notons que la scolarité du père d'accueil n'a pas pu être considérée en raison d'un nombre trop élevé de données manquantes pour cette variable.

3.2.5. Sexe et âge des participants et autres variables à l'étude

Finalement, les possibles liens entre le sexe, l'âge des participants et les variables dépendantes ont été vérifiés, ainsi que ceux des variables dépendantes entre elles. L'âge

n'est pas lié aux scores de développement et d'attachement. Le sexe est toutefois lié à l'indice de développement mental ($t(51) = -2,67, p = 0,01$), mais pas à l'attachement. Ainsi, puisque le sous-groupe constitué par les filles présente des scores plus élevés de développement mental au Bayley-II, le sexe des enfants sera inclus comme covariable dans les analyses portant sur l'indice de développement mental. À titre indicatif, en ce qui a trait à l'âge des enfants et aux variables indépendantes, l'âge des participants n'est qu'inversement lié au temps de placement dans la famille ($r = 0,69, p < 0,01$).

Des corrélations ont également été effectuées pour vérifier de possibles associations entre les différentes variables dépendantes. L'attachement et le développement ne sont pas liés statistiquement, pas plus que les indices de développement mental ne sont liés aux indices de développement moteur. Toutefois, tel qu'attendu, les deux façons utilisées de mesurer le développement (indices en continu et catégories) sont fortement corrélées pour chaque type de développement, mental ($r = -0,79, p < 0,01$) et moteur ($r = -0,77, p < 0,01$). Il a été décidé d'effectuer quand même les analyses statistiques à la fois avec le score en continu et avec les catégories, puisque les informations que nous fournissent ces deux variables nous apparaissent différentes et complémentaires. D'une façon générale, nous sommes intéressés à savoir si les indices de développement mental et psychomoteur sont associés ou varient en fonction des quatre variables indépendantes. L'utilisation des catégories nous a aussi permis de définir si ces variances ou ces associations permettent de différencier les enfants présentant des retards de développement en fonction de nos variables indépendantes. Puisque ce sont surtout les retards qui mettent les enfants à risque d'avoir des difficultés ultérieures, étudier la démarcation entre les enfants ayant des scores de développement dans la normale et ceux présentant un retard nous semble particulièrement pertinent.

3.3. Résultats relatifs aux questions de recherche

3.3.1. Liens entre le type de placement et les scores de développement et d'attachement

Tel que spécifié précédemment, les enfants ayant eu une ordonnance de placement (placés en famille d'accueil régulière ou jusqu'à la majorité) ont été regroupés et sont comparés aux enfants placés en banque mixte pour effectuer les analyses

concernant les associations entre le type de placement des enfants et leur adaptation telle que mesurée par le développement mental et psychomoteur (en mesure continue et en catégories « avec retard/dans la normale ») et la sécurité d'attachement mesurée sur un continuum.

L'analyse de variance effectuée entre le type de placement et la sécurité d'attachement pour les 53 sujets disponibles montre que le type de placement explique 7% de la variance dans la sécurité de l'attachement. En effet, il se dégage une tendance suggérant que le groupe d'enfants en banque mixte présentait un attachement plus sécurisant que le groupe d'enfants en famille d'accueil régulière ou en placement à majorité ($F(1,51) = 3,59, p = 0,06, \eta^2 = 0,07$).

Les analyses statistiques ne révèlent pas d'associations ou de différences de moyennes significatives entre les types de placement et le développement des enfants. Le tableau 3.3 ci-dessous présente les moyennes, les écart-types, les F et la taille d'effet pour l'analyse de covariance entre les types de placement et l'indice de développement mental (IDM), analyse incluant le sexe comme covariable, et pour l'analyse de variance entre les types de placement et l'indice de développement psychomoteur (IDP). Le tableau 3.4 (voir page suivante) présente ensuite les analyses de khi-carré entre les types de placement et les scores de développement mental et psychomoteur selon les catégories « retard » et « dans la normale ».

Tableau 3.3
ANCOVA et ANOVA entre les types de placements et les indices de développement

	Banques mixtes ($n = 46$)		Familles d'accueil régulières et placements majorité ($n = 7$)		F	η^2
	m	É.T.	m	É.T.		
IDM	89,33	12,10	87,14	12,59	0,04 ^a	0,01
IDP	89,61	11,07	92,00	10,21	0,29 ^a	<0,01

^a= non-significatif

Tableau 3.4
Analyses khi-carré entre les types de placement et les catégories du développement

	Banques mixtes	Familles d'accueil régulières et placements à majorité	Total	<i>p</i> de Fisher
BAYLEY MENTAL				
retard	<i>n</i> = 16	<i>n</i> = 4	20	0,41
dans la normale	<i>n</i> = 30	<i>n</i> = 3	33	
BAYLEY MOTEUR				
retard	<i>n</i> = 14	<i>n</i> = 1	15	0,66
dans la normale	<i>n</i> = 32	<i>n</i> = 6	38	
<i>Total</i>	46	7	53	

3.3.2. Liens entre la durée de placement et les scores de développement et d'attachement

Cette deuxième hypothèse visait à vérifier les associations possibles entre le temps passé dans le placement actuel et le développement mental et psychomoteur (en mesure continue et en catégories « avec retard/dans la normale ») et la sécurité d'attachement mesurée sur un continuum. Des corrélations effectuées sur les 43 sujets pour lesquels nous avons toutes les informations requises montrent que le temps passé dans le placement n'est pas lié à la sécurité d'attachement ($r = -0,06$, n.s.), à l'indice de développement psychomoteur ($r = 0,16$, n.s.) et aux catégories du développement psychomoteur « avec retard/dans la normale » ($r = -0,03$, n.s.). Une corrélation partielle effectuée sur 41 sujets et incluant le risque lié à la densité comme covariable indique que le temps dans le placement actuel n'est pas lié aux catégories du développement mental « avec retard/dans la normale » ($r = -0,08$, n.s.). La seule variable dépendante qui est liée au temps dans le placement est l'indice de développement mental, selon une corrélation partielle présentant une force d'association de 0,36 ($p < 0,05$) effectuée sur 43 sujets et incluant le sexe comme covariable. Ainsi, plus l'enfant a passé de temps dans la famille où il vivait au moment de la prise de mesure, plus son indice de développement mental est susceptible d'être élevé.

3.3.3. Liens entre l'instabilité de placement et les scores de développement et d'attachement

Nous avons vérifié ici les liens entre l'instabilité de placement, telle que mesurée par le nombre de placements vécus par l'enfant, et l'adaptation de l'enfant, telle que mesurée par le développement mental et psychomoteur (en mesure continue et en catégories « avec retard/dans la normale ») et la sécurité d'attachement mesurée sur un continuum. Les données de 44 sujets étaient disponibles pour tester cette question de recherche, sauf pour la corrélation partielle entre l'instabilité de placement et la catégorisation du développement mental « avec retard/dans la normale » avec le risque lié à la densité dans la maison comme covariable, analyse pour laquelle les données de 41 sujets étaient disponibles.

Une première analyse de corrélation ne révèle pas de lien significatif entre l'instabilité de placement et la sécurité d'attachement de l'enfant ($r = -0,04$, n.s.). Les analyses de corrélations partielles effectuées entre l'instabilité de placement de l'enfant et, d'une part, son développement mental avec le sexe comme covariable ($r = -0,06$, n.s.), et, d'autre part, les catégories « avec retard/dans la normale » du développement mental avec le risque lié à la densité comme covariable ($r = 0,10$, n.s.), se montrent toutes deux non-significatives. Des analyses de corrélations révèlent finalement que l'instabilité de placement n'est pas liée à l'indice de développement psychomoteur ($r = 0,08$, n.s.), mais qu'il est toutefois inversement lié à la catégorisation du développement psychomoteur « avec retard/dans la normale », avec une force d'association de $-0,36$ ($p < 0,05$). Ainsi, plus les enfants de notre échantillon ont vécu un nombre élevé de placements, plus ils risquent d'avoir un développement psychomoteur dans la normale, plutôt qu'avec un retard.

3.3.4. Liens entre l'histoire pré-placement et les scores de développement et d'attachement

Notre dernière hypothèse porte sur les associations possibles entre l'indice de risque des enfants, incluant des éléments de leur histoire pré-placement, et leur adaptation ultérieure. Ces analyses ont pu être réalisées avec 39 sujets, sauf pour la corrélation partielle avec l'indice de développement mental incluant le sexe comme covariable, qui l'a été avec 37 sujets. Un seul résultat s'avère significatif : les analyses de corrélations montrent un lien entre l'indice de risque et les catégories de développement

psychomoteur ($r = 0,40, p < 0,05$). Plus l'indice de risque est important, plus l'enfant a de chances de présenter un retard de développement psychomoteur. Les corrélations ne révèlent pas de liens significatifs entre l'indice de risque et ni l'indice continu de développement psychomoteur ($r = -0,10, n.s.$), ni la sécurité d'attachement de l'enfant ($r = 0,13, n.s.$). Les analyses de corrélations partielles effectuées d'une part entre l'indice de risque et le développement mental avec le sexe comme covariable ($r = -0,01, n.s.$), et d'autre part entre l'indice de risque et les catégories « avec retard/dans la normale » du développement mental avec le risque lié à la densité comme covariable ($r = -0,15, n.s.$), se montrent aussi toutes deux non-significatives.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

4.1. Discussion des résultats obtenus

Nous avons étudié, dans le cadre de cet essai, les liens entre des caractéristiques de placement (type, durée et nombre de placements) et de pré-placement (indice de risque) de jeunes enfants d'accueil québécois, d'une part, et leur sécurité d'attachement et leurs scores de développement mental et psychomoteur, d'autre part. Rappelons d'abord les résultats significatifs obtenus en fonction de nos variables dépendantes. L'attachement ne tend qu'à être lié au type de placement, le groupe des enfants placés en banque mixte présentant un attachement plus sécurisant que le groupe composé des enfants placés en famille d'accueil régulière et de ceux placés jusqu'à la majorité. Le développement mental mesuré de manière continue n'est lié qu'au temps passé dans le placement, les enfants avec une plus longue durée de placement présentent des scores plus élevés à cette variable. Finalement, la classification du développement psychomoteur en deux catégories est liée à la fois à l'instabilité de placement et à l'indice de risque. Ainsi, les enfants présentant un développement psychomoteur dans la normale ont vécu un nombre significativement plus élevé de placements que ceux ayant un retard, tandis que les enfants présentant un retard dans leur développement psychomoteur obtiennent un indice de risque pré-placement significativement plus élevé que les enfants ne présentant pas de retard.

Nos résultats nous montrent les relations observées dans notre échantillon entre les caractéristiques issues de l'histoire précédant le placement et les caractéristiques du placement avec l'adaptation de l'enfant en termes d'attachement et de développement. Ces résultats peuvent alimenter une réflexion par rapport aux politiques sociales en

protection de la jeunesse et aux décisions à prendre pour les enfants placés, dans le but de favoriser une bonne adaptation développementale et socio-émotionnelle actuelle et future chez cette population à haut risque. En effet, un attachement sécurisant et un bon développement dans la petite enfance sont liés à une meilleure adaptation ultérieure (Moss et al., 1996, 1998, 2004; Son & Meisels, 2006; Vorria et al., 2006). Nous savons également qu'il est souvent plus efficace d'intervenir précocement, par exemple à la petite enfance ou à l'âge préscolaire, pour aider ces enfants qui ont, déjà tout jeunes, une lourde histoire de vie à porter, à mieux se développer malgré leurs carences initiales (Nelson, Westhues & MacLeod, 2003, pour une méta-analyse).

Dans cette section, nous discuterons des résultats obtenus par ordre d'hypothèses de recherche en s'attardant aux explications et implications possibles de ces résultats. Les limites méthodologiques de l'étude seront abordées dans la section suivante et nous conclurons avec les contributions de l'étude et ses implications cliniques dans le cadre des politiques en protection de l'enfance.

4.1.1. Associations entre les types de placement et l'adaptation

La littérature ne nous ayant pas permis de dégager des hypothèses représentatives du modèle de placement québécois, nous avons abordé les liens possibles entre, d'une part, le type de placement et, d'autre part, l'attachement et le développement des enfants d'accueil de notre échantillon de façon exploratoire. Nos résultats suggèrent que le type de placement explique 7% de la variance de la sécurité d'attachement chez les enfants placés. Les enfants placés en banque mixte dans notre échantillon tendent à présenter un attachement plus sécurisant que ceux placés en famille d'accueil et en placement à majorité. Aucun lien n'a été trouvé entre le type de placement et le développement mental ou psychomoteur des enfants.

Il se pourrait que les enfants placés en banque mixte présentent à la base des caractéristiques leur permettant de développer un attachement plus sécurisant. Toutefois, à l'exception d'un enfant dans notre échantillon qui a été placé volontairement par sa mère à la naissance, c'est souvent la lourdeur des cas qui justifie le placement en banque mixte. À prime abord, on pourrait s'attendre en fonction de cette lourdeur qu'il ne soit pas plus facile pour ces enfants de développer un attachement sécurisant. Une variable confondante qu'il nous semble à envisager est le fait que les enfants en banque mixte puissent être placés plus jeunes que les autres, ce qui peut aider à l'établissement d'un

attachement sécurisant (Stovall-McClough & Dozier, 2004 ; van den Dries et al. 2009). En effet, une corrélation nous permet de voir une tendance associant l'âge au placement actuel et le type de placement ($r = 0,27$; $p < 0,10$) dans notre échantillon. Plus les enfants sont placés vieux, plus ils tendent à faire partie du groupe d'enfants en famille d'accueil régulière et en placement à majorité. Toutefois, une analyse de corrélation entre l'âge au placement actuel et l'attachement se montre non significative ($r = -0,03$; n.s.) et une analyse de variance nous montre que les moyennes des scores de sécurité d'attachement des enfants placés à la naissance et de ceux placés après la naissance ne sont pas statistiquement différents dans notre échantillon ($F(1,30) = 0,69$, n.s.). Ces analyses tendent donc à réfuter une interprétation voulant que les enfants en banque mixte pourraient avoir un attachement plus sécurisant que ceux en familles d'accueil et en placement à majorité en raison du fait qu'ils sont placés plus jeunes.

Voyons comment, alors, comprendre nos résultats obtenus qui mettent à jour une tendance par rapport à l'attachement, et ce malgré le fait que nous ayons regroupé les enfants placés en famille d'accueil régulière et ceux en placement à majorité. Ce regroupement, nécessaire pour obtenir des groupes suffisamment grands pour être comparés dans des analyses de variance et de covariance, peut se justifier d'une part en raison du fait que la moyenne de sécurité d'attachement brute est plus élevée chez les enfants en banque mixte que dans les deux autres groupes, et d'autre part parce que ce groupe nous semble qualitativement le plus différent des trois. En effet, la banque mixte est le seul type de placement dans lequel les enfants sont placés dans l'optique d'une adoption éventuelle. Certes, les familles banque mixte désirant adopter vivent beaucoup d'insécurité et d'anxiété dans l'attente du verdict qui leur assurera de pouvoir adopter légalement l'enfant. Cela n'en demeure pas moins le type de placement qui offre le plus de chance d'aboutir à une adoption, et c'est ainsi dans celui-ci qu'on peut s'attendre à ce que les parents investissent le plus l'enfant à long terme, sans retenue et en se protégeant le moins de la peur de perdre cet enfant. Effectivement, les familles d'accueil régulières savent d'avance que leur mandat n'est que temporaire, alors que les familles avec un enfant placé jusqu'à la majorité savent que ce dernier, bien qu'il puisse faire le choix de rester avec eux à ses 18 ans, ne sera jamais reconnu légalement comme leur.

Ainsi, les enfants placés en banque mixte ont tendance à présenter un attachement plus sécurisant envers leur mère d'accueil que les enfants placés en famille d'accueil régulière ou en placement à majorité. Ayant énoncé cela, nous pouvons nous questionner

par rapport à l'investissement face à l'enfant que les parents d'accueil réguliers et d'enfants placés à majorité développent ou se laissent le droit de développer. En effet, ces parents d'accueil se savent temporaires dans la vie de l'enfant. Peuvent-ils aimer et investir ce dernier avec autant de liberté que les parents en banque mixte, sachant que l'enfant leur sera enlevé un jour? Cette situation peut se vivre de différentes façons. Nous pouvons imaginer que certains parents freinent leur investissement alors que d'autres s'investissent quand même. Seulement, ces derniers le font possiblement avec une certaine distance visant à les protéger, en raison de la séparation anticipée ; ou alors ils peuvent vivre cet investissement avec ambivalence, en ayant des élans d'amour exprimés et vécus plus librement et en étant à d'autres moments plus retenus, voir rejetants dans leur lien affectif avec l'enfant. Ironiquement, ces doubles messages (amour et rejet) s'apparentent aux comportements des mères d'enfants de type d'attachement ambivalent-résistant et risquent de favoriser chez l'enfant un attachement insécurisant (Cassidy & Berlin, 1994). C'est plutôt la sensibilité maternelle et la constance qui favorisent un attachement sécurisant chez les enfants, lui permettant de se sentir aimé et d'avoir confiance que son donneur de soins sera là pour le sécuriser, et cela de façon stable (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer, 2003 ; Bowlby, 1969/1982).

Nos résultats viennent appuyer ces réflexions, puisqu'ils montrent que les enfants de notre échantillon placés en banque mixte ont tendance à présenter la meilleure sécurité d'attachement. Puisque les études illustrent clairement les nombreux effets bénéfiques associés à la sécurité d'attachement chez les enfants d'âge préscolaire comme chez les plus âgés, tels qu'une meilleure adaptation socio-émotionnelle (enfants plus sociaux, plus positifs, plus appréciés par leurs pairs) et moins de problèmes intériorisés et extériorisés (Easterbrooks, Davidson & Chazan, 1993 ; Lemieux, 2003 ; Moss et al., 1996, 1998, 2004), ce résultat nous encourage à conseiller aux preneurs de décision du système d'accueil québécois de favoriser, dans la mesure du possible, les placements en banque mixte. Il serait aussi pertinent d'effectuer d'autres études avec un groupe d'enfants qui ne sont pas en banque mixte plus nombreux pour confirmer nos résultats.

Par ailleurs, aucun lien n'a été observé entre le type de placement et le développement mental et moteur des enfants. Leslie et ses collaborateurs (2002) ont obtenu des résultats semblables chez une population d'accueil d'âge préscolaire. Bien que, lors d'un test de dépistage, les enfants placés dans une famille d'accueil régulière présentaient un risque significativement plus élevé de retard de développement que dans

les autres placements (temporaire, dans la famille élargie, en institution), lorsque le développement a été évalué à l'aide du Bayley-II, le même instrument que dans notre étude, aucune différence significative entre types de placement ne demeurerait. Bien que le développement des enfants d'accueil ne semble pas associé à leur type de placement, rappelons que, comme ce sera discuté dans les sections suivantes, il est lié à d'autres caractéristiques de placement et de pré-placement dans notre étude : le développement mental est lié positivement au temps en placement et les catégories du développement psychomoteur sont liées positivement aux nombres de placements et sont inversement liées à l'indice de risque.

4.1.2. Associations entre la durée de placement et l'adaptation

Nos analyses portant sur les associations entre la durée du placement actuel et l'adaptation étaient de nature exploratoire. Nos résultats nous montrent que plus le temps passé dans le placement actuel était long lors de la prise de mesures, meilleurs étaient les scores de développement mental. Aucune association n'a été trouvée entre la durée de placement et les scores de sécurité d'attachement et de développement psychomoteur.

Penchons-nous d'abord sur cette unique association significative trouvée avec la durée du placement, soit le développement mental mesuré de façon continue. Plus les enfants sont placés depuis longtemps dans la même famille, meilleur semble être leur indice de développement mental. Bien que notre devis de recherche transversal ne nous permette pas de l'affirmer, nous pouvons penser que ce résultat puisse illustrer une influence du temps de placement sur le développement mental. Cette interprétation serait consistante avec les résultats de McNichol et Tash (2001). Bien que ces chercheurs remarquent des difficultés cognitives au placement chez les enfants d'accueil, leurs résultats révèlent aussi une amélioration des capacités cognitives des enfants s'opérant au fur et à mesure du temps en placement. Il semblerait ainsi qu'une stabilité de milieu de vie adéquat dans le temps, possiblement associée à une sécurité physique et émotionnelle (sans pour autant parler directement d'attachement), permette de libérer suffisamment d'énergie chez l'enfant pour son développement mental. On peut imaginer qu'un milieu de vie stable et prévisible, qui répond adéquatement aux besoins de base de l'enfant tels que la sécurité, l'alimentation et le sommeil, permette à l'enfant de passer régulièrement du temps à faire des jeux éducatifs et à s'y concentrer (apprentissage des couleurs, de relations spatiales, du langage, etc) et que ce milieu, de par sa stabilité, l'aide à tirer des

inférences sur le monde qui l'entoure et à mieux en comprendre le fonctionnement. L'enfant qui bénéficie de cette sécurité n'est plus en mode de survie, ce qui permet à différentes zones de son cerveau de consacrer plus d'énergie à des apprentissages (Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care, 2002). On peut aussi supposer que les enfants qui vivent depuis plus longtemps dans leur milieu de placement puissent également être investis davantage par leurs parents d'accueil. Une étude d'Ackerman et Dozier (2005) auprès d'enfants d'accueil de 5 ans met d'ailleurs à jour un lien entre l'investissement de l'enfant par le parent d'accueil et une estimation du QI des enfants. Plus les parents d'accueil investissaient les enfants qui étaient placés avec eux à 2 ans, plus ces enfants étaient susceptibles de présenter une meilleure estimation du QI.

Une autre interprétation de ce résultat est la possibilité que ce soit les enfants présentant initialement un meilleur développement mental qui aient le plus de chance de vivre une stabilité de placement. Cette interprétation nous semble moins probable, mais demeure à considérer en raison de l'aspect transversal de cette étude. Suite à un placement, la littérature sur les populations d'âge scolaire et adolescente associe le maintien ou le retrait d'un enfant dans une famille davantage à des raisons d'ordre comportemental qu'à des raisons d'ordre cognitif. Ainsi, les enfants présentant des troubles de comportement extériorisés ont tendance à être déplacés d'une famille à l'autre et ainsi à rester moins longtemps dans la même famille (Barber et al., 2001 ; Chamberlain et al., 2006 ; Delfabbro, Barber & Cooper, 2002 ; Newton et al., 2000). Or, la littérature associe des difficultés au niveau des fonctions exécutives chez les enfants à la fois aux problèmes de comportement (Fahie & Symons, 2003) et à un moins bon développement cognitif (Pears & Fisher, 2005). Toutefois, dans l'étude de Pears et Fisher (2005), les enfants qui avaient vécu de multiples placements obtenaient certes des scores plus faibles aux mesures des fonctions exécutives, mais ne se distinguaient pas en matière de développement cognitif et de langage. Ainsi, les troubles de comportement et les difficultés au niveau des fonctions exécutives semblent plus spécifiquement associés aux déplacements d'une famille à l'autre que le développement cognitif. Ceci rejoint l'idée que, de par le fonctionnement de la DPJ et des sociétés de protection de l'enfance en général, nous nous attendons à ce que ce soit les enfants ayant des retards de développement, de par leurs besoins particuliers, qui obtiennent à priori une ordonnance de placement à plus long terme (Connell et al., 2006 ; Landsverk, Davis, Ganger, Newton & Johnson, 1996), et non pas le contraire. Selon cette compréhension, ce serait donc la

stabilité dans le temps d'un placement à un même endroit qui permettrait à ces enfants de développer de meilleures capacités mentales.

Voyons maintenant comment nous pouvons comprendre qu'un placement prolongé dans ces familles d'accueil puisse favoriser le développement mental, mais pas la sécurité d'attachement. Soulignons d'abord que nos résultats sont consistants avec ceux des rares études s'étant intéressées à ce sujet, qui ont aussi trouvé que l'attachement n'était pas lié à la durée de placement (Ackerman & Dozier, 2005 ; van den Dries et al., 2009) et que les comportements précoces d'attachement s'installant lors des deux premières semaines de placement sont ce qui prédit le mieux l'attachement de l'enfant à 2 mois de placement, laissant envisager que les comportements d'attachement s'établiraient rapidement et de manière stable (Stovall-McClough & Dozier, 2004). Mais comment les comportements d'attachement s'installent-ils dans une nouvelle dyade, et pourquoi ne semblent-ils pas liés au temps passé dans un placement? Tournons-nous d'abord vers l'état d'esprit des mères d'accueil face à l'attachement. Des résultats obtenus par Pallanca (2008), issus du même projet de recherche sur les jeunes enfants en famille d'accueil et en banque mixte duquel est issu le présent essai, montrent que, selon l'instrument utilisé (AAI³ ou AAP⁴), 60 à 65% des mères d'accueil présentaient un état d'esprit face à l'attachement non-autonome. Plus précisément, 35 à 41% de la population des mères d'accueil étudiées présentaient un état d'esprit face à l'attachement de type non-résolu/désorganisé (voir Ballen, Demers & Bernier, 2006, pour une revue de littérature). Si l'on compare au 50% de mère non-autonomes observées par Béliveau (2004) chez une population normative de Montréal, échantillon dans lequel seulement 22% des mères étaient de type non-résolues, on remarque que la distribution de l'état d'esprit face à l'attachement des mères de notre échantillon s'apparente davantage à celle d'une population à risque qu'à celle d'une population normative (Pallanca, 2008). Ces mères présentant de l'insécurité par rapport à l'attachement, particulièrement celles ayant vécu la perte d'un parent ou d'un proche, ou encore une situation d'abus ou de négligence dans leur enfance, qui ne soit pas résolue pour elles, ont tendance à avoir une sensibilité maternelle et des capacités parentales altérées par leurs propres expériences de pertes et d'abus non-résolues et non-intégrées (voir van IJzendoorn, 1995, pour une méta-analyse). Sachant que l'attachement peut s'organiser, dans une population normative, en fonction

³ AAI : Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1985)

⁴ AAP : Adult Attachment Projective (George, West & Pettem, 1997)

de la sensibilité parentale ou de l'état d'esprit par rapport à l'attachement du donneur de soins principal (Ainsworth et al., 1978 ; De Wolff & van IJzendoorn, 1997 ; Pederson & Moran, 1995; van IJzendoorn, 1995), on peut s'attendre à ce que les mères non-autonomes face à l'attachement soient moins aptes à sécuriser l'enfant d'accueil qui leur est confié et à lui permettre de développer une sécurité d'attachement (Dozier et al., 2001), et ce peu importe la durée du placement.

La situation est particulière chez les mères d'accueil. En effet, Dozier et ses collaborateurs (2002) ont montré qu'une sensibilité maternelle normale ne suffisait souvent pas à aider les enfants d'accueil à changer leur patron d'attachement insécurisant pour en développer un sécurisant. Le parent d'accueil doit plutôt être capable de voir au-delà des besoins exprimés par l'enfant pour découvrir ceux que celui-ci a appris en tout jeune âge à ne pas exprimer, ayant trop souvent reçu une réponse négative lorsqu'il le faisait, et apprendre à l'enfant que dans cette nouvelle relation, la réponse qu'il recevra de son donneur de soins sera différente. Sans ce qu'on pourrait appeler cette hypersensitivité du donneur de soins, les comportements d'attachement insécurisants risquent de s'auto-perpétuer (Dozier et al., 2002). On peut donc s'attendre à ce que, sans aide extérieure, les mères ayant un état d'esprit face à l'attachement non-autonome, et particulièrement celles qui sont non-résolues, ne soient pas en mesure d'aller au devant des besoins de l'enfant. Cela pourrait expliquer que le temps passé dans le même placement n'entretienne pas de lien avec la sécurité d'attachement des enfants d'accueil, comme s'il était difficile pour ces mères d'améliorer la sécurité d'attachement des enfants. Toutefois, ces mères, qui ont été évaluées sur plusieurs points avant de devenir parents d'accueil, peuvent demeurer adéquates en ce qui concerne l'éducation des enfants tant qu'elles ne sont pas confrontées à un contenu relationnel réactivant leurs deuils et traumatismes, contenu qui vient alors interférer avec leur capacité à se montrer sensibles et rassurantes.

Finalement, considérons le fait que les enfants d'accueil dont la durée de placement est plus longue présentent un meilleur développement mental, mais ne présentent pas un meilleur développement psychomoteur. Il est à noter que pour l'ensemble de notre échantillon, une plus grande proportion des enfants sont considérés comme normaux dans les catégories de développement psychomoteur (72% dans la normale, 28% avec retard ; $m = 89,9$, $É.T. = 10,9$) que dans celles du développement mental (62% dans la normale, 38% avec retard ; $m = 89,0$, $É.T. = 12,1$). Que ce soit un effet du hasard ou que ce soit lié à des caractéristiques de notre population, ces résultats

suggèrent que les enfants de notre échantillon ont moins de rattrapage à faire en ce qui a trait aux capacités psychomotrices qu'en ce qui a trait aux capacités mentales. Il apparaît donc ici que la stabilité de placement permet aux enfants de développer ce qui semble être leur principale lacune au niveau développemental, soit les capacités mentales. Vorria et ses collaborateurs (2003) ont aussi trouvé, chez les bébés vivant en institution sans une histoire de négligence ou de maltraitance, un QI psychomoteur plus élevé que leur QI mental avec l'instrument de Bayley. Dans notre échantillon, il nous apparaît toutefois possible qu'une amélioration du Bayley moteur, qui se trouve quand même à 11 points sous la moyenne standardisée de la population (89 versus 100), puisse se produire à plus long terme. Puisque les jeunes enfants ont en général tendance à développer différentes capacités de façon séquentielle (par exemple, les poupons ne développent généralement pas simultanément la marche et la parole, ils se consacrent à ces apprentissages l'un après l'autre), il se pourrait que leurs énergies soient d'abord concentrées à l'amélioration de leurs capacités mentales, pour ensuite se déplacer vers le développement des capacités psychomotrices. Il faudrait pour évaluer cela faire une relance longitudinale, par exemple réévaluer le développement mental et moteur des enfants de notre échantillon au début de l'âge scolaire.

Si nous revenons à nos résultats, la section suivante nous montre toutefois qu'un développement psychomoteur davantage dans la normale lorsque évalué de manière catégorielle est associé au fait d'avoir vécu de nombreux placements. Il semblerait ainsi qu'à la petite enfance et à l'âge préscolaire, en situation de stabilité temporelle de placement, les enfants ont un meilleur développement mental, alors qu'en situation d'instabilité et de déplacements, c'est leur développement psychomoteur qui est significativement plus dans la normale. Nous nous attarderons davantage à ce résultat qui peut sembler surprenant à prime abord dans la section suivante.

4.1.3. Associations entre l'instabilité de placement et l'adaptation

Les analyses par rapport au nombre de déplacements vécus par les enfants étaient effectuées de manière exploratoire et aucune direction de lien n'avait été prévue. Les résultats sont les suivants : d'une part, la sécurité d'attachement et le développement mental ne sont pas liés au nombre de déplacements. D'autre part, le développement psychomoteur mesuré de façon catégorielle est lié aux déplacements selon une direction inattendue : lorsqu'un nombre plus élevé de déplacements est vécu, les enfants ont plus

de chances de présenter un développement psychomoteur normal qu'avec du retard. Nous discuterons d'abord du lien surprenant avec la normalité du développement moteur, puis de l'absence de liens avec le développement mental et l'attachement.

En ce qui a trait au développement moteur, non seulement nous ne trouvons pas de lien avec un nombre de placements élevé à un moins bon développement moteur, mais nous trouvons un lien significatif dans le sens inverse. Ce lien n'est toutefois trouvé que lorsque le développement psychomoteur est évalué de façon catégorielle, et non de façon continue. Plus les enfants vivent de placements, plus ils ont de chances de présenter un développement psychomoteur dans la normale. Il est possible, d'une part, qu'encore une fois, les enfants présentant des problèmes moteurs importants reçoivent une ordonnance de placement à plus long terme, plus stable, pour les aider dans leurs besoins particuliers. Toutefois, se pourrait-il aussi qu'il soit adaptatif pour les enfants constamment déplacés d'une famille à l'autre d'apprendre à se déplacer par eux-mêmes et de développer les capacités motrices pour répondre autant que possible par eux-mêmes à leurs besoins ? En effet, étant souvent changés d'une famille d'accueil à l'autre, ils n'ont pas la chance de sentir la sécurité que peut procurer un milieu qui répond à leurs besoins de manière continue et stable dans le temps et de faire confiance à ce milieu pour prendre soin d'eux. Même tout jeunes, ils pourraient être amenés à davantage développer leur motricité pour leur permettre d'aller eux-mêmes chercher dans leur environnement des éléments pouvant répondre à leurs besoins, que ces éléments soient d'ordre matériel ou relationnel. Ce résultat s'apparente à ceux obtenus dans l'ÉLDEQ (Étude longitudinale du développement des enfants du Québec) montrant que des enfants de 5 mois de familles à risque (par ex. : mères monoparentales, mères de moins de 25 ans) développaient plus rapidement de meilleures habiletés motrices, dont ramper, se tenir sur ses jambes et chercher des yeux un objet perdu (Japel, Tremblay & McDuff, 2001). Ces enfants à risque semblent eux aussi développer plus rapidement une autonomie sur le plan moteur.

Au niveau relationnel, Bowlby (1989) rapporte d'ailleurs que les comportements d'attachement ont pour fonction de permettre à l'enfant d'atteindre ou de maintenir une proximité physique avec son donneur de soins. Une explication possible au développement moteur significativement plus dans la normale des enfants déplacés, est qu'avec une telle motricité, ils auraient la capacité de rechercher par eux-mêmes la proximité avec un donneur de soins, ou même de chercher aide et réconfort auprès d'autres figures potentiellement aidantes. En effet, en raison des changements fréquents

de donneurs de soins, il pourrait être adaptatif pour ces enfants d'être toujours à l'affût de personnes pouvant prendre soin d'eux et d'être en mesure d'aller vers elles et de les « séduire ». On retrouve d'ailleurs chez les enfants présentant un trouble d'attachement des comportements excessifs d'approche des étrangers et un manque de distinction entre donneur de soins et étrangers (Albus & Dozier, 1999). En s'inspirant aussi de la théorie de l'attachement de Bowlby (1969/1982), une autre façon de comprendre ce résultat par rapport au développement psychomoteur est de se tourner vers les caractéristiques des enfants présentant un attachement de type évitant. Dans les dyades naturelles, ces derniers ont tendance à être davantage dans le pôle de l'exploration que dans celui de la recherche de réconfort, alors que leurs mères ont tendance à valoriser l'autonomie précoce et à se montrer froides et rejetantes. Ces mères ne sont pas capables de détecter adéquatement les signaux de détresse du bébé (Ainsworth et al., 1978 ; Spieker & Booth, 1988). Est-ce que les mères d'accueil, sans le vouloir, pourraient être perçues par les enfants d'accueil comme rejetantes, en raison de la difficulté qu'elles peuvent éprouver à identifier adéquatement les signaux de détresse du bébé (Dozier et al., 2002)? De plus, Simard et ses collaborateurs (1998) rapportent que seulement 46% des familles d'accueil au Québec répondraient de façon adéquate aux besoins des enfants placés sous leur garde selon leurs intervenants. Ainsi, d'une façon ou d'une autre, il semble que les enfants déplacés concentrent leurs énergies dans leur développement psychomoteur, et il se pourrait que ceci soit adaptatif pour eux.

D'autre part, tel que mentionné précédemment (*voir section 4.1.2. Associations entre le temps en placement et l'adaptation*), l'instabilité de placement est souvent associée à des troubles de comportement chez les enfants plus vieux, de type majoritairement externalisés (Barber et al., 2001 ; Chamberlain et al., 2006 ; Newton et al., 2000 ; Palmer, 1996). On peut ainsi penser au trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, à des troubles de conduite ou à des comportements agressifs (Berlin & Bohlin, 2002; Simmel et al., 2007). Les enfants présentant ce genre de troubles sont souvent très moteurs. Il se pourrait donc que le bon développement moteur des enfants déplacés de notre échantillon reflète en fait leurs troubles de comportement émergents. L'hypothèse que ces troubles soient présents dès avant les placements multiples n'est pas à exclure, mais notons qu'on observe avec le temps et les déplacements des troubles de comportement chez les enfants déplacés même lorsqu'ils n'en présentaient pas au départ (Newton et al., 2000) et que les troubles s'aggravent avec le temps (Simmel et al., 2007).

Bien qu'un développement psychomoteur dans la normale soit associé à un nombre plus élevé de placements, une absence de lien significatif est obtenue entre le nombre de placements et le développement mental. Ce résultat rejoint celui de Pears et Fisher (2005), qui n'ont pas trouvé le lien entre les déplacements et le fonctionnement neuropsychologique, cognitif et langagier chez une population d'âge préscolaire. Ces auteurs ont toutefois trouvé un lien entre un nombre de placements élevé et de moins bonnes fonctions exécutives. Pour mieux comprendre les liens entre le nombre de placements vécus et le développement mental, il serait intéressant d'évaluer le potentiel intellectuel des enfants alors qu'ils auront atteint le début de l'âge scolaire. Il se peut que des lacunes au niveau du développement mental se révèlent davantage lorsque les enfants sont plus vieux et sont confrontés à des apprentissages plus complexes nécessitant de bonnes fonctions exécutives. Ceci rejoindrait les résultats de Lewis et collaborateurs (2007), qui trouvent une corrélation entre l'instabilité de placement et l'intelligence verbale (une mesure reflétant habituellement bien le potentiel intellectuel) chez des enfants de 5-6 ans. D'autre part, une explication possible à notre absence de lien entre l'instabilité de placement alors que les enfants ont 1 an à 3 ans et demi et leur développement mental est qu'il se pourrait que les enfants présentant de grandes lacunes au niveau du développement mental obtiennent davantage d'ordonnances de placement stable, en raison de leurs difficultés importantes et des soins et de l'attention requis pour les aider (Landsverk et al., 1996). Toutefois, un nombre de déplacements important pourrait à la longue nuire au maintien d'un bon développement cognitif chez les enfants déplacés fréquemment. D'autres études sont donc requises pour préciser les liens entre l'instabilité de placement et le développement mental ainsi que le potentiel intellectuel de manière longitudinale.

Réfléchissons maintenant à l'absence de lien significatif trouvée entre le nombre de placements et la sécurité d'attachement. La littérature s'intéressant aux déplacements porte surtout sur une population d'âge scolaire et associe les déplacements, ou l'instabilité de placement, à la présence de troubles de comportement (Barber et al., 2001 ; Chamberlain et al., 2006 ; Newton et al., 2000 ; Palmer, 1996). Dans cet essai, nous nous intéressons à une population plus jeune, soit de 1 an à 3 ans et demi, et au développement mental et moteur et à l'attachement, plutôt qu'aux troubles de comportement. Notons toutefois que l'insécurité d'attachement est généralement liée, dans la littérature, à des troubles de comportement (Lemieux, 2003 ; Moss et al., 1996, 1998, 2004). Ainsi, nous

pouvions nous attendre à ce que, par extension, les déplacements soient également liés à de l'insécurité d'attachement. Lewis et ses collaborateurs (2007) émettent d'ailleurs l'hypothèse que le développement socio-émotionnel des enfants d'accueil puisse être influencé négativement par les déplacements, puisque ces chercheurs trouvent que les enfants souvent déplacés montrent plus d'opposition, comportement qui peut être associé à de l'insécurité d'attachement. Nos résultats ne nous permettent toutefois pas ici de faire un lien entre la sécurité d'attachement et le nombre de déplacements vécus. Ni le temps dans le placement actuel, ni le nombre de placements vécus n'est lié à la sécurité d'attachement des enfants de notre échantillon. Il se pourrait qu'il y ait des sous-groupes différents d'enfants ayant vécu plusieurs placements (Connell et al., 2006 ; Palmer, 1996 ; Wulczyn, Kogan & Harden, 2003) et que cela interfère avec nos résultats. Par exemple, certains enfants peuvent avoir vécu deux placements très rapprochés peu après le retrait de leur famille biologique, puis une stabilité, alors que d'autres peuvent avoir été déplacés d'une famille à l'autre plus régulièrement dans leur trajectoire de vie. Le nombre de placements est peut-être lié différemment à l'adaptation chez ces deux sous-groupes d'enfants.

Il est aussi à considérer que d'autres éléments pourraient venir insécuriser les enfants ayant vécu un nombre de placements peu élevé, interagir avec la sécurité d'attachement de ces enfants et ainsi brouiller l'impact spécifique de l'instabilité de placement dans nos analyses. Simmel (2007) a trouvé des résultats de ce type dans une étude auprès d'enfants d'accueil, où le fait d'être prêt ou pas à adopter un enfant en tant que parent d'accueil était un meilleur prédicteur de troubles de comportement à court et moyen terme que la plupart des variables de pré-placement liées à l'enfant et que l'instabilité de placement vécue par ce dernier. Nous avons également déjà parlé de l'état d'esprit des mères d'accueil par rapport à l'attachement, qui pourrait interférer avec la capacité de ces mères à se montrer sensibles, voire hypersensibles aux besoins de ces enfants souvent carencés et ayant appris à ne pas exprimer leurs besoins (*voir section 4.1.2. Associations entre le temps en placement et l'adaptation*). Ajoutons à cet élément important l'acceptation de l'enfant par les parents d'accueil. En effet, l'acceptation parentale, telle que mesurée par l'instrument « This Is My Baby Interview » (TIMB ; Bates & Dozier, 2002), est liée à une mesure représentationnelle de l'attachement (Separation Anxiety Test, SAT ; Hansburg, 1972 ; Klagsbrun & Bowlby, 1976 ; Kaplan, 1985) chez des enfants de 5 ans (Ackerman & Dozier, 2005). Ainsi, ne vivre qu'un seul

placement dans une famille où l'enfant est peu accepté permet certes de vivre physiquement une stabilité, mais n'aiderait pas nécessairement l'enfant à avoir une meilleure sécurité d'attachement. Finalement, les données sur la présence ou l'absence de visites avec les parents biologiques survenant en cours de placement n'étaient pas non plus disponibles pour la plupart des enfants dans cet essai. Toutefois, sachant que ces visites suscitent souvent des réactions négatives (Browne & Moloney, 2002), qui peuvent avoir un impact à court, moyen ou long terme chez ces enfants, nous pouvons supposer que les enfants qui reçoivent des visites de leur(s) parent(s) biologique(s), même s'ils ont un placement stable, vivent une insécurité liée au retour ponctuel du parent biologique négligent ou maltraitant dans leur vie et/ou un conflit d'allégeance entre le parent biologique et le parent d'accueil. Ainsi, en résumé, ces différents éléments peuvent influencer la relation d'attachement que l'enfant développe avec son parent d'accueil, ce qui brouillerait nos analyses portant sur les liens entre une variable spécifique, ici l'instabilité de placement, et la sécurité d'attachement. Il serait donc intéressant de vérifier si nous trouverions un lien ou pas entre l'instabilité de placement et une insécurité de l'attachement chez les enfants d'accueil si nous tenions compte de l'état d'esprit des mères d'accueil par rapport à l'attachement, de l'acceptation de ces dernières face à leur enfant d'accueil et de la présence ou l'absence de visites auprès du parent biologique dans nos analyses lorsque nous étudions les liens entre le nombre de placements et l'attachement.

En résumé, bien que de vivre un nombre élevé de placements ne soit pas lié dans notre échantillon à l'attachement et au développement mental des jeunes enfants d'accueil, nous trouvons qu'un nombre de placements élevé est lié à un développement psychomoteur davantage dans la normale.

4.1.4. Associations entre l'indice de risque pré-placement et l'adaptation

Les résultats obtenus dans les analyses portant sur l'indice de risque se montrent partiellement concluants. En effet, l'indice de risque est lié aux catégories du développement psychomoteur des enfants dans la direction attendue : plus l'indice est élevé, plus les enfants ont de chances de présenter un retard moteur dans leur développement. Toutefois, l'indice de risque n'est pas lié aux catégories et à l'indice de développement mental, ni à l'indice de développement psychomoteur (mesure continue plutôt que catégorielle), comme nous aurions pu nous y attendre en fonction des rares

études portant sur le sujet pour une population d'enfants en familles d'accueil. Finalement, les liens possibles entre l'indice de risque et l'attachement étaient étudiés de manière exploratoire en raison des résultats contradictoires des deux seules études recensées portant sur le sujet. Dans notre échantillon, une absence de lien est trouvée entre ces deux variables.

L'ensemble de nos résultats est concordant avec ceux d'autres études (Hans & Jeremy, 2001 ; Laucht, Esser et Schmidt, 1997), si l'on considère que notre facteur de risque englobe majoritairement des éléments biologiques (exposition à des substances, influence héréditaire de problèmes de santé mentale, petit poids à la naissance et conditions médicales à la naissance) et que les facteurs psychosociaux inclus (nombre de types de maltraitance vécus) ne sont plus actifs dans le présent, même si leur influence peut perdurer chez les enfants. Les chercheurs se sont intéressés aux facteurs de risque psychosociaux et biologiques chez des enfants de familles à risque dans la petite enfance (Hans & Jeremy, 2001) et à l'âge préscolaire (Laucht et al., 1997). Le risque psychosocial est défini par le fait d'être élevé dans des conditions familiales non-favorables, incluant des problèmes psychiatriques chez les parents, de la violence familiale et un faible statut socio-économique, alors que le risque biologique correspond ici à des complications d'ordre médical pré-, péri- et néonatales. Dans ces études, l'influence du risque psychosocial s'accroît avec le temps et touche à la fois le développement cognitif, moteur et socio-émotionnel, alors que l'influence du risque biologique décroît avec le temps en ce qui a trait aux développements cognitif et socio-émotionnel, mais conserve une influence sur le développement moteur. Les enfants de notre échantillon, puisqu'ils sont retirés de leur famille d'origine, ne vivent pas ou vivent peu de temps dans une situation de risque psychosocial telle que définie par les auteurs. De plus, étant donné que nos participants sont retirés jeunes et que, selon Laucht et ses collaborateurs (1997), le risque psychosocial acquiert de plus en plus d'importance avec le temps, il est normal que les enfants placés soient moins affectés par ce risque que ceux qui demeurent dans une famille à risque. Tel qu'énoncé précédemment, la seule association que nous avons trouvée entre notre facteur de risque, qui comprend surtout des éléments de type biologique, et nos variables dépendantes concerne justement le développement moteur, appuyant le constat que le risque biologique semble lié avec le temps surtout au développement moteur et non au développement mental et à la sécurité d'attachement. Si notre mesure de risque pré-placement, qui, en plus des éléments biologiques, inclut aussi

l'élément psychosocial de l'exposition à la négligence/maltraitance, pourrait avoir été partiellement liée aux développements mental et socio-émotionnel antérieurement à nos prises de mesures, il semble que, comme dans l'étude de Laucht et ses collaborateurs (1997), cette influence ne soit plus statistiquement perceptible avec le temps. D'ailleurs, l'indice de risques cumulés n'est lié au développement psychomoteur que de façon catégorielle : un risque biologique important est lié à un retard de développement psychomoteur, mais ce risque n'est pas lié de façon continue à cet indice de développement, comme si des séquelles du risque cumulé demeuraient, mais n'expliquaient pas les variations plus subtiles du développement. Il est donc possible que le placement et ses conséquences positives permettraient aux enfants qui ne présentent pas de risque pré-placement trop important de se répartir en fonction de d'autres variables que ce risque initial en ce qui a trait au développement psychomoteur, tout comme pour le développement mental et l'attachement, qui ne sont pas ici liés au risque de pré-placement.

En ce qui a trait spécifiquement au développement mental, certaines études nous incitaient croire qu'il serait lié à l'indice de risque (Dumaret et al., 1997; van den Dries et al., 2009). Ces études portaient sur des enfants d'accueil ou adoptés. D'autre part, d'autres études que la nôtre rapportent également des résultats surprenants. Par exemple, Pears et Fisher (2005) trouvent que plus les enfants d'accueil ont vécu différents types de maltraitance, meilleurs sont leur capacité d'analyse visuo-spatiale, leur langage et leurs fonctions exécutives. Toutefois, cette étude ne trouve pas de liens spécifiques entre la maltraitance et le développement cognitif. De leur côté, McNichol et Tash (2001) rapportent qu'une exposition prénatale aux drogues est certes liée à de moins bonnes capacités cognitives au départ, mais à de meilleurs progrès cognitifs par la suite. Notre absence de lien pourrait donc être liée au fait que la présente recherche est de nature transversale plutôt que longitudinale et que les enfants, si jamais ils avaient présenté un déficit cognitif initial lors du placement, ont pu avoir rattrapé ce déficit lors de la prise de mesures. De plus, d'autres études (Burchinal et al., 2000 ; Candelaria et al., 2006) arrivent à la même conclusion que celles de Dumaret et ses collaborateurs (1997) et de van den Dries et ses collaborateurs (2009), à savoir qu'un indice de risques cumulés est lié à un moins bon développement cognitif, mais ces études portent sur des familles à risque dont les enfants ne sont pas placés. Ainsi, selon nos résultats, tout comme ceux d'autres études (McNichol & Tash, 2001; Pears & Fisher, 2005), certains éléments

pourraient différencier les enfants d'accueil des enfants à risque demeurant dans leur famille d'origine, puisque même s'ils peuvent présenter un niveau de risques cumulés semblable, ce dernier n'influence pas négativement le développement mental des enfants de notre échantillon. Il nous semble que c'est vers le retrait de l'enfant de sa famille d'origine et le placement en famille de remplacement que l'on peut se tourner pour comprendre cette différence d'impacts des risques cumulés.

Ainsi, dans cette optique, le placement des enfants en famille d'accueil constituerait un facteur de protection contre les séquelles qui devraient être liées aux nombreux risques biologiques et psychosociaux auxquels les enfants qu'on retire de leur famille d'origine ont été exposés in-utero et en début de vie. D'ailleurs, bien que van den Dries et ses collaborateurs (2009) rapportent dans leur méta-analyse sur l'attachement chez les enfants adoptés qu'une accumulation de facteurs de risque peut engendrer chez les enfants un développement cognitif et socio-émotionnel non optimal, ils précisent également que la présence de facteurs de protection, tels que recevoir des soins et de la stimulation de la part de parents d'accueil ou d'adoption, peut tempérer les effets négatifs des risques cumulés. Considérant que les enfants d'accueil sont placés dans un environnement qui devrait être plus stimulant et rassurant que leur milieu d'origine, il se pourrait que le placement agisse comme facteur de protection et permette de favoriser la résilience chez les enfants d'accueil, en leur évitant de développer des lacunes importantes dans leur développement cognitif ou de leur attachement, malgré l'accumulation des risques en pré-placement. Certains résultats abondent dans ce sens, montrant qu'un environnement post-natal positif et adéquat peut promouvoir la résilience (Bradley, Whiteside, Mundfrom, Casey, Kelleher & Pope, 1994), même en contexte de consommation de substances prénatale (Jacobson & Jacobson, 2001), d'exposition prénatale au tabac (Batty, Der & Deary, 2006) ou de petit poids à la naissance et d'exposition pré-natale au tabac (Huijbergts, Séguin, Zelazo, Parent, Japel & Tremblay, 2006). Ces études montrent que les conditions de vie après la naissance sont plus importantes que les risques prénataux dans les liens avec le développement cognitif des enfants, un environnement de vie positif et adéquat permettant de compenser l'impact des facteurs de risque initiaux.

Finalement, en ce qui a trait à l'attachement, rappelons que seulement deux études avaient été répertoriées et que leurs résultats étaient contradictoires. Dans notre recherche, nos résultats sont similaires à ceux d'Ackerman et Dozier (2005), puisque le

risque de pré-placement n'est pas lié à l'attachement. D'ailleurs, l'étude qui trouvait un lien entre un risque élevé de pré- et de post-placement (instabilité de placement) et une utilisation de stratégies d'attachement devenant incohérentes et une sécurité d'attachement diminuant avec le temps (Stovall-McClough & Dozier, 2004) spécifiait également que les comportements d'attachement précoces étaient le meilleur prédicteur de l'attachement après 2 mois de placement. Ce résultat, montrant que les comportements d'attachement s'établiraient rapidement et de manière durable chez une nouvelle dyade, ainsi que les résultats obtenus dans la présente étude, soit que l'attachement des enfants de notre échantillon n'est lié qu'à leur type de placement dans les variables étudiées, nous amène à considérer l'importance de la qualité relationnelle de la dyade parent d'accueil-enfant d'accueil pour le développement de la relation d'attachement. Ainsi, ce ne serait pas tant l'histoire de placement, de par sa durée et les déplacements, ni l'histoire de risques issus de la période pré-placement qui seraient les plus importantes pour le développement de l'attachement des enfants d'accueil, mais le type de placement et ainsi possiblement le type de relation que ce placement permet. En effet, ce sont les enfants en banque mixte, c'est-à-dire ceux qui sont placés en voie d'être adoptés, qui présentent une tendance à avoir un attachement plus sécurisant. Nous pensons que les parents recevant un enfant en banque mixte, sachant que cet enfant ne devrait pas leur être enlevé et qu'il est en voie de devenir légalement le leur, peuvent se permettre de s'investir pleinement et avec peu, voire pas de retenue dans la relation, et que ces attitudes parentales devraient favoriser l'établissement d'une relation d'attachement de type sécurisante. Ackerman et Dozier (2005) trouvent d'ailleurs un lien entre l'acceptation parentale et la sécurité d'attachement chez des enfants d'accueil, acceptation qui pourrait être plus élevée lorsque les parents savent qu'ils vont probablement garder l'enfant « pour le meilleur et pour le pire », sans menace de retrait.

En résumé, nos résultats indiquent que le risque de pré-placement est lié aux catégories de développement psychomoteur des enfants, mais pas à leur développement mental ni à leur sécurité d'attachement. Ces données sont encourageantes pour les familles d'accueil et adoptantes, puisqu'elles indiquent qu'un bon environnement post-placement peut promouvoir la résilience chez ces enfants et permettre de compenser les effets initiaux possiblement négatifs de l'histoire de pré-placement de l'enfant en lien avec leur développement mental et leur attachement. Elles indiquent également qu'un risque élevé de pré-placement est lié à un retard de développement psychomoteur,

soulignant l'importance d'apporter aide et réadaptation préventive à ces enfants dans cette sphère de leur développement, puisque le placement seul ne devrait pas leur permettre de surmonter leurs difficultés.

4.2. Limites de l'étude

Quelques limites de notre étude sont présentées ici : la grande variation d'informations dans les dossiers des enfants, la taille limitée de l'échantillon affectant la puissance statistique des analyses, l'absence de mesure d'attachement permettant d'identifier les catégories d'attachement des enfants et l'aspect transversal plutôt que longitudinal de la recherche, empêchant l'étude des liens de causalité. Ces limites ouvrent la porte à des recherches futures qui viendraient enrichir davantage nos connaissances sur les jeunes enfants d'accueil québécois.

4.2.1 Variations entre les dossiers

Une des lacunes de cette étude, comme de plusieurs autres études portant sur les enfants et les familles d'accueil (Benedict & White, 1991 ; Dumaret et al., 1997 ; Lewis et al., 2007), consiste en la disparité des informations disponibles dans les dossiers des enfants, et ce tant à l'intérieur du même Centre jeunesse qu'entre Centres jeunesse différents. Les informations ne sont pas toutes colligées de la même manière et les informations qui nous intéressaient n'étaient pas demandées systématiquement aux familles, par exemple celles concernant l'état de la mère durant la grossesse (consommation, santé), la santé de l'enfant à l'accouchement (poids à la naissance, complications) ou l'histoire de début de vie et de placement (données détaillées sur la maltraitance et la négligence, dates exactes des placements et déplacements). Ce manque de systématisation peut refléter la réalité clinique des Centres jeunesse, mais est peu souhaitable, voire nuisible, pour effectuer des recherches plus systématiques pour mieux cerner la réalité des enfants d'accueil.

Cette situation n'est pas nouvelle. En 1991, Benedict et White rapportaient déjà que les informations disponibles pour un enfant et son histoire pré- et post-placement variaient d'un dossier à l'autre. Très peu d'information était d'ailleurs disponible par rapport aux pères biologiques. Nous avons observé le même phénomène dans notre étude. Il aurait toutefois été pertinent d'inclure des informations par rapport au père : est-ce que

sa présence et son comportement avec l'enfant ont des impacts sur l'attachement et le développement de l'enfant ? Est-ce que la présence de problèmes de santé mentale ou de dépendance à des substances chez le père, par le biais de la transmission génétique ou des impacts comportementaux et relationnels avec la mère et/ou avec l'enfant, est liée à l'adaptation de l'enfant ? Ces données, si disponibles, seraient intéressantes à étudier dans de futures recherches. Elles permettraient d'étudier l'enfant en considérant son environnement de manière plus élargie, tel que le recommande le modèle écologique de Bronfenbrenner (1989).

Le problème des dossiers variables n'est pas seulement lié à une collecte de données insuffisamment systématique. Le problème des informateurs et de la désirabilité sociale se pose aussi. En effet, pour recueillir les informations recherchées, nous devons la plupart du temps nous fier à ce que la mère biologique nous rapporte de son histoire de vie. Il arrive aussi que nous puissions consulter le père biologique, ou des proches de la famille, pour obtenir plus d'information. Toutefois, dans tous ces cas, il y a fort à parier que les parents ne désireront pas révéler l'entièreté de leur véritable histoire familiale. Ces parents, qui désirent souvent conserver la garde de leur enfant malgré le signalement qui a été émis, ont tout à gagner à minimiser, par exemple, les éléments de consommation des parents pendant et après la grossesse, les éléments de maltraitance et de négligence, etc. Tout porte à croire que la pression de la désirabilité sociale et le désir de se présenter comme une famille la plus fonctionnelle possible, dans le but d'avoir des chances de conserver la garde de leur enfant plutôt que de le voir placé, ont possiblement rendu les familles les plus hypothéquées les plus susceptibles de ne pas rapporter leurs comportements à risque durant la grossesse et de « blanchir » une partie de l'histoire de vie de l'enfant. Ainsi, si nous n'avons pas de données provenant de tiers, comme par exemple une indication dans le dossier médical de présence ou d'absence de drogue dans les urines ou dans le sang du bébé à la naissance, nous ne pouvons pas considérer comme complètes et reflétant parfaitement la réalité les informations recueillies et colligées aux dossiers.

4.2.2. Taille de l'échantillon et puissance statistique

Une autre limite de la présente étude est la puissance des analyses statistiques, qui s'avère peu élevée. Ainsi, seules les tailles d'effet moyennes à larges pouvaient être détectées, selon les différentes analyses effectuées. La conséquence est que nous avons

peut-être de faux-négatifs : si nous avons eu accès à une plus grande taille d'échantillon, la puissance aurait été augmentée et il se peut que des associations de petites et moyennes tailles d'effet aient été mises à jour, associations qui ne sont pas détectées avec notre puissance actuelle. Un plus grand échantillon nous aurait possiblement permis de tirer des conclusions plus représentatives et complètes par rapport à nos variables à l'étude chez cette population hétérogène. En effet, il existe une grande variabilité dans l'histoire de vie des enfants d'accueil et il était difficile d'obtenir un échantillon représentant bien l'ensemble des enfants formant la population d'accueil au Québec. Rappelons que notre échantillon en est un de convenance. En effet, compte tenu de toutes les personnes qui devaient donner leur accord à la participation au projet (parents naturels et d'accueil, intervenants de l'enfant et de la famille d'accueil) et de la charge déjà importante de travail des intervenants des Centres jeunesse, il n'était pas aisé d'avoir systématiquement accès à tous les enfants placés qui remplissaient les critères pour faire partie de notre échantillon.

Ces difficultés liées à la population d'accueil, nous ne sommes pas les seuls à les remarquer. Nombre de participants limité, difficultés à bien prendre en considération toute les particularités des enfants d'accueil, aspect exploratoire des études et interventions, toutes ces caractéristiques s'appliquent aux études sur cette population (Fisher, Burraston & Pears, 2006). Comme Fisher et ses collaborateurs (2006) le soulignent en réponse à Kaufman et Grasso (2006), la population des enfants d'accueil a été négligée dans les études réalisées avant les années 2000, et ce malgré les énormes besoins de ces enfants négligés, maltraités, abandonnés. Nous pensons donc, tout comme Fisher et ses collaborateurs (2006), qu'il est primordial que la communauté scientifique travaille en collaboration pour monter une littérature valide sur cette population, et ce malgré les nombreuses imperfections qui resteront peut-être le lot des études sur les enfants d'accueil.

Dans notre recherche, la difficulté d'obtenir un échantillon représentant les différents types d'enfants placés s'observe spécifiquement dans le cas du type de placement. Il semblerait que les intervenants des parents et des enfants en banque mixte, leurs parents naturels ou encore leurs parents d'accueil, aient été plus disposés à référer ou à participer au projet de recherche ($n=46$) que les intervenants et les parents d'enfants en placements à majorité ($n=3$) ou d'enfants en familles d'accueil régulières ($n=4$). Ainsi, nous n'avons pas pu avoir suffisamment d'enfants dans les trois types de placement à

l'étude pour pouvoir comparer ces trois groupes par rapport au développement mental et moteur et à la sécurité d'attachement des enfants les composant et nous avons dû effectuer nos analyses en regroupant deux groupes (placements à majorité et familles d'accueil régulières). Nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls chercheurs à obtenir un nombre insuffisant de sujets dans les différents types de placement à l'étude (Fisher et al., 2005). Toutefois, il serait intéressant d'effectuer une étude comparant un nombre égal d'enfants dans les différents types de placement, ce qui pourrait éclairer les intervenants et les juges par rapport à leurs décisions face au type de placement à prioriser pour un enfant.

Ainsi, il eut été intéressant, de manière générale, que la puissance des analyses statistiques soit plus élevée grâce à un échantillon plus important et représentatif des différentes réalités des enfants placés. Avec un plus grand nombre de sujets, en plus de tirer des conclusions plus représentatives de la population, il aurait probablement été possible de pousser plus loin nos analyses. Par exemple, il aurait été intéressant d'effectuer une régression pour chaque variable dépendante dans le but de départager la force relative d'association avec celle-ci de chaque variable indépendante. Nous souhaitons que les chercheurs québécois poussent la recherche sur les familles d'accueil dans ce sens.

4.2.3. Mesure de l'attachement

Il existe différentes mesures de l'attachement. La mesure utilisée ici, le Tri de cartes des comportements d'attachement (Vaughn & Waters, 1990; Waters & Deane, 1985), permet d'obtenir un score en continu de la sécurité d'attachement, situant l'enfant sur un continuum en fonction d'à quel point ses réponses s'apparentent ou divergent de celles du prototype d'un enfant ayant un attachement sécurisé. D'autres instruments existent pour mesurer l'attachement et sont largement utilisés dans la recherche, dont la situation étrange de Ainsworth (Ainsworth et al., 1978). Si cette mesure avait été utilisée ici, elle nous aurait permis de regrouper les enfants selon quatre catégories d'attachement, soit l'attachement de type sécurisant et trois types d'attachement insécurisants, soit l'attachement évitant, ambivalent-résistant et désorganisé. Il est possible que des associations existent entre les différentes catégories d'attachement et les variables à l'étude, soit le type de placement, le temps en placement, l'instabilité de placement et l'indice de risque. De plus, nous émettons l'hypothèse que le patron d'associations entre

les différentes variables indépendantes et les variables dépendantes, soit la sécurité d'attachement et les scores et catégories de développement mental et psychomoteur, puisse diverger en fonction des différentes catégories d'attachement. Celles-ci pourraient donc être incluses comme variable modératrice dans de futures recherches sur le sujet. Par exemple, il se pourrait que le temps passé dans un placement soit lié positivement à la sécurité d'attachement ou au développement seulement chez les enfants à la catégorie d'attachement sécurisant, alors qu'il serait par exemple inversement lié à ces mesures pour les enfants de type désorganisé et une absence de lien aurait pu être trouvée pour les enfants à l'attachement évitant et ambivalent-résistant. Si de tels patrons d'associations étaient mis à jour dans de futures études sur la population d'accueil, il importerait d'en tenir compte dans les décisions et les interventions à mettre en place auprès de cette population. Ce commentaire va dans le même sens que ce que proposent Kaufman et Grasso (2006), qui soulignent l'importance de se centrer sur l'attachement dans les interventions auprès de cette clientèle.

4.2.4. Étude transversale plutôt que longitudinale

Puisque la plupart des variables dépendantes de l'étude, soit les mesures de l'attachement, du développement mental et du développement psychomoteur, n'ont été prises qu'à un seul moment dans le temps, nous devons prendre garde aux conclusions que nous en tirons. En effet, il nous est impossible de parler de causalité. Une étude longitudinale, où l'enfant aurait été évalué sur ces mesures par exemple dès son entrée dans le système d'accueil, à son arrivée dans chacun de ses placements et après qu'un certain temps se soit écoulé dans un placement, nous aurait mieux permis de départager si l'attachement et le développement peuvent influencer à la base la trajectoire de vie des enfants. Inversement, il aurait été plus aisé de déterminer ce qui, dans leur trajectoire de vie, peut influencer ultérieurement leur attachement et leur développement mental et psychomoteur. Par exemple, est-ce la stabilité de placement qui permet aux enfants d'améliorer leur développement mental, ou est-ce à l'origine un meilleur développement mental qui favorise la stabilité de placement ? Il est aussi probable que ces variables s'inter-influencent. Malheureusement, notre devis de recherche ne nous permet pas de départager ces influences.

4.3. Conclusion : contributions de l'étude et implications cliniques

Tel que le précisent Fisher et ses collaborateurs (2006), malgré les nombreuses idées et théories à propos des besoins des enfants d'accueil, le manque d'évidences scientifiques actuelles sur le sujet justifie la pertinence et l'importance d'y consacrer des études scientifiques valides. L'objectif est de mieux comprendre ces enfants à l'histoire de vie difficile pour mieux les aider. Plus précisément, le système d'accueil québécois est différent du système américain, qui a été davantage étudié que le nôtre. Le placement en banque mixte est une option intéressante de notre système d'accueil et celle-ci gagne à être mieux connue dans les liens qu'elle peut entretenir avec la sécurité d'attachement et le développement mental et moteur des enfants d'accueil qui vivent dans ce type de placement. Les liens que peuvent entretenir la durée de placement, le nombre de déplacements vécus et l'indice de risque pré-placement avec le développement et l'attachement demeureraient également à préciser, étant donné que le peu d'études recensées dans la littérature rapportaient des résultats contradictoires à ces sujets.

Les résultats que nous avons trouvés indiquent que chacune de nos quatre variables indépendantes était liée à une variable dépendante. Ainsi, le type de placement tendait à être lié à la sécurité d'attachement des enfants de notre échantillon. Les enfants d'accueil placés en banque mixte tendaient à présenter un attachement plus sécurisant que ceux placés jusqu'à leur majorité ou en famille d'accueil régulière. Le type de placement était la seule variable liée à l'attachement. Ainsi, ni le temps passé dans un placement, ni le nombre de déplacements effectués par l'enfant, ni son niveau de risque initial n'étaient liés à l'attachement. La durée du placement n'était liée qu'au score de développement mental des enfants, un plus long temps passé dans le placement actuel étant associé à un meilleur développement mental. Le temps en placement était également la seule variable indépendante liée au développement mental. Finalement, les catégories du développement psychomoteur étaient liées à la fois au risque de pré-placement et à l'instabilité de placement. Le fait que présenter un risque plus important issu de l'histoire de pré-placement était davantage lié à des retards de développement psychomoteur est concordant avec la littérature à ce sujet. Toutefois, il est plus surprenant de constater que subir un nombre plus élevé de déplacements était lié dans notre échantillon à un développement psychomoteur davantage dans la normale. Bien que ce lien semble inusité, Japel et ses collaborateurs (2001) ont trouvé des résultats semblables où des

enfants âgés de 5 mois de familles à risque de l'ELDÉQ montraient eux aussi de meilleures habiletés motrices que des enfants de familles moins à risque.

Une première contribution de l'étude est ainsi de préciser les liens entretenus entre nos variables indépendantes et dépendantes, liens qui n'étaient pas clairs dans la littérature. Les résultats de notre étude nous ouvrent aussi à une réflexion face à l'intervention. Certes, effectuer une étude de type longitudinale avec les mêmes variables que les nôtres permettraient d'identifier des liens de causalité et de cibler avec plus de certitude les éléments à considérer pour des interventions. Par exemple, est-ce les enfants à l'attachement plus sécurisant avant leur placement qui sont davantage placés en banque mixte, est-ce les enfants ayant au départ un meilleur développement mental qui restent plus longtemps dans le même placement et est-ce que les enfants ayant un meilleur développement psychomoteur sont davantage déplacés ? Ou est-ce le contraire, c'est-à-dire que ce serait les caractéristiques de leur placement qui influenceraient le développement et l'attachement des enfants ? À notre avis, un mélange des deux directions de liens se produit, selon les variables. Dans le cas de l'attachement, être placé en banque mixte devrait selon nous offrir à l'enfant des conditions favorables au développement d'un attachement sécurisant, puisque les parents d'accueil se voient confier l'enfant dans un but d'adoption. La création d'un lien positif et durable est donc valorisée dans ce type de placement. En ce qui a trait au développement mental, nous pensons que le fait d'être placé longtemps dans une famille permet à un enfant d'acquérir une certaine sécurité, de ne plus être en mode de survie et d'anticipation de changements brusques et inattendus, et ainsi d'être disponible aux apprentissages cognitifs. La situation est différente en ce qui a trait au développement moteur. D'une part, une histoire de risque pré-placement, incluant divers éléments aux influences biologiques, semble mettre à risque ces enfants de présenter un retard psychomoteur. D'autre part, les enfants ayant ce type de retard sont probablement rapidement ciblés par les intervenants comme ayant des besoins particuliers. Les décisions prises par rapport à leur trajectoire de vie restreindraient le nombre de déplacements qu'on leur fait subir afin de les protéger de risques qu'on croit associés aux déplacements (Landsverk et al., 1996). Ces décisions expliqueraient en contrepartie que les enfants plus fréquemment déplacés présentent un développement psychomoteur davantage dans la normale. De plus, il n'est pas à exclure qu'il soit adaptatif pour ces enfants de développer autant d'autonomie motrice que possible, pour avoir la capacité de répondre par eux-mêmes à leurs besoins.

L'interprétation de nos résultats ouvre sur différentes pistes d'intervention. D'une part, le placement en banque mixte est favorable à la présence d'un attachement sécurisant chez les enfants. Étant donné tous les bienfaits par rapport à l'adaptation socio-émotionnelle liés à l'attachement sécurisant pour les enfants, l'option de favoriser, lorsque possible, les placements en banque mixte nous semble porteuse d'espoir. D'autre part, l'attachement n'est pas lié à la durée de placement. Ainsi, tels que le laissent entendre les résultats de Stovall-McClough et Dozier (2004), l'installation d'une relation d'attachement plus ou moins sécurisante entre l'enfant et sa mère d'accueil se jouerait rapidement et n'aurait pas tendance à être modifiée ou améliorée dans le temps. Ces résultats nous amènent à proposer que la sécurité d'attachement soit évaluée dans les premiers mois, voire les premières semaines de placement, chez les enfants arrivant dans un nouveau placement. Lorsque cet attachement n'est pas sécurisant, une intervention précoce pourrait être offerte aux familles d'accueil dans le but d'augmenter la sécurité d'attachement de l'enfant, par exemple en agissant sur la sensibilité de la mère d'accueil (pour des interventions, voir Dozier et al., 2002; Duchesne et al., 2007).

En ce qui a trait au développement, les résultats par rapport au développement mental sont clairs : seule la durée de placement y est liée dans notre échantillon. L'enfant qui demeure longtemps dans un même placement nous semble avoir pu consacrer ses énergies à son développement mental et ainsi avoir de meilleures capacités cognitives. Les chercheurs sont nombreux à encourager une permanence de placement (dont Fisher et al., 2005 ; Fisher et al., 2006) et ce résultat abonde également dans ce sens. Par rapport au développement moteur, le seul élément qui soit lié dans notre échantillon à des scores plus dans la normale est une plus grande instabilité de placement. Étant donné les nombreux troubles de comportement qui sont associés à l'instabilité de placement, nous ne croyons pas qu'il soit de mise de favoriser l'instabilité de placement. Au mieux, il peut être rassurant de constater que les jeunes enfants d'accueil puissent être suffisamment résilients pour conserver ou développer de meilleures capacités motrices malgré ou en raison de nombreux déplacements. D'un autre côté, nos résultats mettent en lumière les séquelles motrices que les enfants ayant un indice de risque pré-placement plus élevé présentent. Ainsi, nos résultats nous montrent que les enfants qui ont été exposés à un nombre important de risques, dont l'exposition fœtale à des substances nocives, un historique familial de problèmes de santé mentale, un petit poids et des conditions médicales sérieuses à la naissance ainsi qu'une histoire importante de négligence ou de

maltraitance, sont plus à risque de présenter un retard de développement psychomoteur avant l'âge scolaire. Tel que le soulignent Dumaret et ses collaborateurs (1997), il est important que les parents d'accueil soient informés rapidement des risques et de l'histoire de l'enfant précédant son placement afin qu'ils puissent lui offrir les conditions de vie nécessaires pour l'aider à surmonter les difficultés auxquelles il est confronté. Selon nos résultats, il serait important que les parents d'accueil ayant un enfant présentant un indice de risque pré-placement élevé soient informés de la possibilité que l'enfant sous leur garde présente ou développe un retard au niveau psychomoteur. Ainsi, des interventions précoces pourraient être offertes pour aider ces enfants et leurs parents d'accueil à travailler la motricité de l'enfant, à la maison ou en contexte de groupe en ergothérapie.

Tel que le souligne Tremblay (2003), les difficultés d'ajustement se manifestent souvent de façon précoce dans le développement de l'enfant et tendent à perdurer. Il importe donc de parfaire et d'utiliser nos connaissances concernant les liens entre l'histoire de pré- et de placement de l'enfant et son ajustement développemental et socio-affectif, dans le but d'offrir aux enfants d'accueil la meilleure chance qui soit de développer une adaptation maximale malgré les nombreux facteurs de risque auxquels ils sont confrontés en raison de leur histoire de vie et de placement.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Ackerman, J. P., & Dozier, M. (2005). The influence of foster parent investment on children's representations of self and attachment figures. *Applied Developmental Psychology, 26*, 507-520.
- Ainsworth, M. D. (1962). Les répercussions de la carence maternelle: faits observés – controverses dans le contexte de la stratégie des recherches. *Cahier de l'Organisation Mondiale de la Santé (no 14)*. Genève : OMS.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Walls, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Altshuler, S. J. (1998). Child well-being in kinship foster care: Similar to, of different from, non-related foster care? *Children and Youth Services Review, 20*, 369-388.
- Albus, K. E., & Dozier, M. (1999). Indiscriminate friendliness and terror of strangers in infancy : contributions from the study of infants in foster care. *Infant Mental Health Journal, 20*, 30-41.
- Aubry, J. (1955). *La carence de soins maternels*. Paris: PUF.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 129*, 195-215.
- Ballen, N., Demers, I. & Bernier, A. (2006). A differential analysis of the subtypes of unresolved states of mind in the Adult Attachment Interview. *Journal of psychological lost, 5*, 69-93.
- Barber, J. G. & Delfabbro, P. H. (2003). Placement stability and the psychosocial well-being of children in foster care. *Research on Social Work Practice, 13*, 415-431.
- Barber, J. G., Delfabbro, P. H., & Cooper, L. L. (2001). The predictors of unsuccessful transition to foster care. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 42*, 785-790.
- Barth, R. P., Lloyd, E. C., Green, R. L., James, S., Leslie, L. K., & Landsverk, J. (2007). Predictors of placement moves among children with and without emotional and behavioural disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*, 46-55.
- Bates, B. C., & Dozier, M. (2002). The importance of maternal state of mind regarding attachment and infant age at placement to foster mothers' representations of their foster infants. *Infant Mental Health Journal, 23*, 417-431.

- Batty, G. D., Der, G., & Deary, I. J. (2006). Effects of maternal smoking during pregnancy on offspring's cognitive ability: empirical evidence for complete confounding in the US national longitudinal survey of youth. *Pediatrics, 118*, 943-950.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Béliveau, M.-J. (2004). *La validité convergente et discriminante du projetif de l'attachement adulte (AAP)*. Travail dirigé de maîtrise en psychologie inédit, Université du Québec à Montréal.
- Benedict, M. I. & White, R. B. (1991). Factors associated with foster care length of stay. *Child Welfare, 70*, 45-58.
- Berlin, L., & Bohlin, G. (2002) Response inhibition, hyperactivity, and conduct problems among preschool children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 245-251.
- Bilodeau, C. (1993). Ne tirez pas sur le « placeur » ! *P.R.I.S.M.E., 3*, 480-489.
- Bourgeault, D., & de la Harpe, F. (1988). *L'enfant en famille d'accueil*. St-Hyacinthe : Edisem.
- Bowlby, J. (1951). Maternal Care and Mental Health. *World Health Organization Monographs* (Serial No. 2). Geneva: WHO.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis, 39*, 350-373.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss, vol. 1.: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. 2.: Separation: Anxiety and anger*. New York: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1988) *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology. In G. H. Pollock & S. I. Greenspan (Eds.), *The course of life, Vol. 1: Infancy* (pp. 229-270). Madison : International Universities Press.
- Bradley, R. H., Whiteside, L., Mundfrom, D. J., Casey, P. H., Kelleher, K. J., & Pope, S. K. (1994). Early indications of resilience and their relation to experiences in the family environment of low birthweight, premature children living in poverty. *Child Development, 65*, 346-360.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50* (Serial No. 209).
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory : John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*, 759-775.

- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationships : An attachment story completion task for 3-year olds. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years, theory, research, and intervention* (pp. 273-310). Chicago : The University of Chicago Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development : Theories of child development : Revised formulations and current issues* (Vol. 6, pp.187-251). Greenwich, CT: JAI Press.
- Browne, D., & Moloney, A. (2002). "Contact irregular": a qualitative analysis of the impact of visiting pattern of natural parents on foster placements. *Child and Family Social Work, 7*, 35-45.
- Burchinal, M. R., Roberts, J. E., Hooper, S., & Zeisel, S. A. (2000). Cumulative risk and early cognitive development: A comparison of statistical risk models. *Developmental Psychology, 36*, 793-807.
- Candelaria, M. A., O'Connell, M. A., & Teti, D. M. (2006). Cumulative psychosocial and medical risk as predictors of early infant development and parenting stress in a African-American preterm sample. *Journal of Applied Developmental Psychology, 27*, 588-597.
- Carignan, L. (2004). Les avantages et les inconvénients du maintien ou du non-maintien du lien avec la famille biologique pour les enfants placés à long terme sans possibilité de retour avec elle. *Intervention, 121*, 67-78.
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment : Theory and research. *Child Development, 65*, 971-991.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology, 18*, 623-649.
- Centres jeunesse du Québec (2008). Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/ directeurs provinciaux 2008. [On-line]. Retrieved 19/09/2009. Available: http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/connuniques/brochure_dpj08_finale.pdf
- Chamberlain, P., Price, J. M., Reid, J. B., Landsverk, J., Fisher, P.A. & Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care? *Child Abuse & Neglect, 30*, 409-424.
- Clyman, R. B., Jones Harden, B., & Little, C. (2002). Assessment, intervention, and research with infants in out-of-home placement. *Infant Mental Health Journal, 23*, 435-453.
- Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care. (2002). Developmental issues for young children in foster care. *Pediatrics, 106*, 1145-1150.
- Connell, C. M., Vanderploeg, J. J., Flaspohler, P., Katz, K. H., Saunders, L., & Tebes, J. K. (2006). Changes in placement among children in foster care: a longitudinal study of child and case influences. *Social Service Review, 80*, 398-418.

- David, M. (1994). Le bébé en placement familial. *P.R.I.S.M.E.*, 4, 268-275.
- Delfabbro, P. H., Barber, J. G. & Cooper, L. (2002). Children entering out-of-home care in south Australia: Baseline analyses for a 3-years longitudinal study. *Children and Youth Services Review*, 24, 917-932.
- De Wolff, M. S., & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child development*, 68, 571-591.
- Doris, J. L., Meguid, V., Thomas, M., Blatt, S. & Eckenrode, J. (2006). Prenatal cocaine exposure and child welfare outcomes. *Child Maltreatment*, 11, 326-337.
- dosReis, S., Zito, J. M., Safer, D. J., & Soeken, K. L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91, 1094-1099.
- Dozier, M., Highley, E., Albus, K. E. & Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants' caregivers: targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal*, 23, 541-554.
- Dozier, M., & Lindhiem, O. (2006). This is my child: Differences among foster parents in commitment to their young children. *Child Maltreatment*, 11, 338-345.
- Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S., Ackerman, J., Bernier, A., & Levine, S. (2006). Developing evidence-based interventions for foster children: An example of a randomized clinical trial with infants and toddlers. *Journal of Social Issues*, 62, 767-785.
- Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for foster infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72, 1467-1477.
- Duchesne, D., Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2007). La théorie de l'attachement comme outil d'intervention auprès des parents d'accueil et des enfants placés. *P.R.I.S.M.E.*, 46, 96-113.
- Dumaret, A. C., Duyme, M. & Tomkiewicz, S. (1997). Foster children: risk factors and development at a preschool age. *Early Child Development and Care*, 134, 23-42.
- Easterbrooks, M. A., Davidson, C. E. & Chazan, R. (1993). Psychological risk, attachment, and behavior problems among school-aged children. *Development and psychopathology*, 5, 389-402.
- Espinosa, M., Beckwith, L., Howard, J., Tyler, R., & Swanson, K. (2001). Maternal psychopathology and attachment in toddlers of heavy cocaine-using mothers. *Infant Mental Health Journal*, 22, 316-333.
- Euillet, S., Spencer, R., Troupel-Cremel, O., Fresno, A., & Zaouche-Gaudron, C. (2008). Les représentations d'attachement des enfants accueillis et des enfants adoptés. *Enfance*, 60, 63-70.

- Fahie, C. M. & Symons, D. K. (1993). Executive functioning and theory of mind in children clinically referred for attention and behavior problems. *Applied Developmental Psychology, 24*, 51-73.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2006). Neonatal state organisation, neuromaturation, mother-infant interaction, and cognitive development in small for gestational-age premature infants. *Pediatrics, 118*, e869-e878. [On-line]. Retrieved 08/11/2009. Available: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/118/3/e869>
- Fisher, P. A., Burraston, B., & Pears, K. (2005). The Early Intervention Foster Care Program: Permanent placement outcomes from a randomized trial. *Child Maltreatment, 10*, 61-71.
- Fisher, P. A., Burraston, B., & Pears, K. (2006). Permanency in foster care: Conceptual and methodological issues. *Child Maltreatment, 11*, 92-94.
- Fisher, P. A., Ellis, B. H., & Chamberlain, P. (1999). Early Intervention Foster Care: A model for preventing risk in young children who have been maltreated. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice, 2*, 159-182.
- George, C., Kaplan, M., & Main, M. (1985). *Adult attachment interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- George, C., & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment and Human Development, 3*, 30-61.
- George, C., West, M., & Pettem, O. (1997). *Adult Attachment Projective: Protocol and classification scoring system*. Unpublished manuscript, Mills College, Oakland, California.
- Gilligan, R. (2000). The key role of social worker in promoting the well-being of children in state care – a neglected dimension of reforming policies. *Children and Society, 14*, 267-276.
- Goudau, D., & O'Neill, C. (2000). L'adoption, l'Église et l'État: les origines tumultueuses d'une institution légale. In R. Joyal (Éds.), *L'évolution de la protection de l'enfance au Québec* (pp. 97-130). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gunnar, M. R., & Kertes, D. A. (2005). Prenatal and postnatal risks to neurobiological development in internationally adopted children. In D. M. Brodzinsky & J. Palacios (Eds.), *Psychological issues in adoption* (pp. 47-65) London: Praeger.
- Hack, M., Flannery, D. J., Schluchter, M., Cartar, L., Borawski, E., & Klein, N. (2002). Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *The New England Journal of Medicine, 346*, 149-157.

- Halfon, N., Mendonca, A., & Berkowitz, G. (1995). Health status of children in foster care : The experience of the Center for the Vulnerable Child. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149, 386-392.
- Hans, S. L., & Jeremy, R. J. (2001). Postneonatal mental and motor development of infants exposed in utero to opioid drugs. *Infant Mental Health Journal*, 22, 300-315.
- Hansburg, H. G. (1972). Adolescent separation anxiety. Springfield, IL: Charles Thomas.
- Harden, B. J. (2002). Congregate care for infants and toddlers: Shedding new light on an old question. *Infant Mental Health Journal*, 23, 476-492.
- Heller, S. S., Smyke, A. T., & Boris, N. W. (2002). Very young foster children and foster families: Clinical challenges and interventions. *Infant Mental Health Journal*, 23, 555-575.
- Holland, P., & Gorey, K. M. (2004). Historical, developmental and behavioral factors associated with foster care challenges. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21, 117-135.
- Horwitz, S. M., Balestracci, K. M. B., & Simms, M. D. (2001). Foster care placement improves children's functioning. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 1255-1260.
- Huijbergts, S. C. J., Séguin, J. R., Zelazo, P. D., Parent, S., Japel, C., & Tremblay, R. E. (2006). Interrelations between maternal smoking during pregnancy, birth weight and sociodemographic factors in the prediction of early cognitive abilities. *Infant and Child Development*, 15, 593-607.
- Jacobson, S. W., & Jacobson, J. L. (2001). Alcohol and drug-related effects on development: a new emphasis on contextual factors. *Infant Mental Health Journal*, 22, 416-430.
- Japel, C., Tremblay, R. E., & McDuff, P. (2001). Développement moteur, social et cognitif, section I : Développement moteur et social. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, 1, [On-line]. Retrieved 13/09/2009. Available: http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/bebe/pdf/bebe_no8-2.pdf
- James, S. (2004). Why do foster care placements disrupt? An investigation of reasons for placement change in foster care. *Social Service Review*, 78, 601-627.
- Joyal, R. (2000a). L'Acte concernant les écoles d'industrie (1869): une mesure de prophylaxie sociale dans un Québec en voie d'urbanisation. In R. Joyal (Éds.), *L'évolution de la protection de l'enfance au Québec* (pp. 35-48). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Joyal, R. (2000b). Les lois de protection de la jeunesse de 1950-1951: un accommodement historique sous le signe du paternalisme d'État et d'Église. In R. Joyal (Éds.), *L'évolution de la protection de l'enfance au Québec* (pp.163-178). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Joyal, R., & Chatillon, C. (2000). La loi québécoise de protection de l'enfance de 1944: genèse et avortement d'une réforme. In R. Joyal (Éds.), *L'évolution de la protection de l'enfance au Québec* (pp. 131-162). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Joyal, R., & Provost, M. (2000). La Loi sur la protection de la jeunesse de 1977: une maturation laborieuse, un texte porteur. In R. Joyal (Éds.), *L'évolution de la protection de l'enfance au Québec* (pp. 179-221). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Kaufman, J. & Grasso, D. (2006). The early intervention foster care program: A glass half full. *Child Maltreatment, 11*, 90-91.
- Klagsbrun, M., & Bowlby, J. (1976). Responses to separation from parents: a clinical test for young children. *British Journal of Projective Psychology and Personality Study, 21*, 7-27.
- Kaplan, N. (1985). *Procedures for the administration of the Hansburg Separation Anxiety Test for younger children adapted from Klagsbrun and Bowlby*. Document inédit, Berkeley7 University of California.
- Klee, L., Kronstadt, D., & Zlotnick, C. (1997). Foster care's youngest: a preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*, 290-299.
- Kramer, M. S., Olivier, M., McLean, F. H., Willis, D. M., & Usher, R. H. (1990). Impact of intrauterine growth retardation and body proportionality on fetal and neonatal outcome. *Pediatrics, 86*, 707-713.
- Landsverk, J., Davis, I., Ganger, W., Newton, R. & Johnson, I. (1996). Impact of child psychosocial functioning on reunification from out-of-home placement. *Children and Youth Services Review, 18*, 447-462:
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 843-853.
- Lemieux, M. (2003). *La prédiction des troubles de comportement à 8 ans en fonction de l'attachement à 6 ans*. Travail dirigé de thèse d'honneur inédit, Université du Québec à Montréal.
- Leslie, L. K., Gordon, J. N., Ganger, W., & Gist, K. (2002). Developmental delay in young children in child welfare by initial placement type. *Infant Mental Health Journal, 23*, 496-516.
- Lester, B., & Fuyeo, M. (1996). Exposition prénatale à la cocaïne: environnement parental et impact sur l'enfant. *P.R.I.S.M.E., 6*, 126-137.
- Lewis, E. E., Dozier, M., Ackerman, J. & Sepulveda-Kozakowski, S. (2007). The effect of placement instability on adopted children's inhibitory control abilities and oppositional behavior. *Developmental Psychology, 43*, 1415-1427.

- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds), *Handbook of attachment second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 666-697). New York: Guilford Press.
- Malik, N. M., Lederman, C. S., Crowson, M. M., & Osofsky, J. D. (2002). Evaluating maltreated infants, toddlers, and preschoolers in dependency court. *Infant Mental Health Journal, 23*, 576-592.
- McNichol, T., & Tash, C. (2001). Parental substance abuse and the development of children in family foster care. *Child Welfare, 80*, 239-256.
- Morel, A. (2000). L'enfant sans famille: De l'ancien droit au nouveau Code civil. In R. Joyal (Éds.), *L'évolution de la protection de l'enfance au Québec* (pp. 7-34). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology, 37*, 863-874.
- Moss, E., Bureau, J.-F., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the preschool attachment classification system. *Developmental Psychology, 40*, 323-334.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J.-F., Tarabulsky, G. M., & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology, 41*, 773-783.
- Moss, E., Parent, S., Gosselin, C., Rousseau, D., & St-Laurent, D. (1996). Attachment and teacher-reported behavior problems during de preschool and early school-age period. *Development and Psychopathology, 8*, 511-525.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & St-Onge, J. (1998). Correlates of attachment at school-age: maternal-reported stress, mother-child interaction and behavior problems. *Child Development, 69*, 1390-1405.
- Moss, E., St-Laurent, D., Rousseau, D., Parent, S., Gosselin, C., & Saintonge, J. (1999). L'attachement à l'âge scolaire et le développement des troubles de comportement. *Revue canadienne des sciences du comportement, 31*, 107-118.
- Moss, E., Tarabulsky, G. M., & St-Laurent, D. (2003). *La protection des enfants au Québec: une responsabilité à mieux partager*. Commentaires sur le rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse. Montréal : Québec.
- Nelson, G., Westhues, A. & MacLeod, J. (2003). A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention & Treatment, 6*, [Online]. Retrieved 22/08/2009. Available: <http://psycnet.apa.org/journals/pre/6/1/31a.pdf>
- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviours and number of placements. *Child Abuse and Neglect, 24*, 1363-1374.

- Pallanca, D. (2008). *Les caractéristiques des mères d'accueil et leur niveau de sensibilité maternelle dans le développement d'une nouvelle relation d'attachement chez les enfants placés*. Thèse de doctorat en psychologie. Montréal (Québec), Université du Québec à Montréal.
- Palmer, S. E. (1996). Placement stability and inclusive practice in foster care: an empirical study. *Children and Youth Services Review, 18*, 589-601.
- Pears, K., & Fisher, P. A. (2005). Developmental, cognitive and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: Associations with prior maltreatment and placement history. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 26*, 112-122.
- Pederson, D. R., & Moran, G. (1995). A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relation to q-sort measures of infant-mother interaction. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 60*, 111-132.
- Pederson, D. R., & Moran, G. (1996). Expressions of the attachment relationship outside of the Strange Situation. *Child Development, 67*, 915-927.
- Pinard, P. (1997). Regard rétrospectif sur le placement d'enfants. In M. Simard (Eds.), *Maintien des liens familiaux et placement d'enfants* (pp. 33-57). Québec : Centre de recherche sur les services communautaires (CRSC), Université Laval.
- Robertson, J., & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courier of the International Children's Center, Paris, 2*, 131-140.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. Dans M. W. Kent & J. E. Rolf (Éds.), *Primary prevention of psychopathology. Social competence in children*, Vol. 3 (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M., O'Connor, T. G., & the English and Romanian Adoptees (ERA) study team (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Developmental psychology, 40*, 81-94.
- Salzinger, S., Feldman, R.S., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development, 64*, 169-187.
- Sameroff, A. J., & Seifer, R. (1990). Early contributors to developmental risk. In J. E. Rolf, A. S. Masten et al. (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 52-66). New York, NY: Cambridge University Press.
- Shonk, S.M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology, 37*, 3-17.
- Shore, R. (1997). *Rethinking the brain*. New York: Families and Work Institute.

- Simard, M., Vachon, J., & Bérubé, S. (1998). *Les familles d'accueil pour jeunes en difficulté au Québec. Étude comparative des familles spécifiques et non spécifiques*. Québec : Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.
- Simmel, C. (2007). Risk and protective factors contributing to the longitudinal psychosocial well-being adopted foster children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*, 237-249.
- Simmel, C., Barth, R. P., & Brooks, D. (2007). Adopted foster youths' psychosocial functioning: a longitudinal perspective. *Child and Family Social Work, 12*, 336-348.
- Simms, M. D., Dubowitz, H., & Szilagyi, M. A. (2000). Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics, 106*, 909-918.
- Smith, D.K., Johnson, A.B., Pears, K.C., Fisher, P.A. & DeGarmo, D.S. (2007). Child maltreatment and foster care: unpacking the effects of prenatal and postnatal parental substance use. *Child Maltreatment, 12*, 150-160.
- Son, S-H. & Meisels, S. J. (2006). The relationship of young children's motor skills to later reading and math achievement. *Merrill-Palmer Quarterly, 52*, 755-778.
- Spieker, S. J., & Booth, C. L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 95-135). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spitz, R.A. (1958). *La première année de la vie*. Paris : PUF.
- St-Antoine, M. (1994). La souffrance de l'enfant placé : À la recherche de l'objet perdu. *P.R.I.S.M.E., 4*, 254-265.
- Steinhauer, P. (1993). Le rôle des professionnels de la santé mentale auprès des enfants confiés aux services sociaux. *P.R.I.S.M.E., 3*, 529-541.
- Stone, N. M., & Stone, S. F. (1983). The prediction of successful foster placement. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work, 64*, 11-17.
- Stovall, K. C., & Dozier, M. (1998). Infants in foster care: An attachment theory perspective. *Adoption Quarterly, 2*, 55-88.
- Stovall, K. C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for ten foster infants. *Development and Psychopathology, 9*, 133-156.
- Stovall, K. C., Dozier, M., & Lindhiem, O. (2005). Attachment Diary: Coding manual – Revised. [On-line]. Retrieved 04/10/2009. Available: <http://icp.psych.udel.edu/research/measures/pad.htm>
- Stovall-McClough, K. C., & Dozier, M. (2004). Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Development and Psychopathology, 16*, 253-271.

- Strauss, R. S., & Dietz, W. H. (1998). Growth and development of term children born with low birth weight: Effects of genetic and environmental factors. *The Journal of Pediatrics*, *133*, 67-72.
- Sykes, D. H., Hoy, E. A., Bill, J. M., McClure, G., Halliday, H. L., & Reid, M. M. (1997). Behavioural adjustment in school of very low birthweight children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 315-325.
- Tarabulsy, G. M., Avgoustis, E., Phillips, J., Pederson, D. R., & Moran, G. (1997). Similarities and differences in mothers' and observers' description of attachment behaviors. *International Journal of Behavioral Development*, *21*, 599-619.
- Tarabulsy, G., M., Bernier, A., Provost, M. A., Maranda, J., Larose, S., Moss, E., Larose, M. & Tessier, R. (2005). Another look inside the gap : Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother-infant dyads. *Developmental Psychology*, *41*, 212-224.
- Tarabulsy, G. M., Provost, M. A., Larose, S., Moss, E., Lemelin, J.-P., Moran, G., Forbes, L. & Pederson, D. R. (2008). Similarities and differences in mothers' and observers' ratings of infant security on the Attachment Q-Sort. *Infant Behavior & Development*, *31*, 10-22.
- Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (pp. 265-286). New York: Guilford Press.
- Toth, S.L., Cicchetti, D., Macfie, J., Rogosch, F.A., & Maughan, A. (2000). Narrative representations of moral-affiliative and conflictual themes and behavioral problems in maltreated preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*, 307-318.
- Tremblay, R. E. (2003). Why socialization fails: The case of chronic physical aggression. In T. E. Moffitt & B. B. Lahey (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 182-224). New York: Guilford Press.
- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, *15*, 311-337.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). Understanding the effects of maltreatment on early brain development. [On-line]. Retrieved 28/03/2005. Available: <http://nccanch.acf.hhs.gov/pubs/focus/earlybrain/earlybrain.pdf>
- van de Weijer-Bergsma, E., Wijnroks, L., & Jongmans, M. J. (2008). Attention development in infants and preschool children born preterm: A review. *Infant Behavior & Development*, *31*, 333-351.
- van den Dries, L., Juffer, F., van IJendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, *31*, 410-421.
- van IJendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis of the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, *117*, 387-403.

- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225-250.
- van IJzendoorn, M. H., Vereijken, C. M. J. L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Riksen-Walraven, J. M. (2004). Assessing attachment security with the Attachment Q Sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development, 75*, 1188-1213.
- Vaughn, B. E., & Bost, K. K. (1999). Attachment and temperament: Redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (pp. 198-225). New York: Guilford Press.
- Vaughn, B. E., & Waters, E. (1990) Attachment behavior at home and in the laboratory: Q-sort observations and Strange Situation classifications of one-year-olds. *Child Development, 61*, 1965-1973.
- Vondra, J. I., Shaw, D. S., Swearingen, L., Cohen, M., & Owens, E. B. (2001). Attachment stability and emotional and behavioural regulation from infancy to preschool age. *Development and Psychopathology, 13*, 13-33.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., van IJzendoorn, M. H., Steele, H., Kontopoulou, A. & Sarafidou, Y. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 1208-1220.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Sarafidou, Y., Kopakaki, M., Dunn, J., van IJzendoorn, M. H. & Kontopoulou, A. (2006). The development of adopted children after institutional care: a follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 1246-1253.
- Waters, E., & Deane, K. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50* (Serial No. 209).
- Wells, K., & Guo, S. (1999). Reunification and reentry of foster children. *Children and Youth Services Review, 21*, 273-294.
- Werner, E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds : high risk children from birth to adulthood*. Ithaca (NY) : Cornell University Press.
- Whitaker, R. C., Orzol, S. M., & Kahn, R. S. (2006). Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. *Archives of General Psychiatry, 63*, 551-560.
- Wulczyn, F., Kogan, J., & Harden, B. H. (2003) Placement stability and movement trajectories. *The Social Service Review, 77*, 212-236.

Zlotnick, C., Kronstadt, D., & Klee, L. (1999). Essential case management services for young children in foster care. *Community Mental Health Journal*, 35, 421-430.

ANNEXE A

ATTESTATION D'APPROBATION ETHIQUE DU COMITE D'ETHIQUE DE LA
RECHERCHE AVEC DES ETRES HUMAINS DE L'UQÀM



Université du Québec à Montréal

Case postale 8888, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) Canada H3C 3P8

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant :

Responsable (s) : Ellen Moss

Département (s) : Psychologie

Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet :
Marie-Ève Pomerleau-Laroche, Tanya Mazzarello et Dominique Pallanca , étudiantes au doctorat en psychologie

Titre du projet : *Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et l'autorégulation des enfants placés en famille d'accueil*

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le *Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM*.

Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche chez l'humain.

Membres du Comité :

Mme Lucie Bélanger, Représentante de la collectivité

Mme Diane Berthelette, Professeure, Département d'organisation et ressources humaines

Mme Jocelyne Couture, Professeure, Département de philosophie

M. Claude Hamel, Professeur, Département des sciences biologiques

Mme Ursula Hess, Professeure, Département de psychologie

M. Marco Sassòli, Professeur, Département des sciences juridiques

M. Michael Schleifer, Professeur, Département des sciences de l'éducation

Mme Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie

8 mai 2002

Date

Présidente du Comité

UQAM

ANNEXE B

LETTRE D'EVALUATION DU COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE DU
CENTRE JEUNESSE DE QUEBEC



Centre jeunesse
de Québec

Institut universitaire

Siege social
2915, avenue du Bourg-Royal, Capport (Québec) G1C 3S2
Téléphone (418) 661-6951 Télécopieur (418) 661-2845

Le 24 mars 2003

Monsieur George Tarabulsy
Chercheur-boursier FRQSC
Département d'études sur l'enseignement
Et l'apprentissage
Université Laval (Québec)
G1K 7P4

Objet : Projet « Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et l'autorégulation des enfants placés en famille d'accueil (2003-04) »

Monsieur,

Le Comité d'éthique sur la recherche a examiné le projet mentionné ci-dessus lors de sa rencontre du 20 mars 2003 et vous transmet les commentaires suivants.

Le CÉR a été vivement impressionné par la qualité de votre projet et pense qu'il devrait contribuer significativement au bien-être des jeunes visés.

En ce qui concerne le consentement des parents d'origine, le CÉR vous appuie dans votre démarche. Le CÉR va néanmoins demander au contentieux de Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire un avis sur cet aspect que nous vous transmettrons ultérieurement.

Formulaire de consentement du jeune et de la famille d'accueil :

- a) Mentionner que les intervenants responsables des usagers ou de la famille d'accueil n'auront pas accès à des informations colligées auprès des participants dans le cadre de la recherche. Si vous désirez tenir les intervenants responsables des dossiers usagers au courant, il faut absolument en informer les participants dans le formulaire de consentement. Sinon, il faut écrire qu'il ne seront pas mis au courant de ces informations.

Dans cette perspective, le CÉR aimerait que vous précisiez quel est le rôle des intervenants responsables des dossiers de l'utilisateur ou de la famille d'accueil dans le cadre de la recherche.

- b) Référer à Commissaire à la qualité des services du CJQ-IU au 661-6951 pour toute plainte concernant le déroulement de la recherche.
- c) Inscrire les coordonnées du chercheur responsable.

Dès que vous aurez fait parvenir les modifications demandées, le CÉR sera en mesure de vous délivrer un certificat de conformité.

Si vous désirez de plus amples informations sur l'un ou l'autre des aspects mentionnés, n'hésitez pas à me contacter, je me ferai un plaisir de vous aider.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Gilles Mireault
Président
Comité d'éthique de la recherche
Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire

GM/lp
cc : Membres du comité

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS D'ACCUEIL

Projet d'évaluation d'une intervention visant à optimiser la sécurité affective et l'autorégulation des enfants placés en famille d'accueil

Sous la direction d'Ellen Moss, Ph.D. Université du Québec à Montréal

LETTRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS D'ACCUEIL

Ce formulaire vise à recueillir le consentement de _____
(nom du parent)

à participer à cette recherche dont les objectifs consistent à évaluer et faciliter l'ajustement de l'enfant _____ dans son nouveau milieu ainsi que
(nom de l'enfant)
l'expérience qui en résulte pour le parent d'accueil.

La participation à cette étude consiste en une série de rencontres au domicile du participant et prennent la forme de discussions sur les problèmes rencontrés dans le développement de l'enfant ainsi que des jeux simples entre vous et votre enfant. Les visites à domicile sont au nombre de 3 ou 9, selon groupe particulier auquel vous serez assigné. La durée des rencontres est d'environ 60 minutes. Une rencontre supplémentaire est également prévue à l'université ou au Centre Jeunesse participant. Toutes les séances de jeux seront filmées.

La participation implique également de:

- Garder un journal décrivant, à deux reprises, les réactions de l'enfant participant face à certains événements stressants de son quotidien.
- Compléter des questionnaires concernant les problèmes comportementaux et affectifs de l'enfant participant.
- Compléter des questionnaires concernant votre expérience en tant que parent, vos propres expériences de vie et différentes situations stressantes que vous pouvez vivre actuellement.
- Compléter une entrevue (enregistrée sous format audio) portant sur vos expériences avec vos propres parents.
- Compléter une entrevue (enregistrée sous format audio) dans laquelle vous parlerez de vos expériences en tant que parent.

Dans le cadre de la visite à l'Université ou au Centre Jeunesse participant, vous et l'enfant serez filmés dans le cadre d'une série de brèves séparations et réunions avec l'enfant, chacune dure environ 3 minutes. Si l'expérience est désagréable pour l'enfant, elle pourra être soit raccourcie, soit arrêtée, selon votre décision. Cette procédure est nécessaire à l'observation des réactions de l'enfant dans un contexte où le besoin de réconfort devrait se manifester. De plus, un dédommagement de \$100.00 ou \$200.00, selon le nombre de rencontres, est offert pour le déplacement et autres frais.

La participation à cette étude pourrait vous amener à réfléchir à certains aspects liés à votre propre expérience de vie. Soyez assurée que toute information concernant l'identité des participants demeure confidentielle. En effet, afin de protéger l'anonymat des participants, les noms des parents ainsi que des enfants prenant part à l'étude seront remplacés par des numéros d'identification. Les informations recueillies dans le cadre de

ce projet pourront être utilisées à des fins de recherche et d'enseignement. Les données seront conservées dans des classeurs sous clé à l'Université pendant 10 ans, puis seront détruites.

La participation dans cette étude demeure entièrement indépendante de la collaboration établie entre vous et le Centre Jeunesse assurant votre suivi. Votre statut auprès des Centres Jeunesse ne sera affecté d'aucune façon par votre décision de prendre part ou non à cette étude. Il est également important de spécifier que votre participation est strictement volontaire et qu'en tout temps vous êtes en mesure de retirer votre participation au programme.

Par ailleurs, si dans le cadre de cette recherche des informations laissent soupçonner que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, le chercheur a l'obligation de faire un signalement auprès du Directeur de la protection de la jeunesse tel que prescrit par la Loi sur la Protection de la Jeunesse.

L'équipe de recherche s'engage à vous transmettre un résumé global des résultats par le biais de lettres. Il est également possible que l'équipe de recherche vous contacte dans l'avenir dans l'éventualité de la poursuite du projet. Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, n'hésitez pas à contacter Dominique Pallanca au (514) 987-3000 poste 4996.

Je déclare avoir lu et accepté chaque élément décrit ci-haut relatif à ma participation dans ce projet de recherche.

Signature du parent

Date

Signature d'un témoin

Date

ANNEXE D

QUESTIONNAIRE DES FACTEURS DE RISQUE

Identification : _____

Facteurs de Risque Questionnaire

Renseignements sur l'enfant

1. Naissance:

- a) à terme (38 semaines ou plus) : _____
b) prématuré à: _____ semaines de gestation

2. Poids à la naissance : _____ kg

	Pas dans dossier	Non	Oui	Détails
a) Conditions médicales sérieuses à la naissance (ex: perte de l'ouïe)?				
b) Complications après la naissance (ex: retard développemental)?				
c) Exposition fœtale à de l'alcool ou de la drogue (ex : syndrome d'alcoolisme fœtal ou information sur la consommation du parent)?				
d) Exposition à un trouble psychiatrique de la mère?				
e) Accidents vécus par l'enfant depuis naissance (ex: voiture, brûlure, empoisonnement)?				
f) Admissions à l'hôpital?				

3. Raison(s) du placement, encerclez toutes celles qui s'appliquent.

- a) abus physique
- b) abus sexuel
- c) négligence
- d) environnement inadéquate (ex: logement insalubre)
- e) instabilité familiale
- f) abandon
- g) abus de substance
- h) incarcération du parent
- i) placement volontaire
- j) mort du parent
- k) parent en famille d'accueil
- l) condition psychiatrique du parent
- m) autre : _____
- n) pas dans le dossier

Identification : _____

4. Évaluation de la situation

	Jamais suspecté	Suspecté seulement	Avec preuves à l'appui	Sans preuves
a) abus physique de l'enfant				
b) abus physique sur fraterie				
c) abus sexuel de l'enfant				
d) abus sexuel de la fraterie				
e) négligence de l'enfant				
f) négligence de la fraterie				
g) pas dans dossier				

Renseignements sur la famille naturelle

5. L'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant cible : _____

Identification : _____

6. État de la mère durant sa grossesse (conditions pré et post-natales)

	Pas dans dossier	Non	Oui	Détails
a) Complications durant la grossesse ou après la naissance?				
b) Fumeuse?				
c) Abus de substances (ex: drogues, alcool)?				
d) Consommation de médicaments avec prescription?				

7. Santé générale et mentale de la mère:

	Pas dans dossier	Non	Oui	Détails
a) Historique médical (ex: cancer)				
b) Historique familial d'abus de substances (ex: drogues, alcool)?				
c) Historique de suicide (tentatives)?				
d) Historique de troubles psychiatriques (ex: dépression, trouble de personnalité, hospitalisations)?				

Identification : _____

8. L'histoire personnelle de la mère naturelle (ex : perte majeure, négligence ou abus, historique d'agression ou de charges criminelles)?

- a) oui _____
- b) non _____
- c) pas dans dossier _____

Si oui, précisez-en la nature :

Centre Jeunesse

9. Intervenant de soutien (rattaché à la famille d'accueil)

Type de contact : _____
Motifs : _____
Fréquence : _____
Durée : _____

10. Intervenant responsable de la prise en charge (rattaché à la famille naturelle et l'enfant)

Type de contact : _____
Motifs : _____
Fréquence : _____
Durée : _____

Contact avec la Famille Naturelle

Fréquence : _____
Durée : _____
Dates : _____

ANNEXE E

QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE

A. Renseignements généraux

Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations générales sur votre famille telles que votre statut conjugal, vos antécédents scolaires, vos occupations, votre situation économique ainsi que votre état de santé. Il est possible que pour ce questionnaire **uniquement** il vous soit nécessaire de demander quelques informations à votre conjoint.

N.B. TOUS LES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS NOUS FOURNISSEZ SONT CONFIDENTIELS ET NE SONT UTILISÉS QU'À DES FINS DE RECHERCHE.

SECTION 1 : IDENTIFICATION PERSONNELLE

NOM DE L'ENFANT : _____

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE D'ACCUEIL : _____

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE D'ACCUEIL : _____

ADRESSE (familiale): _____

_____ CODE POSTAL _____

NO DE TÉLÉPHONE : MAISON _____ TRAVAIL (père) : _____

TRAVAIL (mère): _____

ARRONDISSEMENT (St-Henri, Ahuntsic, St-Michel,...) _____

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA FAMILLE

ENFANTS ET AUTRES PERSONNES VIVANTS À LA MAISON

(Incluant vous-même et l'enfant qui participe à cette recherche)

Pour chacune des personnes, spécifiez son lien de parenté avec l'enfant qui participe à cette recherche.

LIEN AVEC L'ENFANT	SEXE	DATE DE NAISSANCE
Mère d'accueil	_____	_____
Père d'accueil	_____	_____
Enfant qui participe	_____	_____
Autre: _____	_____	_____
Autre: _____	_____	_____
Autre: _____	_____	_____

Autre: _____

Autre: _____

Autre: _____

RÉSIDENCE FAMILIALE

Nombre de pièces de votre résidence : _____

Êtes-vous propriétaire _____ ou locataire _____ de cette résidence ?

Depuis combien de temps habitez-vous à cette adresse : _____

Combien de fois avez-vous déménagé dans les 5 dernières années : _____

ÉTAT MATRIMONIAL

Mariée : _____ Union de fait: _____ Remariée: _____

Divorcée : _____ Séparée : _____ Veuve : _____

Précisions ou commentaires : _____

SECTION 3 : SCOLARITÉ

ENCERCLEZ LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉDUCATION GÉNÉRALE TERMINÉE :

MÈRE D'ACCUEIL

Primaire 1 2 3 4 5 6

Secondaire 1 2 3 4 5 6

Collégial 1 2 3

Universitaire 1 2 3

Dernier diplôme obtenu _____

PÈRE D'ACCUEIL

Primaire 1 2 3 4 5 6

Secondaire 1 2 3 4 5 6

Collégial 1 2 3

Universitaire 1 2 3

Dernier diplôme obtenu _____

SECTION 4 : OCCUPATIONS

INDIQUEZ LE PLUS PRÉCISÉMENT POSSIBLE VOTRE OCCUPATION PRINCIPALE:

MÈRE D'ACCUEIL: _____ NBRE DE JOURS/SEMAINE: _____

PÈRE D'ACCUEIL: _____ NBRE DE JOURS/SEMAINE: _____

INDIQUEZ LES OCCUPATIONS SECONDAIRES, S'IL Y A LIEU
(2e emploi, bénévolat, loisirs,...)

MÈRE D'ACCUEIL: _____ NBRE DE JOURS/SEMAINE: _____

PÈRE D'ACCUEIL : _____ NBRE DE JOURS/SEMAINE: _____

ÉNUMÉREZ LA OU LES ACTIVITÉS ORGANISÉES AUXQUELLES L' ENFANT PARTICIPE, S'IL Y A LIEU (EX. GARDERIE).

ENDROIT	ACTIVITÉ	NOMBRE D'HEURES/SEMAINE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SECTION 5 : REVENU FAMILIAL

INDIQUEZ VOTRE REVENU ANNUEL FAMILIAL BRUT:

Moins de 10 000 _____ 40 000 - 49 999 _____

10 000 - 19 999 _____ 50 000 - 74 999 _____

20 000 - 29 999 _____ 75 000 - 99 999 _____

30 000 - 39 999 _____ 100 000 et plus _____

SECTION 6 : SANTÉ GÉNÉRALE

a) Souffrez-vous d'un handicap (infirmité, paralysie,...) ?

	OUI	NON
Mère d'accueil	_____	_____
Père d'accueil	_____	_____
Enfant	_____	_____
Autres Enfants	_____	_____

Si oui, précisez-en la nature : _____

b) Souffrez-vous de maladie chronique ?

	OUI	NON
Mère d'accueil	_____	_____
Père d'accueil	_____	_____
Enfant	_____	_____
Autres Enfants	_____	_____

Si oui, précisez-en la nature _____

c) Prenez-vous quotidiennement des médicaments (prescrits par un médecin) qui affectent votre concentration et votre attention ?

	OUI	NON
Mère d'accueil	_____	_____
Père d'accueil	_____	_____
Enfant	_____	_____
Autres Enfants	_____	_____

Si oui, précisez lesquels : _____

d) Depuis les 12 derniers mois, à quelle fréquence **l'enfant** a-t-il bénéficié des services professionnels suivants, autres que les intervenant(e)s des Centres jeunesse :

	Jamais	Rarement	Occasionnel	Régulier
Médecin (pédiatre)	_____	_____	_____	_____
Travailleuse sociale	_____	_____	_____	_____
Autres, précisez	_____	_____	_____	_____

SECTION 7 : CONTACTS SOCIAUX

MÈRE D'ACCUEIL

	Jamais	Rarement	Occasionnel	Régulier
Parenté	_____	_____	_____	_____
Amis	_____	_____	_____	_____
Collègues de travail	_____	_____	_____	_____
Professionnels	_____	_____	_____	_____
(ex. médecin, psychologue, infirmière,...)				

PÈRE D'ACCUEIL

	Jamais	Rarement	Occasionnel	Régulier
Parenté	_____	_____	_____	_____
Amis	_____	_____	_____	_____
Collègues de travail	_____	_____	_____	_____
Professionnels	_____	_____	_____	_____
(ex. médecin, psychologue, infirmière,...)				

ACTIVITÉS FAMILIALES

Nature de l'activité	Fréquence
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ANNEXE F

FEUILLES DE CODIFICATION DE L'ECHELLE MENTALE DU BAYLEY-II

Name _____
 Caregiver's Name _____
 Daycare/ School Program _____
 Place of Testing _____
 Examiner _____
 Reason for Referral _____



Bayley Scales of Infant Development™
 Second Edition

Mental Scale Record Form

	Year	Month	Day
Date of Testing			
Date of Birth			
Chronological Age			
Adjustment for Prematurity			
Corrected Age			

Scale	Factor	Raw Score	MDI	PDI	Confidence Interval (____%)	Percentile	Classification
Mental							
Motor							
Behavior Rating	Attention/Arousal						
	Orientation/Engagement						
	Emotional Regulation						
	Motor Quality						
	Additional Items						
	Total Raw Score						

Observations and General Comments _____

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION*
 Harcourt Brace & Company
 SAN ANTONIO
 * San Diego • Philadelphia • Austin • Fort Worth • Toronto • London

Copyright © 1993, 1969 by The Psychological Corporation
 All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher.
 The Psychological Corporation and the PSI logo are registered trademarks of The Psychological Corporation.
 Bayley Scales of Infant Development and the Bayley logo are trademarks of The Psychological Corporation.

Age Group

months

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RF, RPT, O
			Scored	Admin.			
1. Regards Person Momentarily	Supine		14, 19, 21				
2. Quiets When Picked Up	Supine						
3. Responds to Voice	Supine						
4. Inspects Surroundings							
5. Eyes Follow Moving Person	Supine						
6. Regards Ring for 3 Seconds	Supine	Ring with String		15			
7. Habituates to Rattle	Supine	Rattle		8		Trial 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___	
8. Discriminates Between Bell and Rattle	Supine	Bell			7		
9. Searches with Eyes for Sound	Supine, head propped	Bell & Rattle			8		
10. Vocalizes Four Times							
11. Becomes Excited In Anticipation	Supine		12		2		
12. Adjusts in Anticipation of Being Lifted	Supine				11		
13. Visually Recognizes Caregiver	Supine		20	20			
14. Smiles When Examiner Speaks	Supine		19, 21, 33		1		
15. Eyes Follow Ring (Horizontal Excursion)	Supine	Ring with String		16	6		
16. Eyes Follow Ring (Vertical Excursion)	Supine	Ring with String		17	15		
17. Eyes Follow Ring (Circular Path)	Supine	Ring with String		18	16		
18. Eyes Follow Ring (Arc)	Supine, head propped	Ring with String		37	17		
19. Smiles When Examiner Smiles	Supine		21, 33		14		

○ Incidental Observation






Number of Items Child Received Credit (C) for This Page


Age Group

3 months

1 month

1 month

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RF, RPT, O
			Scored	Admin.			
20. Reacts to Disappearance of Face	Supine				13		
21. Vocalizes When Examiner Speaks	Supine		33		19		
(22) Vocalizes Two Different Vowel Sounds					10		
23. Glances from Bell to Rattle	Supine, head propped	Bell & Rattle		35	9	Scoring Criterion: 2 of 3	
24. Head Follows Ring	Seated	Ring with String			18		
25. Regards Cube for 3 Seconds	Seated	1 Cube					
26. Habituates to Visual Stimulus 30 seconds	Seated	Card 26, Easel, & 		27			
27. Discriminates Novel Visual Pattern 10 seconds per card	Seated	Cards 27A-B, Easel, & 		28	26	Scoring Criterion: 2 of 2 Card 27A ____ 27B ____	
28. Displays Visual Preference 15 seconds per card	Seated	Cards 28A-B, Easel, & 		29	27	Scoring Criterion: 2 of 2 Card 28A ____ 28B ____	
29. Prefers Novelty A: 20 seconds B: 10 seconds C: 10 seconds	Seated	Cards 29A-C, Easel, & 			28	Scoring Criterion: 2 of 2 Card 29A  29B ____ 29C ____	
30. Turns Head to Sound	Seated	Bell & Rattle			23		
(31) Vocalizes Attitude						Pleasure ____ Displeasure ____ Eagerness ____ Satisfaction ____ Others _____	
32. Eyes Follow Ball Rolling Across Table	Seated	Ball					
33. Vocalizes When Examiner Smiles	Supine				21		
(34) Inspects Own Hand(s)							
35. Plays with Rattle	Supine	Rattle					
36. Eyes Follow Rod	Supine	Rod					
37. Manipulates Ring	Supine	Ring with String	40	38			

 Incidental Observation

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page

Age Group	Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RF, RPT, O
				Scored	Admin.			
months	38. Reaches for Suspended Ring	Supine	Ring with String	39		37		
	39. Grasps Suspended Ring	Supine	Ring with String			38		
months	40. Carries Ring to Mouth		Ring with String			39		
	41. Approaches Mirror Image	Seated	Mirror	49, 50				
months	42. Reaches for Cube	Seated	3 Cubes	44, 45, 53, 57, 58, 65				
	43. Reaches Persistently	Seated	Cube, Rabbit or Other Small Toy					
	44. Uses Eye-Hand Coordination in Reaching	Seated	3 Cubes	45, 53, 57, 58, 65		42		
	45. Picks Up Cube	Seated	3 Cubes	53, 57, 58, 65 (M) 31		44		
	46. Fixates on Disappearance of Ball for 2 Seconds	Supine	Shield & Ball					
	47. Displays Awareness of Novel Surroundings							
	48. Plays with String	Seated	Ring with String	62	62			
months	49. Smiles at Mirror Image	Seated	Mirror	50		41		
	50. Responds Playfully to Mirror Image	Seated	Mirror			49		
	51. Regards Pellet	Seated	Sugar Pellet	(M) 41, (M) 32				
months	52. Bangs in Play	Seated	Spoon or Other Hard Object					
	53. Reaches for Second Cube	Seated	3 Cubes	57, 58, 65		45		
months	54. Transfers Object from Hand to Hand		Rattle, Ring with String, Spoon, or Other Hard Object					
	55. Lifts Inverted Cup	Seated	Cup; Cube, Rabbit or Other Small Toy	67				
	56. Looks for Fallen Spoon	Seated	Mirror & Spoon					

Incidental Observation

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page



4


Age Group	Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RF, RPT, O
				Scored	Admin.			
4 months	57. Picks Up Cube Deftly	Seated	3 Cubes	58, 65, (M) 31, (M) 37		53		
	58. Retains Two Cubes for 3 Seconds	Seated	3 Cubes	65		57		
4 months	59. Manipulates Bell, Showing Interest in Detail	Seated	Bell	66				
	60. Attends to Scribbling	Seated	Crayon & Paper					
	61. Vocalizes Three Different Vowel Sounds					22	Vowel Sounds:	
4 months	62. Pulls String Adaptively to Secure Ring	Seated	Ring with String	82	82	48		
	63. Imitates Vocalization							
10 months	64. Cooperates in Game	Seated	Shield					
	65. Retains Two of Three Cubes for 3 Seconds	Seated	3 Cubes	75		58		
5 months	66. Rings Bell Purposely	Seated	Bell			59		
	67. Lifts Cup by Handle	Seated	Cup; Cube, Rabbit, or Other Small Toy			55		
	68. Uses Gesture to Make Wants Known						Gesture(s):	
	69. Looks at Pictures in Book	Seated	Picture Book	73				
	70. Listens Selectively to Two Familiar Words							
12 months	71. Repeats Vowel-Consonant Combination					61	Vowel-Consonant Combination(s):	
	72. Looks for Contents of Box	Seated	2 Square Beads & Box (no lid)					
5 & 7 months	73. Turns Pages of Book	Seated	Picture Book			69		
	74. Puts One Cube in Cup	Seated	Cup & 9 Cubes	86, 95			Number of Cubes in Cup _____	


○ Incidental Observation

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page 5

5

Age Group	Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RF, RPT, O
				Scored	Admin.			
	75. Attempts to Secure Three Cubes	Seated	3 Cubes			65		
	76. Jabbers Expressively					71		
	77. Pushes Car	Seated	Car					
3 months	78. Vocalizes Four Different Vowel-Consonant Combinations					76	Vowel-Consonant Combination(s):	
	79. Fingers Holes in Pegboard	Seated	Pegboard (no pegs)					
	80. Removes Lid from Box	Seated	Box, Solid Lid, Cube or Other Small Toy			72	Scoring Criterion: 2 of 3 Trial 1__ 2__ 3__	
	81. Responds to Spoken Request					70		
3 months	82. Suspends Ring by String	Seated	Ring with String			62		
	83. Pats Toy in Imitation	Seated	Squeaky Toy					
	84. Finds One Object	Seated	Rabbit & 2 Cups		96	67	Scoring Criterion: 2 of 3 Trial 1__ 2__ 3__	
	85. Removes Pellet from Bottle	Seated	Sugar Pellet & Bottle					
3 months	86. Puts Three Cubes in Cup	Seated	Cup & 9 Cubes	95		74	Number of Cubes in Cup ____	
3 months	87. Places One Peg Repeatedly 70 seconds	Seated	Pegboard, 6 Yellow Pegs & 	98		79	Number of Pegs: Trial 1__ 2__ 3__ Time: Trial 1__ 2__ 3__	
3 months	88. Retrieves Toy (Clear Box I)	Seated	Clear Box, Rabbit or Other Small Toy		105			
	89. Puts Six Beads in Box	Seated	Box, Lid with Hole & 8 Square Beads				Scoring Criterion: 6 of 8 Number of Beads ____	
	90. Places One Piece (Blue Board) 150 seconds	Seated	Blue Puzzle Board: 4 Round & 5 Square Pieces (Blue Block Set) & 				Number of Pieces ____ Time ____	
	91. Scribbles Spontaneously	Seated	Crayon & Paper		103	60		
3 months	92. Closes Round Container	Seated	Round Container					

 Incidental Observation

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page 

6

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RF, RPT, C																						
			Scored	Admin.																									
93. Places Circle Piece (Pink Board) 180 seconds	Seated	Pink Puzzle Board: Square, Triangle, Circle Pieces (Red Block Set) &																											
94. Imitates Word					63																								
95. Puts Nine Cubes in Cup	Seated	Cup & 9 Cubes			86	Number of Cubes in Cup _____																							
96. Finds Toy under Reversed Cups	Seated	2 Cups & Rabbit		102	84	Scoring Criterion: 2 of 3 Trial 1___ 2___ 3___																							
97. Builds Tower of Two Cubes	Seated	12 Cubes	123			Number of Cubes: Trial 1___ 2___ 3___																							
98. Places Pegs in 70 seconds	Seated	Pegboard, 6 Yellow Pegs &	119		87	Number of Pegs: Trial 1___ 2___ 3___ Time: Trial 1___ 2___ 3___																							
99. Points to Two Pictures	Seated	Stimulus Booklet	109, 122, 133			Scoring Criterion: 2 of 10 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Names</th> <th style="width: 50%;">Points to</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Shoe</td><td></td></tr> <tr><td>Dog</td><td></td></tr> <tr><td>Cup</td><td></td></tr> <tr><td>House</td><td></td></tr> <tr><td>Clock</td><td></td></tr> <tr><td>Book</td><td></td></tr> <tr><td>Fish</td><td></td></tr> <tr><td>Star</td><td></td></tr> <tr><td>Leaf</td><td></td></tr> <tr><td>Car</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Names	Points to	Shoe		Dog		Cup		House		Clock		Book		Fish		Star		Leaf		Car		
Names	Points to																												
Shoe																													
Dog																													
Cup																													
House																													
Clock																													
Book																													
Fish																													
Star																													
Leaf																													
Car																													
100. Uses Two Different Words Appropriately					94	Words:																							
101. Shows Shoe, Other Clothing, or Object					81	Clothing/Object:																							
102. Retrieves Toy (Visible Displacements)	Seated	2 Cups & Rabbit			96	Scoring Criterion: 2 of 3 Trial 1___ 2___ 3___																							
103. Imitates Crayon Stroke	Seated	2 Crayons & Paper		116	91																								
104. Uses Rod to Attain Toy	Seated	Rabbit & Rod																											
105. Retrieves Toy (Clear Box II)	Seated	Clear Box & Rabbit or Other Small Toy			88	Scoring Criterion: 2 of 2 Trial 1___ 2___																							
106. Uses Words to Make Wants Known					100	Words:																							



15-19 months


12 months

months

Incidental Observation

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page




Age Group	Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RF, RPT, O
				Scored	Admin.			
12 months	107. Follows Directions (Doll)	Seated	Doll, Spoon, Comb & Facial Tissue			101	Scoring Criterion: 2 of 3 Trial 1___ 2___ 3___	
	108. Points to Three of Doll's Body Parts	Seated	Doll			107	Scoring Criterion: 3 of 7 Hair___ Mouth___ Ears___ Hands___ Eyes___ Feet___ Nose___	
	109. Names One Picture	Seated	Stimulus Booklet	122, 133		99	Scoring Criterion: 1 of 10 Names Points to Shoe Dog Cup House Clock Book Fish Star Leaf Car	
	110. Names One Object	Seated	Ball, Picture Book, Pencil, Spoon, & Cup	126			Scoring Criterion: 1 of 5 Ball___ Book___ Cup___ Spoon___ Pencil___	
14-16 months	111. Combines Word and Gesture					106		
	112. Places Four Pieces in 150 seconds (Blue Board)	Seated	Blue Puzzle Board, 4 Round & 5 Square Pieces (Blue Block Set) & 	130		90	Number of Pieces _____ Time _____	
15 months	113. Says Eight Different Words					111	Words:	
	114. Uses a Two-Word Utterance					113	Utterance:	
	115. Completes Pink Board 180 seconds	Seated	Pink Puzzle Board, Square, Circle, Triangle Pieces (Red Block Set) & 		120	93		
	116. Differentiates Scribble from Stroke	Seated	2 Crayons & Paper	139		103		
	117. Imitates a Two-Word Sentence					114		
	118. Identifies Objects in Photograph	Seated	Object Tray, Rabbit, Bell, Cube, Car, Triangle Piece (from Red Block Set), Shield & Stimulus Booklet				Scoring Criterion: 2 of 5 Rabbit___ Bell___ Cube___ Car___ Triangle___	

 Incidental Observation

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page





Age Group

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RF, RPT, O																						
			Scored	Admin.																									
119. Places Pegs in 25 seconds 	Seated	Pegboard, 6 Yellow Pegs & 			98	Number of Pegs: Trial 1 ___ 2 ___ 3 ___ Time: Trial 1 ___ 2 ___ 3 ___																							
120. Completes Reversed Pink Board	Seated	Pink Puzzle Board: Square, Circle & Triangle Pieces (Red Block Set)			115																								
121. Uses Pronoun(s)						Pronouns:																							
122. Points to Five Pictures	Seated	Stimulus Booklet	133		109	Scoring Criterion: 5 of 10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Names</th> <th>Points to</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Shoe</td><td></td></tr> <tr><td>Dog</td><td></td></tr> <tr><td>Cup</td><td></td></tr> <tr><td>House</td><td></td></tr> <tr><td>Clock</td><td></td></tr> <tr><td>Book</td><td></td></tr> <tr><td>Fish</td><td></td></tr> <tr><td>Star</td><td></td></tr> <tr><td>Leaf</td><td></td></tr> <tr><td>Car</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Names	Points to	Shoe		Dog		Cup		House		Clock		Book		Fish		Star		Leaf		Car		
Names	Points to																												
Shoe																													
Dog																													
Cup																													
House																													
Clock																													
Book																													
Fish																													
Star																													
Leaf																													
Car																													
123. Builds Tower of Six Cubes	Seated	12 Cubes	135		97	Number of Cubes: Trial 1 ___ 2 ___ 3 ___																							
124. Discriminates Book, Cube, and Key	Seated	Picture Book, Cube & Key				Scoring Criterion: 3 of 3 Cube ___ Key ___ Book ___																							
125. Matches Pictures	Seated	Stimulus Booklet				Scoring Criterion: 3 of 4 Airplane ___ Tricycle ___ Tree ___ Telephone ___																							
126. Names Three Objects	Seated	Ball, Picture Book, Pencil, Spoon & Cup			110	Scoring Criterion: 3 of 5 Ball ___ Picture Book ___ Cup ___ Spoon ___ Pencil ___																							
127. Uses a Three-Word Sentence 					117	Sentences:																							
128. Matches Three Colors	Seated	Stimulus Booklet, Red, Yellow & Blue Disks		137		Red ___ Yellow ___ Blue ___																							
129. Makes a Contingent Utterance					127	Utterance:																							

16-18 months

17-19 months

 Incidental Observation

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page 

months

Age Group

3-12 months

29-22 months

3-24 months

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, R, RPT, C																						
			Scored	Admin.																									
130. Completes Blue Board in 75 seconds	Seated	Blue Puzzle Board, 4 Round & 5 Square Pieces (Blue Block Set) &			112	Number of Pieces ____ Time ____																							
131. Attends to Story	Seated	Picture Book	142		73																								
132. Places Beads in Tube in 120 seconds	Seated	Tube, String of Beads &																											
133. Names Five Pictures	Seated	Stimulus Booklet			122	Scoring Criterion: 5 of 10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Names</th> <th>Points to</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Shoe</td><td></td></tr> <tr><td>Dog</td><td></td></tr> <tr><td>Cup</td><td></td></tr> <tr><td>House</td><td></td></tr> <tr><td>Clock</td><td></td></tr> <tr><td>Book</td><td></td></tr> <tr><td>Fish</td><td></td></tr> <tr><td>Star</td><td></td></tr> <tr><td>Leaf</td><td></td></tr> <tr><td>Car</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Names	Points to	Shoe		Dog		Cup		House		Clock		Book		Fish		Star		Leaf		Car		
Names	Points to																												
Shoe																													
Dog																													
Cup																													
House																													
Clock																													
Book																													
Fish																													
Star																													
Leaf																													
Car																													
134. Displays Verbal Comprehension	Seated	Stimulus Booklet				Scoring Criterion: 3 of 6 Trial 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__																							
135. Builds Tower of Eight Cubes	Seated	12 Cubes		138	123	Number of Cubes: Trial 1__ 2__ 3__																							
136. Poses Question(s)					129	Question(s):																							
137. Matches Four Colors	Seated	Stimulus Booklet, Red, Yellow, Blue, Black & Green Disks			128	Scoring Criterion: 4 of 5 Red__ Yellow__ Blue__ Black__ Green__																							
138. Builds Train of Cubes	Seated	10 Cubes			135																								
139. Imitates Vertical and Horizontal Strokes	Seated	2 Crayons & Paper			116	Vertical__ Horizontal__																							
140. Understands Two Prepositions	Seated	2 Cups & Rabbit	153			Scoring Criterion: 2 of 6 On__ In__ Under__ Between__ Behind__ In Front of__																							
141. Understands Concept of One	Seated	3 Cubes																											
142. Produces Multiple-Word Utterances in Response to Picture Book	Seated	Picture Book			131	Utterances:																							

Incidental Observation

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page

months

Age Group

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RP, 0
			Scored	Admin.			
143. Recalls Geometric Forms	Seated	Circle, Square, Triangle pieces (Red Block Set) & Shield				Scoring Criterion: 2 of 3 Circle ___ Square ___ Triangle ___	
144. Discriminates Pictures I	Seated	Stimulus Booklet		151		Scoring Criterion: 2 of 2 Apple ___ Giraffe ___	
145. Compares Sizes	Seated	Stimulus Booklet				Scoring Criterion: 2 of 2 Big tree ___ Little tree ___	
146. Counts (Number Names)	Seated			164		Number counted to: _____	
147. Compares Masses	Seated	2 Boxes (attached lids)				Scoring Criterion: 2 of 2 Trial 1 ___ 2 ___	
148. Uses Past Tense						Use of Past Tense:	
149. Builds Bridge	Seated	6 Cubes		150	138		
150. Builds Wall	Seated	8 Cubes			149		
151. Discriminates Pictures II	Seated	Stimulus Booklet			144	Scoring Criterion: 2 of 2 Calf ___ Donkey ___	
152. Repeats Three Number Sequences	Seated					Scoring Criterion: 3 of 4 A ___ B ___ C ___ D ___	
153. Understands Four Prepositions	Seated	2 Cups & Rabbit			140	Scoring Criterion: 4 of 6 On ___ In ___ Under ___ Between ___ Behind ___ In Front of ___	
154. Identifies Gender	Seated					Scoring Criterion: Trial 1 and correct response on 2 or 3 Trial 1 ___ 2 ___ 3 ___	
155. Names Four Colors	Seated	Stimulus Booklet			137	Scoring Criterion: 4 of 5 Red ___ Yellow ___ Blue ___ Black ___ Green ___	
156. Understands Concept of More	Seated	8 Cubes			141	Scoring Criterion: 2 of 2 Trial 1 ___ 2 ___	
157. Counts (One-to-One Correspondence)	Seated	5 Cubes			145		
158. Understands Another's Perspective I	Seated	Box (attached lid) & Rabbit		172			
159. Counts (Stable Number Order)	Seated				157		
160. Remembers Sequence	Seated					Scoring Criterion: Succeeds at Pat/Touch/Clap ___ Pat  Pat/Touch 	
161. Discriminates Patterns	Seated	Stimulus Booklet				Scoring Criterion: 2 of 3 Square ___ Triangle ___ E ___	

36-42 months






23-25 months

26-28 months

29-31 months

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page

Age Group

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criterial Trial & Counted Information	Score C, NC, RP, RPT, C
			Scored	Admin.			
162. Sorts Pegs by Color	Seated	4 Red, 4 Yellow, 4 Blue Pegs & 3 Plastic Bags					
163. Discriminates Sizes	Seated	Stimulus Booklet				Scoring Criterion: 2 of 3 Largest Middle Smallest Bowl _____ Lid _____ Shoe _____	
164. Counts (Cardinality)	Seated	5 Cubes	157	175	159	Scoring Criterion: 2 of 2 Responses: Trial 1 _____ 2 _____	
165. Completes Blue Board in 30 seconds 	Seated	Blue Puzzle Board, 4 Round & 5 Square Pieces (Blue Block Set) & 			130	Number of Pieces: _____ Time: _____	
32-34 months  166. Identifies Three Incomplete Pictures	Seated	Stimulus Booklet				Scoring Criterion: 3 of 3 (by second page in trial) Trial 1 _____ 2 _____ 3 _____	
167. Relates Temporal Sequence of Events	Seated					Events:	
35-37 months  168. Completes Pattern	Seated	Pegboard, 4 Red, 3 Blue & 2 Yellow Pegs			162	Scoring Criterion: 2 of 2 Trial 1 _____ 2 _____	
169. Finds Most Direct Route on Map	Seated	Map & Car		170		Scoring Criterion: Credit on first trial Trial 1 _____ 2 _____	
170. Finds Alternate Route on Map	Seated	Map, Car & Stick		171	169		
171. Picks Up Two Friends on Map	Seated	Map & Car			170		
172. Understands Another's Perspective II	Seated	Box (lid attached) & Rabbit			158		
173. Builds T	Seated	10 Cubes		176	150		
174. Classifies Objects	Seated	Stimulus Booklet				Scoring Criterion: 2 of 3 Train _____ Lamp _____ Banana _____	
175. Counts (Order Invariance)	Seated	5 Cubes			164	Response:	
176. Builds Steps	Seated	12 Cubes			173		
177. Comprehends Congruent and Incongruent Tasks	Standing						
38-42 months  178. Solves Bridge-Building Problem	Seated	Stimulus Booklet & 3 Sticks					

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page

Dev. Age	Cognitive		Language		Social		Motor		Dev. Age
	Mental	Motor	Mental	Motor	Mental	Motor	Mental	Motor	
	155, 156, 157, 158, 159, 160 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178	104, 105, 111	155, 156, 159 164, 166, 167, 172, 177		158	90	165, 169	98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111	42
	154		154						41
40								97	40
39			153						39
38	152		148, 152						38
37									37
36	151	96						96	36
35	149		142						35
34	146, 147, 150		146						34
33								95	33
32	145	92						92, 93, 94	32
31									31
30	141, 143		141		91			91	30
29									29
28									28
27	144	88						88	27
26	137, 138, 139		140				139	86, 89, 90	26
25								87	25
24	135		136				135		24
23								133, 134, 135	23
22	130		134				130		22
21	132		129, 133				132	130, 132	21
20	128		126, 127						20
19	112, 123, 124, 125, 131		121, 124, 131				112, 123	79, 91	19
18	119, 120, 122		117				119, 120		18
17	115, 116, 118		114, 118, 122				115, 116	75	17
16			113					74, 78	16
15		76	111					76, 77	15
14	99		99, 106, 108, 109, 110					73	14
13	90, 102, 103, 104, 105		107				90, 103	71, 72	13
12	87, 93, 96, 97, 98		100, 101				87, 93, 97, 98	65, 67, 68, 69, 70	12
11	91, 92, 95		94				91, 92	66	11
10	88, 89						89	62, 64	10
9	82, 83, 84, 35, 86		76		83		82	58, 59, 61, 62	9
8	73, 75, 77, 79, 80		71, 78, 81				73, 75, 77, 79	60	8
7	72, 74		70				74	49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57	7
6	62, 64, 65, 66, 67, 69		68		64		62, 65, 66, 67	42, 43, 44, 45, 46, 47, 48	6
5	53, 54, 56, 57, 58, 59, 60		61, 63				53, 54, 57, 58, 59	34, 36, 37, 38, 39, 40, 41	5
4	42, 44, 45, 46, 48 49, 50, 51, 52, 55 29, 34, 35, 36, 37, 33, 39, 40, 41, 42, 47 17, 18, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32	32			49, 50		43, 44, 45, 46, 52, 55	38, 30, 31, 32, 33, 35	4
3					41		38, 39, 40, 42	19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29	3
2			21, 22, 31, 33		19, 20, 33		30	7, 11, 12, 13, 15, 15, 17, 18, 20	2
1	4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 16		9, 10		1, 2, 3, 5, 11, 12, 13, 14			1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 14	1

ANNEXE G

FEUILLES DE CODIFICATION DE L'ECHELLE MOTRICE DU BAYLEY-II

Child's Name _____ Gender _____
 Caregiver's Name _____
 Daycare/ School Program _____
 Place of Testing _____
 Examiner _____
 Reason for Referral _____



Motor Scale Record Form

	Year	Month	Day
Handedness			
Handwriting			
Language			
Gender			

Scale	Factor	Raw Score	MDI	PDI	Confidence Interval (____%)	Percentile	Classification
Mental							
Motor							
Behavior Rating	Attention/Arousal						
	Orientation/Engagement						
	Emotional Regulation						
	Motor Quality						
	Additional Items						
	Total Raw Score						

Observations and General Comments _____

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION*
 Harcourt Brace & Company
 SAN ANTONIO
 Orlando • Boston • New York • Chicago • San Francisco • Atlanta • Dallas
 San Diego • Philadelphia • Austin • Fort Worth • Toronto • London

Copyright © 1993, 1969 by The Psychological Corporation
 All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher.
 The Psychological Corporation and the PSI logo are registered trademarks of The Psychological Corporation.
 Bayley Scales of Infant Development and the Bayley logo are trademarks of The Psychological Corporation.



Age Group

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RP RPT, O
			Scored	Admin.			
1. Thrusts Arms in Play	Supine						
2. Thrusts Legs in Play	Supine						
3. Lifts Head When Held at Shoulder	Supine		4, 5, 7	15			
4. Holds Head Erect for 3 Seconds (Vertical Position)	Upright at Shoulder		5, 7		3		
5. Adjusts Posture When Held at Shoulder	Upright at Shoulder		7		4		
6. Hands are Fisted							
7. Holds Head Erect and Steady for 15 Seconds	Upright at Shoulder				5		
8. Lifts Head (Dorsal Suspension)	Upright						
9. Holds Legs Up for 2 Seconds	Supine						
10. Makes Crawling Movements	Prone						
11. Turns from Side to Back	Supine						
12. Attempts to Bring Hand to Mouth							
13. Retains Ring	Supine	Ring with String					
14. Adjusts Head to Ventral Suspension	Prone				8		
15. Holds Head Steady While Being Moved	Upright at Shoulder				7		
16. Displays Symmetric Movements	Supine						

○ Incidental Observation

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page



Age Group	Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments: Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, R, SP, D
				Scored	Admin.			
months	17. Holds Head in Midline Position	Supine						
months	18. Elevates Self by Arms	Prone						
months	19. Balances Head	Upright				15		
months	20. Maintains Head at 45° and Lowers with Control	Prone		24				
months	21. Sits with Support	Seated		22, 28, 34				
months	22. Sits with Slight Support for 10 Seconds	Seated		28, 34, 36		21		
months	23. Keeps Hands Open					6		
months	24. Maintains Head at 90° and Lowers with Control	Prone				20		
months	25. Shifts Weight on Arms	Prone				18		
months	26. Turns from Back to Side	Supine	Bell or Rattle	38		11		
months	27. Rotates Wrist		Cube, Rattle, Bell or Other Small Toy					
months	28. Sits Alone Momentarily	Seated		34, 36		22		
months	29. Uses Whole Hand to Grasp Rod	Seated	Rod				Type of Grasp:	
months	30. Reaches Unilaterally						Hand _____	
months	31. Uses Partial Thumb Opposition to Grasp Cube	Seated	Cube	37				
months	32. Attempts to Secure Pellet	Seated	Sugar Pellet	41				

○ Incidental Observation

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page

3

Age Group

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RS, RPT, O
			Scored	Admin.			
33. Pulls to Sitting Position	Supine		45				
34. Sits Alone for 30 Seconds 	Seated		36		28		
35. Sits Alone While Playing with Toy	Seated	Rabbit, Bell, Rattle or Other Small Toy			34		
36. Sits Alone Steadily	Seated				35		
37. Uses Pads of Fingertips to Grasp Cube	Seated	Cube			31		
38. Turns from Back to Stomach	Supine	Bell or Rattle			26		
39. Grasps Foot with Hands	Supine	Facial Tissue					
40. Makes Early Stepping Movements	Standing			44			
41. Uses Whole Hand to Grasp Pellet	Seated	Sugar Pellet	49, 56		32		
42. Attempts to Raise Self to Sit	Supine	Bell or Rattle					
43. Moves Forward, Using Prewalking Methods	Seated	Bell or Rattle			25		
44. Supports Weight Momentarily	Standing		46, 53		40		
45. Pulls to Standing Position	Supine				33		
46. Shifts Weight While Standing	Standing		53		44		
47. Raises Self to Sitting Position	Supine	Bell or Rattle			42		
48. Brings Spoons or Cubes to Midline	Seated	2 Spoons or Cubes					

4 months

15 months

months

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page

6 months
7 months
8 months
9 months
10 months
11 months
12 months


Age Group	Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, R, RPT, O
				Scored	Admin.			
6 months	49. Uses Partial Thumb Opposition to Grasp Pellet	Seated	Sugar Pellet	56		41		
	50. Rotates Trunk While Sitting Alone	Seated	Bell			36	Scoring Criterion: 1 of 2 Trial 1 ___ 2 ___	
7 months	51. Moves from Sitting to Creeping Position	Seated	Bell			50		
	52. Raises Self to Standing Position	Supine	Bell or Rattle			47		
	53. Attempts to Walk	Standing		60, 61		46		
8 months	54. Walks Sideways While Holding on to Furniture	Standing				53		
	55. Sits Down	Standing						
	56. Uses Pads of Fingertips to Grasp Pellet	Seated	Sugar Pellet			49		
	57. Uses Partial Thumb Opposition to Grasp Rod	Seated	Rod			29		
9 months	58. Grasps Pencil at Farthest End	Seated	Pencil & Paper	70				
	59. Stand Up I	Seated		68		52		
10 months	60. Walks with Help	Standing		61, 62, 63		54		
11 months	61. Stands Alone	Standing		62, 63		60		
12 months	62. Walks Alone	Standing		63		61	Number of Steps _____	
	63. Walks Alone with Good Coordination	Standing	Any toy that interests child			62	Number of Steps _____	
	64. Throws Ball	Standing	Ball					

○ Incidental Observation

5

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page

Age Group

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, RE, SPT, O
			Scored	Admin.			
(65) Squats Briefly	Standing				55		
66. Walks Up Stairs with Help	Standing	Stairs & any toy that interests child	79	69			
67. Walks Backward	Standing	Pull Toy			63	Number of Steps _____	
68. Stands Up II	Standing				59		
69. Walks Down Stairs with Help	Standing	Stairs & any toy that interests child	80		66		
70. Grasps Pencil at Middle	Seated	Pencil & Paper	74, 75, 90		58		
71. Walks Sideways	Standing	Pull Toy			67		
72. Stands on Right Foot with Help	Standing			82			
73. Stands on Left Foot with Help	Standing			83	72		
74. Uses Pads of Fingertips to Grasp Pencil	Seated	Pencil & Paper	75, 90		70		
75. Uses Hand to Hold Paper in Place	Seated	Pencil & Paper	90				
76. Places 10 Pellets in Bottle in 60 Seconds	Seated	12 Sugar Pellets, Bottle & 			56	Number of Pellets _____	
77. Runs with Coordination	Standing	Ball			71		
78. Jumps off Floor (Both Feet)	Standing	Jumping Rope					
79. Walks Up Stairs Alone, Placing Both Feet on Each Step	Standing	Stairs & any toy that interests child	95	80	69		
80. Walks Down Stairs Alone, Placing Both Feet on Each Step	Standing	Stairs & any toy that interests child		81	79		

Incidental Observation

Number of Items
Child Received Credit (C)
for This Page

8-36 months

18-23 months

Age Group

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score (C, MC, SF RPT, D)
			Scored	Admin.			
81. Jumps from Bottom Step	Standing	Stairs			78		
82. Stands Alone on Right Foot	Standing				73		
83. Stands Alone on Left Foot	Standing				82		
84. Walks Forward on Line	Standing	Tape Measure		85	77		
85. Walks Backward Close to Line	Standing	Tape Measure			84		
86. Swings Leg to Kick Ball	Standing	Ball			83		
87. Jumps Distance of 4 Inches	Standing	Tape Measure			78	Scoring Criterion: 1 of 3 Trials ≥ 4" Trial 1 ___ 2 ___ 3 ___	
88. Laces Three Beads	Seated	2 Shoe Strings & 8 Square Beads				Number of Beads ___	
89. Walks on Tiptoe for Four Steps	Standing	Tape Measure	99		85	Scoring Criterion: 4 Steps Number of Steps ___	
90. Grasps Pencil at Nearest End	Seated	Pencil & Paper	93		74		
91. Imitates Hand Movements	Seated			98		Scoring Criterion: 2 of 3 Trial 1 ___ 2 ___ 3 ___	
92. Tactilely Discriminates Shapes	Seated	2 Pegs, 2 Cubes, 2 Square Pieces (from Blue Block Set) & Shield				Scoring Criterion: 2 of 3 Peg ___ Cube ___ Square ___	
93. Manipulates Pencil in Hand	Seated	Pencil & Paper			90		
94. Stands Up III	Standing				68		
95. Walks Up Stairs, Alternating Feet	Standing	Stairs & any toy that interests child		108	80		
96. Copies Circle	Seated	Pencil & Paper		104			
97. Uses Eye-Hand Coordination in Tossing Ring	Standing	Rod, Pegboard & Ring (without String)					

17-19 months

20-22 months

23-25 months

26-28 months

29-31 months

32-36 months

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page

7

Age Group

29-31 months

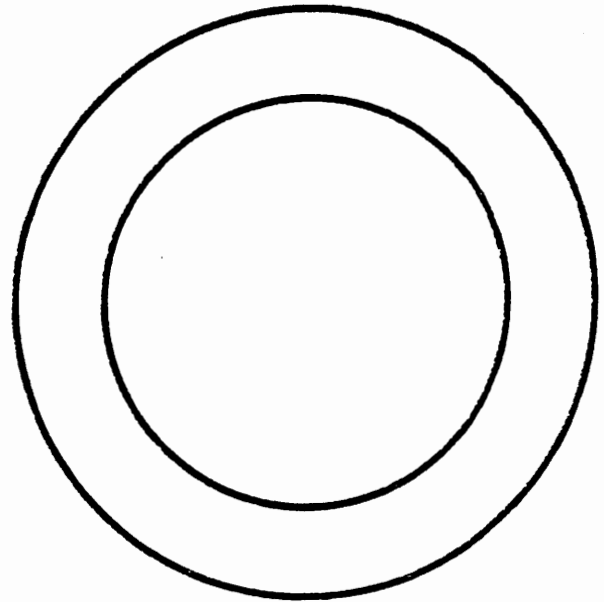
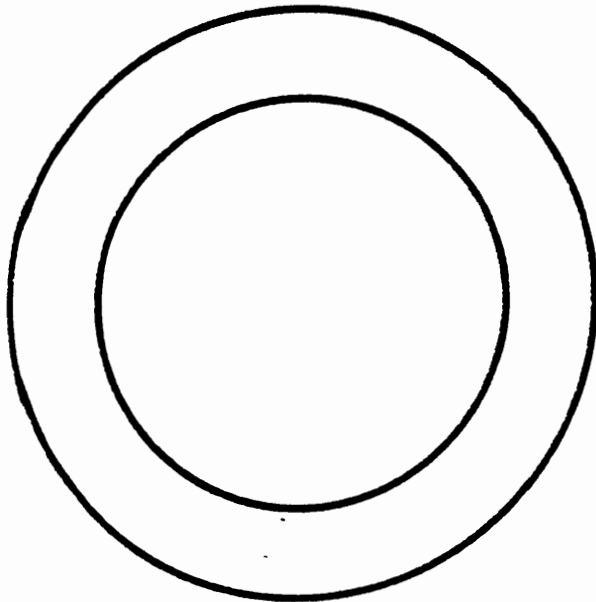
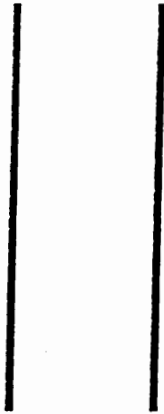
2-24 months

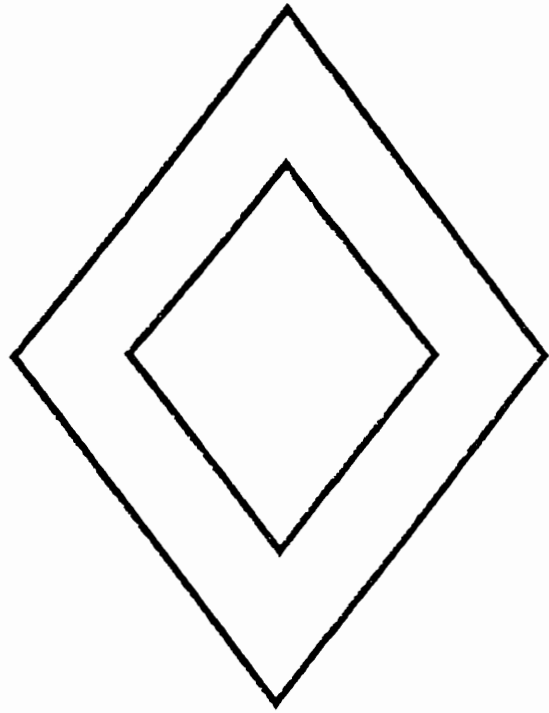
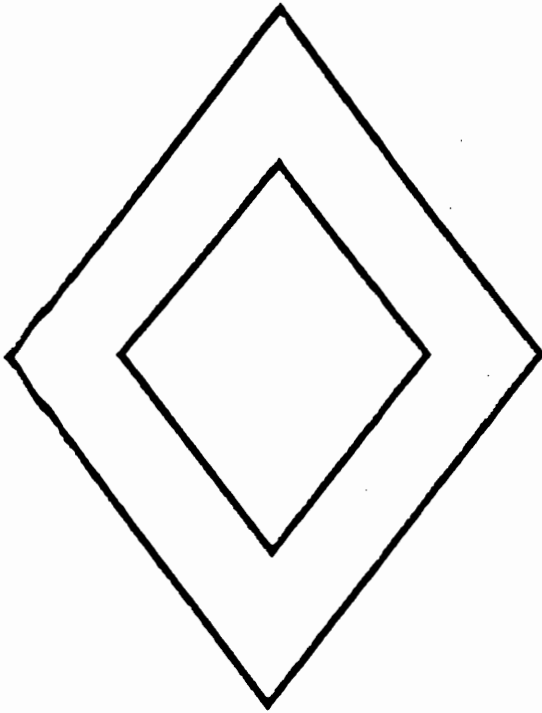
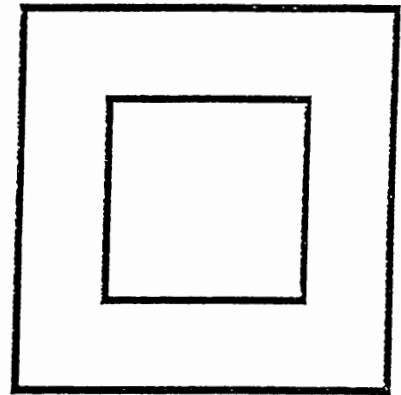
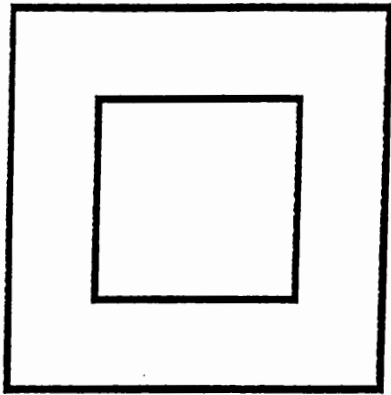
37 & 42 months

Item	Position	Materials	Next Item		Previous Item in Series	Comments/ Scoring Criteria/ Trial & Counted Information	Score C, NC, N, P, O
			Scored	Admin.			
98. Imitates Postures	Standing				91	Scoring Criterion: 2 of 3 Trial 1___ 2___ 3___	
99. Walks on Tiptoe for 9 Feet	Standing	Tape Measure			89		
100. Stops from a Full Run	Standing	Tape Measure				Scoring Criterion: 2 of 3 ≤ 2 Steps Steps needed to stop Trial 1___ 2___ 3___	
101. Buttons One Button	Seated	Button Sleeve					
102. Stands Alone on Left Foot for 4 Seconds	Standing			103	83		
103. Stands Alone on Right Foot for 4 Seconds	Standing				102		
104. Copies Plus Sign	Seated	Pencil & Paper		111	96		
105. Traces Designs	Seated	Tracing Sheet & Pencil			104	Scoring Criterion: 2 of 3 Square___ Circle___ Diamond___	
106. Jumps Over Rope	Standing	Jumping Rope			87	Scoring Criterion: 8 inches 2 inches: Trial 1___ 2___ 4 inches: Trial 1___ 2___ 6 inches: Trial 1___ 2___ 8 inches: Trial 1___ 2___	
107. Hops Twice on One Foot	Standing	Tape Measure	110		103	Number of Hops _____	
108. Walks Down Stairs, Alternating Feet	Standing	Stairs & any toy that interests child			95		
109. Jumps Distance of 24 Inches	Standing	Tape Measure			106	Scoring Criterion: 1 of 3 ≥ 24" Inches: _____ Trial 1___ 2___ 3___	
110. Hops Five Feet	Standing	Tape Measure			107	Distance: _____	
111. Copies Square	Seated	Pencil & Paper			105		

Number of Items Child Received Credit (C) for This Page

Child's Name: _____ Examiner's Name _____





ANNEXE H

FEUILLES DE CODIFICATION DE L'ECHELLE COMPORTEMENTALE DU
BAYLEY II

You must obtain the information for Items 1 and 2 from the child's caregiver at the completion of the evaluation.

Item	Rating (Circle)
1. Parental Assessment of Test Session	
Ask the caregiver: "How typical was your child's behavior? Did (child's name) play the way she (or he) usually does? Was she (or he) as happy or upset as usual? As alert and active as usual?"	
Very atypical; caregiver never sees this type of behavior	1
Mostly atypical.....	2
Somewhat typical; caregiver sees this type of behavior on some occasions	3
Typical	4
Very typical; caregiver always sees this type of behavior	5
2. Parental Assessment of Test Adequacy	
Ask the caregiver: "Do you think (child's name) did as well as she (or he) could? Have you seen (child's name) do better or worse on the type of things we worked on?"	
Poor indicator of child's optimal performance; child always performs much better	1
Barely adequate	2
Adequate; child performs as well, on average	3
Good.....	4
Excellent; child never performs better.....	5
3. Predominant State	
1-12 months	
Drowsy or asleep.....	1
Typically drowsy; a few moments of wakefulness.....	2
Drowsy half the time; awake and alert half the time.....	3
Typically awake and alert; a few moments of drowsiness.....	4
Awake and alert.....	5
4. Lability of State of Arousal	
1-12 months	
Constant changes from state of drowsiness or sleeping to alert state	1
Frequent changes of state of drowsiness or sleeping to alert state.....	2
Several changes of state of drowsiness or sleeping to alert state	3
One or two changes in state of drowsiness or sleeping to alert state	4
Constant state of drowsiness or alertness	5

Item	Rating (Circle)
5. Positive Affect	
1-42 months	
No positive affect displayed	1
One or two brief displays of positive affect.....	2
Three or more brief displays of positive affect.....	3
One or two intense, heightened, or prolonged displays of positive affect	4
Three or more intense, heightened, or prolonged displays of positive affect	5
6. Negative Affect	
1-42 months	
Three or more intense, heightened, or prolonged displays of negative affect.....	1
One or two intense, heightened, or prolonged displays of negative affect.....	2
Three or more brief displays of negative affect.....	3
One or two brief displays of negative affect.....	4
No negative affect displayed.....	5
7. Soothability When Upset	
1-42 months	
Cannot be soothed	1
Soothed only by being physically comforted (e.g., held, patted).....	2
Soothed by being given a desired toy or object.....	3
Soothed by being spoken to.....	4
Does not need external assistance to be soothed.....	5
8. Hypersensitivity to Test Materials and Stimuli	
1-42 months	
Constantly hypersensitive; hypersensitivity disrupts testing.....	1
Typically hypersensitive; returns to test activity in one or two instances	2
Occasionally hypersensitive	3
Typically reacts appropriately; hypersensitive in a few instances	4
Constantly responds appropriately	5

Item	Rating (Circle)
------	--------------------

9. Energy

1-42 months

- Consistently lacks animation or energy; tired and lackluster 1
- Typically tired and lackluster; one or two periods of animation or energy 2
- Animated or energetic half the time; tired and lackluster half the time 3
- Typically animated or energetic; one or two periods of being tired
and lackluster 4
- Consistently animated or energetic 5

10. Adaptation to Change in Test Materials

1-42 months

- Consistently resists relinquishing materials and/or refuses to
accept new materials 1
- Typically resists relinquishing materials and/or refuses to accept new
materials; makes one or two transitions easily 2
- Makes poor transitions half the time; makes good transitions half the time 3
- Typically relinquishes materials and accepts new materials; one or
two poor transitions 4
- Consistently relinquishes materials and accepts new materials 5

11. Interest in Test Materials and Stimuli

1-42 months

- No interest 1
- One or two displays of interest 2
- Moderate interest 3
- Much interest 4
- Constant interest 5

12. Initiative with Tasks

6-42 months

- Consistently shows no initiative 1
- Typically shows no initiative; one or two instances of initiative 2
- Shows initiative half the time 3
- Typically shows initiative; one or two instances of no initiative 4
- Consistently shows initiative 5

Item	Rating (Circle)
13. Exploration of Objects and/or Surroundings	
1-42 months	
No exploration.....	1
One or two instances of exploration.....	2
Moderate exploration.....	3
Much exploration.....	4
Constant exploration.....	5
14. Attention to Tasks	
6-42 months	
Constantly off task; does not attend.....	1
Typically off task; attends in one or two instances.....	2
Off task half the time.....	3
Typically attends; attention wanders in one or two instances.....	4
Constantly attends.....	5
15. Persistence in Attempting to Complete Tasks	
6-42 months	
Consistently lacks persistence.....	1
Typically not persistent; one or two instances of persistence.....	2
Lacks persistence half the time.....	3
Typically persistent; lacks persistence in one or two instances.....	4
Consistently persistent.....	5
16. Enthusiasm Toward Tasks	
6-42 months	
Consistently unenthusiastic; no particular interest beyond attending to the tasks.....	1
Typically unenthusiastic; enthusiastic in one or two instances.....	2
Unenthusiastic half the time.....	3
Typically enthusiastic; unenthusiastic in one or two instances.....	4
Consistently enthusiastic.....	5
17. Fearfulness	
5-42 months	
Constantly fearful; never trusting.....	1
Typically fearful; one or two instances of trust.....	2
Fearful half the time; trusting half the time.....	3
Typically trusting; one or two instances of fear.....	4
Constantly trusting; never fearful.....	5

Item	Rating (Circle)
18. Frustration with Inability to Complete Tasks	
6-42 months	
Consistently becomes frustrated	1
Typically becomes frustrated	2
Occasionally becomes frustrated	3
Rarely becomes frustrated.....	4
Never becomes frustrated.....	5
19. Orientation to Examiner	
1-42 months	
Consistently avoids or resists; never responsive.....	1
Typically avoids or resists; one or two instances of responsiveness.....	2
Avoids or resists half the time; responds half the time.....	3
Typically responds; one or two instances of avoidance or resistance.....	4
Consistently responds; never avoidant or resistant	5
20. Social Engagement	
6-42 months	
No attempts to interact socially.....	1
One or two attempts to interact socially	2
Several attempts to interact socially.....	3
Many attempts to interact socially.....	4
Constant attempts to interact socially.....	5
21. Cooperation	
6-42 months	
Consistently resists suggestions or requests	1
Typically resists suggestions or requests; one or two instances of cooperation.....	2
Resists suggestions or requests half the time; cooperates half the time.....	3
Typically cooperates; one or two instances of resistance.....	4
Consistently cooperates	5
22. Gross-Motor Movement Required by Tasks	
1-42 months	
Consistently inappropriate	1
Typically inappropriate; one or two instances of appropriate gross-motor movement	2
Inappropriate half the time; appropriate half the time.....	3
Typically appropriate; one or two instances of inappropriate gross-motor movement	4
Consistently appropriate.....	5

Item	Rating (Circle)
23. Fine-Motor Movement Required by Tasks	
6-42 months	
Consistently inappropriate	1
Typically inappropriate; one or two instances of appropriate fine-motor movement	2
Inappropriate half the time; appropriate half the time	3
Typically appropriate; one or two instances of inappropriate fine-motor movement	4
Consistently appropriate	5
24. Control of Movement	
1-42 months	
Consistently jerky or clumsy	1
Typically jerky or clumsy	2
Jerky or clumsy half the time; smooth or coordinated half the time	3
Typically smooth or coordinated	4
Consistently smooth or coordinated	5
25. Hypotonicity	
1-42 months	
Consistently hypotonic; like a rag doll	1
Typically hypotonic; one or two instances of normal muscle tone	2
Hypotonic half the time; normal muscle tone half the time	3
Typically normal muscle tone; one or two instances of hypotonicity	4
Absence of hypotonicity	5
26. Hypertonicity	
1-42 months	
Consistently hypertonic; muscles are rigid and tight	1
Typically hypertonic; one or two instances of normal muscle tone	2
Hypertonic half the time; normal muscle tone half the time	3
Typically normal muscle tone; one or two instances of hypertonicity	4
Absence of hypertonicity	5
27. Tremulousness	
1-42 months	
Constant	1
Frequent	2
Occasional	3
Infrequent	4
None	5

Item	Rating (Circle)
28. Slow and Delayed Movement	
1-42 months	
Consistently slow and delayed.....	1
Typically slow and delayed; one or two instances of movement that has appropriate timing and pacing.....	2
Slow and delayed half the time; appropriately timed and paced half the time.....	3
Typically appropriate timing and pacing; one or two instances of slow and delayed movement.....	4
Consistently appropriate timing and pacing.....	5
29. Frenetic Movement	
1-42 months	
Consistently frenetic.....	1
Typically frenetic; one or two instances of movement that has appropriate timing and pacing.....	2
Frenetic half the time; appropriately timed and paced half the time.....	3
Typically appropriate timing and pacing; one or two instances of frenetic movement.....	4
Consistently appropriate timing and pacing.....	5
30. Hyperactivity	
6-42 months	
Consistently hyperactive; fidgety and agitated in movement.....	1
Typically hyperactive; one or two instances of appropriate activity level.....	2
Hyperactive half the time; appropriate activity level half the time.....	3
Typically not hyperactive; one or two instances of hyperactivity.....	4
Consistently not hyperactive; never fidgety or agitated in movement.....	5