

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

RECOMMANDATIONS DÉCOULANT DE L'APPLICATION DU *PROGRAMME EN
INTERVENTION RELATIONNELLE : GUIDE D'INTERVENTION* AUPRÈS D'ENFANTS
ÂGÉS ENTRE 0 ET 5 ANS PLACÉS EN FAMILLE D'ACCUEIL DANS LA
PERSPECTIVE OU NON D'ÊTRE ADOPTÉS

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

GENEVIÈVE CARDINAL

JUIN 2011

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.»

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement ma directrice d'essai, Ellen Moss, qui a été une grande source de motivation tout au long de mes études aux cycles supérieurs. Je lui suis également reconnaissante d'avoir été présente de façon constante et de m'avoir offert de nombreux commentaires constructifs et positifs.

Je tiens également à remercier Chantal Cyr et Karine Dubois-Comtois qui m'ont supervisée étroitement lors de mes premières expériences d'intervention en attachement auprès de familles d'accueil pour le présent projet. Ces échanges furent très précieux pour cet essai ainsi que pour ma formation de psychologue. De plus, je tiens à souligner ma reconnaissance envers les membres du comité d'évaluation de l'essai, Chantal Cyr et Claud Bisailon.

Je tiens aussi à remercier les deux organismes subventionnaires qui ont rendu possible l'élaboration du présent essai. Ceux-ci sont le Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA) ainsi que les Bourses d'excellence de l'UQÀM pour les cycles supérieurs. Je tiens également à souligner la participation des nombreuses familles du programme de la Banque-mixte du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, sans quoi le présent projet n'aurait pu se concrétiser.

Les amies aux cycles supérieurs sont une grande source de soutien lors du parcours au doctorat en psychologie. Je tiens donc à les remercier. Merci à Catherine, Chloé, Dominique D., Dominique P., Isabelle, Katherine, Leah, Magdalena, Marie-Ève, Marie-France, Marlène, Michèle, Noémi, Petronela, Vanessa et j'en passe.

Je tiens également à remercier grandement mes parents, Danielle et Bernard, qui m'ont toujours encouragée à poursuivre une carrière qui me rendrait heureuse. Ils ont également été un soutien incontestable depuis toujours. Mille fois merci! De plus, je tiens à remercier ma famille et mes amis qui m'ont encouragée et qui m'ont changé les idées quand le doctorat prenait trop de place dans ma vie.

Un *heel veel dank* à mon amoureux, Remco, qui a été d'un grand soutien depuis le début de mes études en psychologie. Il a été une source de réconfort importante tout au long de cette décennie d'études universitaires. Merci pour ton optimisme, ta curiosité et ta présence si rassurante.

En espérant que cet essai puisse offrir un outil d'intervention supplémentaire aux cliniciens professionnels qui œuvrent auprès des enfants placés en famille d'accueil ou adoptés, et que ces derniers puissent s'épanouir auprès d'un donneur de soins sensibles à leurs besoins affectifs.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABBRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PORTRAIT DES JEUNES ENFANTS QUÉBÉCOIS RETIRÉS DE LEUR FAMILLE	5
1.1 Les types de placement précédent l’actualisation du projet de vie de l’enfant	7
1.2 Les Projets de vie privilégiés et alternatifs.....	8
1.3 Exposition des enfants en famille d’accueil à de nombreux facteurs de risque	10
1.3.1 Facteurs de risques prénataux.....	10
1.3.2 Facteurs de risque postnataux des enfants placés en famille d’accueil	12
1.4 Trajectoire développementale des enfants placés en famille d’accueil.....	14
1.5 Services offerts aux enfants placés en famille d’accueil du Québec.....	16
CHAPITRE II	
RECENSION DES INTERVENTIONS LES PLUS EFFICACES POUR MODIFIER LES PATRONS D’ATTACHEMENT.....	18
2.1 Fondements théoriques sous-tendant les interventions en attachement	18
2.1.1 Les bases conceptuelles de la théorie de l’attachement.....	18
2.1.2 Les patrons d’attachement des jeunes enfants.....	21
2.1.3 La sensibilité parentale.....	27
2.1.4 L’état d’esprit en regard à l’attachement des parents et la transmission intergénérationnelle de l’attachement.....	34
2.2 Recension des interventions en attachement.....	37

CHAPITRE III	
RÉFLEXIONS SUR LES MODIFICATIONS À APPORTER À L'APPLICATION DU <i>PROGRAMME EN INTERVENTION RELATIONNELLE : GUIDE D'INTERVENTION</i> À LA POPULATION DES ENFANTS PLACÉS EN FAMILLE D'ACCUEIL	46
3.1 Facteurs de risque et facteurs de protection influençant la relation d'attachement lors du placement	46
3.1.1 L'âge de l'enfant au placement	47
3.1.2 L'engagement du parent d'accueil envers son enfant d'accueil.....	48
3.1.3 La sensibilité parentale du parent d'accueil et les comportements de l'enfant d'accueil	50
3.1.4 L'état d'esprit en regard à l'attachement du parent d'accueil	51
3.2 Description du <i>Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention</i>	54
3.3 Description du projet de recherche.....	58
3.4 Présentation d'un cas clinique pour illustrer l'application du programme.....	59
3.5 Modifications à apporter au <i>Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention</i> afin de l'appliquer aux enfants placés en famille d'accueil.....	67
3.5.1 Modifications à apporter aux bases conceptuelles	67
3.5.2 Modifications à apporter au déroulement de l'intervention	68
3.5.3 Modifications à apporter à la rétroaction vidéo et aux activités interactives	70
3.5.4 Modifications à apporter aux discussions dirigées	71
3.6 Conclusion.....	80
APPENDICE A	
ARTICLE 38 DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE	84
APPENDICE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARENTS NATURELS	87
APPENDICE C	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE LA RESPONSABLE DE LA RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL.....	91
APPENDICE D	
FICHE POUR LES ACTIVITÉS PARENT-ENFANT : AVOIR DU PLAISIR AVEC MON ENFANT	95

APPENDICE E LISTE DES THÈMES DE DISCUSSION POUR LES PARENTS D'ACCUEIL VISANT OU NON L'ADOPTION	98
APPENDICE F DISCUSSION DIRIGÉ 1 : LA PRISE DE CONTACT AVEC LE PARENT D'ACCUEIL VISANT L'ADOPTION	100
APPENDICE G OUTILS DE TRAVAIL ADDITIONNELS POUR EFFECTUER LES OBSERVATIONS ET POUR CONDUIRE LES DISCUSSIONS DIRIGÉES.....	103
RÉFÉRENCES.....	112

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Énoncés des comportements maternels du Q-set jugés comme étant les plus prototypiques d'une mère sensible.....	30
2.2 Énoncés des comportements maternels du Q-set jugés comme étant les moins prototypiques d'une mère sensible.....	31
2.3 Énoncés des comportements maternels du Q-set qui distinguent le plus les enfants dont l'attachement est le plus sécurisant selon le Q-sort de l'attachement..	32
2.4 Énoncés des comportements maternels du Q-set qui distinguent le plus les enfants dont l'attachement est le moins sécurisant selon le Q-sort de l'attachement.....	32

LISTE DES ABBRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ABC	Attachment and biobehavioral catch-up
CJM-IU	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
VIPP	Intervention Vidéo-Feedback pour promouvoir l'éducation parentale positive

RÉSUMÉ

Les enfants placés en famille d'accueil ont vécu des expériences difficiles (perte de leur figure d'attachement, expériences traumatisantes, etc.) qui peuvent faire en sorte que leur sécurité d'attachement envers leur nouveau donneur de soins s'en trouve affectée (Dozier, Stovall, Albus & Bates, 2001; van den Dries, Juffer, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009). Or, peu d'interventions démontrées empiriquement sont offertes pour ces enfants au Québec (St-André, Carignan & Marchand, 2007).

Afin de remédier à cette situation, l'objectif du présent essai est donc d'adapter le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* (Larin, St-George, Jacques, Otis & Desaulniers, 2006), développé et évalué au Québec et initialement dédié aux familles maltraitantes (Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsy, St-Laurent & Bernier, 2011), à la population des enfants placés en famille d'accueil visée ou non par l'adoption. Pour ce faire, le programme a été dispensé à 6 dyades d'accueil issues du programme de la Banque-mixte. Suite à cette expérience, il a été possible de tirer des recommandations lorsque l'intervention est offerte à cette population.

L'essai comprend donc un premier chapitre sur le portrait des enfants québécois retirés de leur famille. Cette section expose les facteurs de risque auxquels ces enfants ont été exposés et qui peuvent avoir une influence sur leur adaptation ultérieure. Entre autres, ces expériences peuvent avoir une influence négative sur le développement d'un attachement sécurisant envers leur nouveau donneur de soins.

Le second chapitre traite pour sa part de la théorie de l'attachement et de ses applications cliniques. Suite à la présentation des fondements de la théorie de l'attachement et des patrons d'attachement des enfants, le texte expose les variables parentales (la sensibilité et l'état d'esprit en regard à l'attachement) qui peuvent être modifiées pour améliorer la sécurité d'attachement des enfants et ainsi favoriser leur adaptation à court, moyen et long terme. Ensuite, la présentation de plusieurs programmes d'intervention, se fondant sur les principes de la théorie de l'attachement, démontrent que ce type d'intervention est efficace pour accroître la sensibilité parentale ou la sécurité d'attachement chez une diversité de types de dyade parent-enfant incluant les familles maltraitantes, d'accueil, adoptantes, etc.

Le dernier chapitre porte sur les modifications à apporter au *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* pour l'appliquer à la population des enfants placés en famille d'accueil visés ou non par l'adoption. On y fait un résumé des principales variables qui ont une influence sur l'attachement de l'enfant placé en famille d'accueil, c'est-à-dire l'âge au placement ainsi que l'engagement, la sensibilité parentale et l'état d'esprit en

regard à l'attachement du parent d'accueil. Par la suite, le chapitre expose brièvement le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* ainsi que le projet de recherche dans lequel le présent essai s'est déroulé en plus d'une étude de cas qui démontre l'application du programme auprès d'une dyade d'accueil. Enfin, la dernière section du chapitre indique les recommandations à suivre lorsque le programme est appliqué à la population des familles d'accueil. De plus, des recommandations générales seront également présentées. Dans l'ensemble, les recommandations portent sur les bases conceptuelles du programme, le déroulement de l'intervention, la rétroaction vidéo, les activités interactives et les discussions dirigées.

Pour ce qui est des bases conceptuelles, il est recommandé que l'engagement du parent d'accueil envers son enfant d'accueil soit un nouvel axe d'intervention. En ce qui a trait au déroulement de l'intervention, il est suggéré de modifier la durée de l'intervention en fonction des besoins de la dyade, de permettre de conduire les interventions ailleurs qu'au domicile familial et d'utiliser le nouveau carnet d'activité à l'appendice C. Lors de la rétroaction vidéo, il est suggéré d'adapter le langage et la complexité des commentaires à la capacité de compréhension des mères d'accueil. De plus, il est recommandé d'adapter les activités interactives aux demandes des mères d'accueil s'il y a lieu. Finalement, plusieurs des discussions dirigées du programme sont pertinentes pour les familles d'accueil. D'autres discussions, par ailleurs, doivent être adaptées ou ajoutées étant donné le contexte propre aux familles d'accueil.

En conclusion, le présent essai démontre que le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* peut être facilement appliqué aux familles d'accueil visant ou non l'adoption de leur enfant d'accueil, préférablement en y apportant les changements expliqués dans le présent essai.

Mots-clés : Enfant d'accueil, famille d'accueil, attachement, intervention, adoption

INTRODUCTION

Les jeunes enfants placés en famille d'accueil ont généralement subi de la négligence ou de l'abus avant leur placement (Dubé, 2007; Poirier, Carignan, Pagé & Normandeau, 2009), en plus d'avoir perdu leur donneur de soins principal (Dozier, Peloso, Lindhiem et al., 2006). Ces expériences font en sorte que ces enfants sont à risque de développer une panoplie de problématiques (Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick & Litrownik, 1998; Groza & Ryan, 2002; Jee et al., 2010; Minnis, Everett, Pelosi & Knapp, 2006; Zima et al., 2000), incluant des problèmes relationnels. Parmi les problèmes relationnels, notons que l'on retrouve chez les enfants placés en famille d'accueil, tout comme les enfants issus de l'adoption domestique ou internationale, une proportion plus élevée de patrons d'attachement désorganisé (31% versus 15% des enfants issus de la classe moyenne nord-américaine) et une proportion moins élevée d'enfants ayant un attachement sécurisant (47% versus 62% des enfants issus de la classe moyenne nord-américaine) (Dozier et al., 2001; van den Dries et al., 2009). Les patrons d'attachement de type insécurisant et plus particulièrement l'attachement insécurisant-désorganisé constituent des facteurs de risque menant au développement de problèmes d'adaptation (Bakermans-Kranenberg, van IJzendoorn & Juffer, 2005) et ce, particulièrement chez les enfants qui cumulent de multiples facteurs de risque comme il s'agit souvent du cas des jeunes enfants placés en famille d'accueil.

Malgré la tendance observée chez les enfants placés de conserver ou développer un patron d'attachement non optimal, les recherches démontrent que les enfants ayant un patron d'attachement insécurisant au moment de leur intégration dans leur famille d'accueil peuvent développer un patron d'attachement sécurisant à la condition que leur mère¹ d'accueil

¹ Étant donné que la plupart des recherches en attachement ont été conduites auprès de mères et qu'en général, les donneurs de soins en famille d'accueil sont des femmes, le terme « mère » sera utilisé pour désigner la figure d'attachement principale même s'il peut arriver qu'un père, un tuteur ou une autre personne joue ce rôle.

réponde à leurs besoins de façon très sensible (Dozier et al., 2001). Ces constatations ont mené à l'élaboration de programmes d'intervention en attachement destinés à l'amélioration de la sensibilité des mères d'accueil afin d'amener leur enfant placé à développer un attachement sécurisant (Dozier, Lindhiem & Ackerman, 2005; Juffer, Bakermans-Kranenberg & van IJzendoorn, 2005).

Étant donné la vulnérabilité des enfants placés en famille d'accueil, les recherches démontrent que les interventions en attachement devraient être offertes à l'ensemble des enfants placés et à leur famille d'accueil (Dozier & Rutter, 2008). Depuis ces récentes découvertes, peu de pays dans le monde offrent systématiquement aux parents qui accueillent un enfant non biologique une intervention pour améliorer la relation d'attachement de ce dernier. Il y a par ailleurs de rares exceptions. Au Pays-Bas, le gouvernement offre à l'ensemble des familles adoptives une intervention en attachement d'une durée de quatre rencontres (Juffer, van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenberg, 2008). Au contraire au Québec, les individus qui accueillent un enfant placé doivent se tourner vers les services publics réguliers qui sont souvent peu outillés pour accompagner ces familles (Carignan, 2007). En effet, aucun programme d'intervention n'est enseigné aux intervenants qui veulent travailler auprès de ces familles. Les parents d'accueil peuvent également choisir les services offerts dans le réseau privé. Le choix demeure donc limité, surtout pour les familles ayant de faibles revenus.

Afin de répondre aux besoins pressants des enfants placés en familles d'accueil, Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Carignan & St-André (2009) ont récemment évalué auprès de la population des enfants placés en famille d'accueil et de leur parent d'accueil l'application du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention*² (Larin et al., 2006; Moss et al., 2011), destiné initialement aux familles maltraitantes québécoises ayant de jeunes enfants. Ce programme, dont les fondements reposent sur la théorie de l'attachement, s'inspire de composantes (comme l'amélioration de la sensibilité parentale par l'entremise de la rétroaction vidéo) qui se retrouvent dans les interventions en attachement qui ont réussi à

² Le document du programme peut être consulté à la Collection nationale de la Grande Bibliothèque

modifier avec succès les patrons d'attachement chez diverses populations d'enfants à risque (Bakermans-Kranenberg, van IJzendoorn & Juffer, 2003). Notons qu'une récente étude a démontré l'efficacité du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* (Larin et al., 2006) pour augmenter la sensibilité de mères maltraitantes ainsi que pour améliorer la sécurité d'attachement et diminuer la désorganisation de leur enfant (Moss et al., 2011). L'objectif du présent essai est donc de rendre compte des adaptations à apporter au programme développé par Larin et collègues (2006) lorsqu'il est appliqué à de jeunes enfants placés âgés entre 0 et 5 ans et à leur parent d'accueil. En effet, les parents d'accueil représentent une population bien différente des parents maltraitants. Par le fait même, une intervention adaptée à leurs besoins est préconisée dans leur cas.

L'essai se divise en trois sections. Dans le premier chapitre, les caractéristiques des enfants placés seront discutées dans la perspective de mieux comprendre leurs difficultés et leurs besoins en termes d'intervention en attachement. Suite à cela, le besoin de services pour les enfants placés en famille d'accueil au Québec sera discuté.

Dans le second chapitre, la théorie de l'attachement sera exposée en général et dans la perspective de décrire les fondements théoriques qui sous-tendent les interventions en attachement. Ensuite, une recension des interventions en attachement permettra de démontrer que son application s'effectue différemment selon les populations auprès desquelles on intervient.

Dans le troisième chapitre, il sera question des modifications à apporter au *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* (Larin et al., 2006) pour l'adapter à la réalité des enfants placés en famille d'accueil. En premier lieu, les facteurs de risque et de protection influençant la relation d'attachement d'un enfant suite à son placement seront abordés. Ensuite, le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* sera exposé. De plus, une brève explication du projet de recherche dans lequel le présent essai a évolué sera donnée. Par la suite, un cas sera présenté afin d'illustrer l'application du programme auprès d'une famille d'accueil. En dernier lieu, les modifications à apporter au

Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention afin de l'adapter à la réalité des enfants placés en famille d'accueil visés ou non par l'adoption seront détaillées.

Cette étude contribue à poursuivre la réflexion à propos de l'importance de soutenir les enfants placés et leurs parents d'accueil en contexte québécois (Carignan, 2007; Poirier, Simard, Dumont & Richard, 2005). De plus, cet essai se veut un outil complémentaire au *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* (Larin et al., 2006) pour les intervenants qui désirent s'impliquer auprès de cette clientèle.

CHAPITRE I

PORTRAIT DES JEUNES ENFANTS QUÉBÉCOIS RETIRÉS DE LEUR FAMILLE

Le nombre des enfants signalés au Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) ne cesse d'augmenter. En 2009-2010, 70 716 signalements ont été rapportés dans la province de Québec, ce qui constitue une augmentation de 1000 signalements en comparaison à l'année précédente. De ce nombre, 30 620 ont été retenus, pour un total de 25 809 enfants différents (un enfant pouvant être signalé plus d'une fois). Pour cette même année, la tranche des enfants âgés entre 0 et 5 ans composait 23,7% de tous les enfants pris en charge par le DPJ, pour un total de 7 178 jeunes enfants (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse [BDPJ], 2010). En 2004-2005, ce nombre se chiffrait à 5 915 (BDPJ, 2006). En l'espace de 5 ans, on note une augmentation de 1 263 enfants de 0-5 ans pris en charge par le DPJ.

Le Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse (2010) révèle qu'un peu plus d'un enfant sur deux (53%) suivis par le DPJ vit dans son milieu familial (8 887) ou auprès d'une personne significative (1 849). Parmi les enfants retirés de leur famille, 6 583 sont hébergés dans une ressource de type familial et 2 749 dans un autre type d'hébergement (Centre de réadaptation en centre jeunesse, ressource intermédiaire ou autres ressources). Le Bilan ne précise aucune donnée statistique reflétant le placement des enfants âgés entre 0 et 5 ans. Par ailleurs, il indique le nombre des enfants québécois francophones confiés en adoption. Pour l'année 2009-2010, il y a eu 312 adoptions québécoises (BDPJ, 2010). Entre 2001 et 2009, 2 402 enfants québécois ont été adoptés, ce qui représente une moyenne de 267 adoptions par année (BDPJ, 2004 à 2009).

Au Canada, les lois et les services régissant la protection à l'enfance relèvent des provinces et des territoires (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Au Québec, la

Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) (Institut canadien d'information juridique, 2011) régit le système de la protection de la jeunesse de cette province, depuis qu'elle est entrée en vigueur en 1979 (Tourigny, Mayer, Wright et al., 2002). La LPJ confie au DPJ le soin d'intervenir auprès des enfants dont il soupçonne que la sécurité ou le développement sont possiblement compromis. Selon l'article 38 de cette loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsque ce dernier a des troubles de comportement sérieux ou qu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques. (*voir* appendice A pour une description détaillée des énoncés de l'article 38 de la LPJ) (Institut canadien d'information juridique, 2011).

Lorsque le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) considère que la sécurité ou le développement d'un enfant âgé entre 0 et 5 ans est compromis suite à un signalement, il intervient selon des étapes préétablies. Étant donné l'objectif du présent essai, nous ne nous attarderons pas sur ces étapes (Service des jeunes et des familles du ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2007). Néanmoins, notons que le DPJ a l'obligation de clarifier le « projet de vie » de l'enfant lorsque ce dernier est retiré de son milieu familial ou lorsqu'il risque d'en être retiré. Un projet de vie s'actualise lorsqu'un enfant est placé, dans un milieu stable, sous la responsabilité d'une personne avec qui il pourra développer un lien d'attachement. Les projets de vie privilégiés sont le maintien de l'enfant dans son milieu familial ou le retour de l'enfant dans son milieu familial. Lorsqu'un retour dans le milieu familial n'est pas possible, le DPJ détermine en collaboration avec les parents un projet de vie alternatif qui se fonde sur l'intérêt et les besoins de l'enfant (Direction des jeunes et des familles, MSSS, 2010a).

Dans les années passées, les enfants retirés de leur famille faisaient parfois l'objet de multiples placements et retour dans la famille d'origine ou encore, ils pouvaient être « oubliés » dans un placement (Paquette, 2004). Afin d'éviter ce genre de situation, depuis le 9 juillet 2007, une des modifications de la LPJ impose une période maximale suite à laquelle un projet de vie doit être déterminé pour chaque enfant. Ainsi, la durée maximale de placement est de 12 mois pour un enfant de moins de 2 ans alors que cette période est de 18

mois pour les 2 à 5 ans. Toutefois, le tribunal peut prolonger la durée maximale de placement si le retour de l'enfant dans son milieu familial est envisagé à court terme; si l'intérêt de l'enfant l'exige ou si des motifs sérieux sont invoqués (p.ex. : les services formulés dans le plan d'intervention n'ont pas été rendus) (Service des jeunes et des familles du MSSS, 2007). Afin de répondre à ces nouvelles balises, le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) a élaboré et implanté le programme « À chaque enfant son projet de vie permanent » pour éviter la « dérive du projet de vie » des enfants âgés entre 0 et 5 ans (Paquette, 2004). Ce programme incorpore les durées maximales de placement ci-haut mentionnées pour les 0 à 5 ans. Depuis son implantation au CJM-IU, ce programme a été adopté dans plusieurs autres centres jeunesse du Québec.

1.1 Les types de placement précédent l'actualisation du projet de vie de l'enfant

Lorsque la situation l'exige, le DPJ doit procéder au retrait de l'enfant de sa famille d'origine. Entre le retrait de l'enfant de sa famille et l'actualisation de son projet de vie, ce dernier est placé auprès d'une famille du « réseau d'entraide » ou dans l'un des trois types de familles d'accueil, soit la famille d'accueil spécifique, la famille d'accueil régulière ou la famille d'accueil Banque-mixte (Association des centres jeunesse du Québec [ACJQ], 2009).

La LPJ modifiée exige que les intervenants sociaux évaluent en premier lieu si une personne significative de l'entourage de l'enfant est en mesure de l'accueillir à long terme. Deux types de placement correspondent à ces critères. Il s'agit du placement dans une famille d'accueil spécifique ou dans une famille du « réseau d'entraide ».

La famille d'accueil spécifique est composée d'une personne ou d'une famille qui fait partie de l'entourage naturel et significatif d'un enfant et de sa famille. Après avoir été reconnue par les centres jeunesse comme famille d'accueil spécifiquement pour le placement du ou des enfants ciblés, la personne ou la famille est rétribuée pour offrir les mêmes soins qu'une famille d'accueil régulière. On compte environ 2350 enfants placés dans ces familles (ACJQ, 2009; Centre jeunesse de la Montérégie, 2005).

Les familles du « réseau d'entraide » sont généralement des familles de parenté. Elle s'apparente aux familles d'accueil, à l'exception qu'elles ne sont pas rétribuées. Environ 1900 enfants sont placés dans ces familles (ACJQ, 2009).

Lorsqu'un enfant doit être retiré de son milieu familial et qu'aucune personne significative n'est disponible pour l'accueillir, la LPJ stipule que l'enfant doit être placé dans un milieu de vie qui se rapproche, le plus possible, d'un milieu familial (Institut canadien d'information juridique, 2011). Dans ces circonstances, le DPJ tente de placer l'enfant dans une famille d'accueil régulière ou de la Banque-mixte.

Une famille d'accueil régulière est composée d'une personne seule ou d'un couple qui prend soin à domicile d'un ou plusieurs enfants confiés par le Centre de la jeunesse. Le but de ce type de placement est d'offrir aux enfants un milieu de vie familial qui réponde à leurs besoins physiques, affectifs, intellectuels et de sécurité (Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, S.d.). Ces familles sont évaluées, suivies, rétribuées et formées par les centres jeunesse. Elles s'occupent d'environ 3650 enfants (ACJQ, 2009).

Les familles d'accueil Banque-mixte regroupent des couples ou des personnes célibataires qui agissent comme famille d'accueil auprès d'un ou plusieurs enfants, qu'ils espèrent pouvoir éventuellement adopter. Les postulants au programme jouent à la fois le rôle de famille d'accueil régulière et de famille d'adoption éventuelle, d'où le terme utilisé pour désigner le programme qui est Banque-mixte (Lavoie, Noël & Rochon, 1996). Ces familles bénéficient du même encadrement et reçoivent les mêmes ressources que les familles d'accueil régulières tant et aussi longtemps qu'elles ont le statut de famille d'accueil. Leur mandat prend généralement fin au moment de l'adoption. Approximativement 600 enfants seraient actuellement dans une famille Banque-mixte au Québec (ACJQ, 2009).

1.2 Les Projets de vie privilégiés et alternatifs

Comme il a été mentionné précédemment, les projets de vie privilégiés sont le maintien ou le retour de l'enfant auprès de ses parents. Lorsque l'actualisation de tels projets

de vie est impossible, un projet de vie alternatif doit être envisagé. Ceux-ci sont l'adoption, la tutelle à l'enfant en vertu de la LPJ et enfin, le placement de l'enfant jusqu'à sa majorité auprès d'une personne significative ou dans une famille d'accueil ou dans une ressource offrant des services spécifiques (Direction des jeunes et des familles, MSSS, 2010b).

Un premier projet de vie alternatif constitue l'adoption. Au Québec, à l'heure actuelle, seule l'adoption plénière est pratiquée. Ce type d'adoption entraîne une rupture du lien de filiation entre l'enfant adopté et sa famille d'origine (Ministère de la Justice du Québec, 2009). L'adoption plénière au Québec se réalise en trois étapes. Tout d'abord, les parents d'origine consentent à l'adoption de leur enfant, ou encore le tribunal déclare l'enfant admissible à l'adoption. Ensuite, le tribunal ordonne le placement de l'enfant chez ses parents adoptifs. La dernière étape, le jugement d'adoption, rompt le lien de filiation. Ceci implique que les parents d'origine n'ont plus aucune responsabilité envers l'enfant. De plus, le Code civil du Québec interdit au tribunal d'ordonner le maintien de contacts entre l'enfant et sa famille d'origine (Direction des jeunes et des familles, MSSS, 2010b)

Il existe quatre voies qui mènent à l'adoption légale d'un enfant québécois. Il s'agit de l'adoption régulière (ou classique), de l'adoption de type Banque-mixte, de l'adoption par la famille d'accueil et de l'adoption par la famille élargie (Nadeau, 2007).

L'adoption régulière ou classique est très rare au Québec (Carignan, 2007). Cette forme d'adoption se réalise lorsqu'un enfant naissant est confié à des parents adoptants suite à un consentement général à l'adoption de la mère biologique ou des parents biologiques. L'attente pour ce type d'adoption est très longue. À titre d'exemple, l'attente actuelle est de quatre à cinq ans pour la région de Québec (Centre jeunesse de Québec, 2008) et de cinq à sept ans au CJM-IU (Carignan, 2007).

L'adoption par le biais du programme Banque-mixte est la voie la plus fréquente pour adopter un petit québécois francophone. Tout comme l'adoption régulière, elle implique des délais qui sont toutefois moins importants. Les postulants attendent de un à deux ans avant de recevoir un enfant. Le délai dépend du type d'enfant désiré. Ainsi, les délais sont

plus longs avant de recevoir un enfant caucasien en santé. Au contraire, les délais sont plus courts pour accueillir un enfant ayant des caractéristiques moins recherchées par les postulants (p.ex. les enfants âgés de plus de 24 mois) (Noël, Dupuis, Lavoie & Carbonneau, 2001). Une fois que l'enfant est placé dans une famille d'accueil du programme Banque-mixte, la durée moyenne du processus d'adoption est de 4 ans et 3 mois (Poirier et al., 2009).

L'adoption est le type de projet de vie qui assure le plus de stabilité à un enfant, étant donné que ses parents adoptants doivent assumer toutes les responsabilités parentales (garde, soin, éducation, surveillance et entretien) au-delà de la majorité de l'enfant et ce, contrairement aux tuteurs, personnes significatives ou familles d'accueil pour lesquels les responsabilités légales auprès de l'enfant prennent fin lorsqu'il devient majeur. De plus, ces derniers projets n'entraînent pas une rupture du lien de filiation entre l'enfant et ses parents, comme l'adoption (Direction des jeunes et des familles, MSSS, 2010b).

1.3 Exposition des enfants en famille d'accueil à de nombreux facteurs de risque

Les jeunes enfants placés en famille d'accueil représentent une population à haut risque (Clausen et al., 1998; Jee, Conn et al., 2010; Minnis et al., 2006). Ces enfants ont été exposés, durant les périodes pré et postnatales, à une multitude de facteurs de risque associés à leurs antécédents génétiques (Peters, Atkins & McKernan McKay, 1999), aux conditions de vie dans leur famille d'origine, aux comportements des parents biologiques, à la rupture avec la famille d'origine, à l'instabilité des placements et aux conditions parfois insatisfaisantes retrouvées chez les familles d'accueil. L'adaptation ultérieure de ces enfants dépend non seulement de ces conditions, mais également des forces et des vulnérabilités de ces enfants (Dozier & Rutter, 2008). Le texte suivant vise à dresser un portrait de ces facteurs et de leurs conséquences sur les enfants placés.

1.3.1 Facteurs de risques prénataux

Durant la période prénatale, les enfants suivis par le DPJ sont soupçonnés d'avoir été exposés à un éventail de facteurs de risque habituellement reliés au mode de vie de la mère

(Dubé, 2007; Lemieux, 2010; Pauzé, Toupin et al., 2004; Smith, Johnson, Pears, Fisher & DeGarmo, 2007).

Tout d'abord, ces enfants sont plus à risque d'avoir été exposés à des substances nocives telles que la nicotine, l'alcool, les drogues et les médicaments qui sont associées à l'apparition de problèmes chez les enfants (Davies & Bledsoe, 2005). Ainsi, l'étude de Kalland, Sinkkonen, Gissler, Meriläinen & Siimes (2006) révèle qu'un peu plus de la moitié (56%) des enfants en familles d'accueil ont été exposés durant la période prénatale à la nicotine comparativement à 15% des enfants de la population générale. Selon une étude récente sur un échantillon d'environ 50 enfants québécois placés en famille d'accueil entre 0 et 5 ans, 48% de ceux-ci auraient été exposés à de l'alcool ou aux drogues durant la période fœtale (Lemieux, 2010). Les effets associés à ces substances sont nocives, car elles ont été associées à l'apparition de différents problèmes chez les enfants (Davies & Bledsoe, 2005). Par exemple, l'exposition prénatale à la cocaïne a été associée à des difficultés subtiles au plan de l'attention et du contrôle de l'impulsivité à l'âge de 10 ans (Savage, Brodsky, Malmud, Giannetta & Hurt, 2005).

Ensuite, les mères des enfants suivis par les services sociaux évoluent souvent, lors de leur grossesse, dans un environnement stressant qui nuit au développement du fœtus (van Den Bergh, Mulder, Mennes & Glover, 2005). Ainsi, ces mères sont à risque d'être exposées à la violence de leur conjoint (Agence de la santé publique du Canada, 2010). La violence conjugale durant la grossesse a été associée, entre autres, à un travail et un accouchement prématurés (Berenson, Wiemann & Wilkinson, 1994). De plus, ces mères vivent de l'insécurité face à leur capacité de répondre à leurs besoins de base (logement, alimentation, biens essentiels) (Agence de la santé publique du Canada, 2010). D'autres survivent en recourant à la prostitution, mettant ainsi en danger le fœtus de contracter des maladies transmises sexuellement telles que le VIH et l'hépatite. Ainsi, une étude québécoise révèle que 44% des enfants placés en famille d'accueil Banque-mixte et 21% de ceux placés en milieu régulier ont une mère qui se prostitue (Dubé, 2007). Certaines de ces mères sont itinérantes (7,5% des cas) (Poirier et al., 2009). Il n'est d'ailleurs pas surprenant que 33,9%

des mères ayant un enfant d'âge préscolaire suivi par le DPJ du Québec révèlent avoir eu des problèmes durant la grossesse (Pauzé et al., 2004).

Étant donné l'exposition des enfants en famille d'accueil à un nombre élevé de facteurs de risque prénataux, ceux-ci ont une probabilité plus élevée de naître prématurément (Kalland et al. 2006; Pauzé et al., 2004) et de présenter un petit poids à la naissance (Kalland et al., 2006; Lemieux, 2010). D'ailleurs, Pauzé et ses collègues (2004) rapportent que 33,6% des mères ayant un enfant d'âge préscolaire suivi par le DPJ du Québec révèlent que leur enfant est né avant terme, soit plus de 4 fois le taux retrouvé dans la population générale (Institut national de santé publique du Québec, 2007). On note également que ces enfants montrent davantage de problèmes périnataux et par conséquent, sont hospitalisés plus longtemps suite à leur naissance (Kalland et al., 2006). Au Québec, une étude a démontré que 49% des enfants placés en famille d'accueil ont présenté à la naissance des conditions médicales sérieuses, selon les informations tirées des dossiers des centres jeunesse. Ces conditions d'ordre physique pouvaient être une infection des poumons, un manque de tonus musculaire, de l'asthme, une malformation cardiaque, etc. (Lemieux, 2010).

1.3.2 Facteurs de risque postnataux des enfants placés en famille d'accueil

Les études démontrent que les enfants éventuellement placés en famille d'accueil auront été exposés à de mauvais traitements (c'est-à-dire l'abus physique, l'abus sexuel, la maltraitance psychologique et la négligence) dans leur milieu d'origine, à moins que leur retrait ait eu lieu à la naissance (BDPJ, 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2010). En effet, on estime que 42,5% des enfants montréalais placés en Banque-mixte n'ont jamais vécu avec leur mère d'origine (Poirier et al., 2009). Lorsqu'ils demeurent auprès de leur parent biologique, la négligence constitue la forme de mauvais traitements la plus répandue auprès des tout-petits de 0 à 5 ans pris en charge par les services de la protection de la jeunesse (Agence de la santé publique du Canada, 2010; BDPJ, 2010; Pauzé et al., 2004). Ainsi, au cours de la dernière année, la négligence a constitué 91% de tous les cas de jeunes enfants pris en charge par le DPJ du Québec. Notons que la négligence inclut le risque sérieux de négligence, le risque sérieux d'abus physique et le risque sérieux d'abus sexuel

(BDPJ, 2010). Contrairement à d'autres organisations, le DPJ inclut également dans sa définition de négligence les mauvais traitements psychologiques et l'exposition à la violence conjugale (BDPJ, 2010; Institut canadien d'information juridique, 2011). Les autres problématiques touchant les 0-5 ans dans une proportion nettement inférieure sont l'abus physique (5%), l'abandon (3%), les abus sexuels (0,01%) et les troubles de comportement sérieux (3 cas) (BDPJ, 2010). Une étude québécoise estime que le tiers des cas de négligence s'accompagneraient d'autres formes de maltraitance (Lacharité & Éthier, 2003 dans Perrault & Beaudoin, 2008).

Peu de recherches québécoises se sont penchées sur les caractéristiques des parents dont le jeune enfant (0 à 5 ans) a été placé en famille d'accueil ou plus spécifiquement dans une famille du programme de la Banque-mixte (Dubé, 2007; Carignan, 2007). Des données récentes, tirées d'un échantillon de 80 enfants placés en Banque-mixte du CJM – IU, mettent en lumière la ou les problématiques présentes dans l'environnement d'origine de l'enfant qui ont mené à un placement dans le programme Banque-mixte. Les motifs les plus fréquemment invoqués pour orienter un enfant vers une famille d'accueil Banque-mixte sont le mode de vie de la mère (dans 85% des cas) et l'abandon par les parents (dans 40% des cas), les autres motifs étant la négligence (25%), le mode de vie du père (22,5%), le rejet affectif (5%) et l'abus sexuel soupçonné (3,8%). Ainsi, la majorité des enfants du programme ont une mère d'origine dont le mode de vie aurait pu entraîner un danger moral ou physique pour l'enfant. En effet, on note que ces mères cumulent différentes problématiques incluant la toxicomanie (65%), des problèmes de santé mentale (26%), la prostitution (14%), l'incapacité parentale (immaturité, instabilité, etc.) (10%), la déficience intellectuelle (7,5%), l'itinérance (7,5%), la violence conjugale (6%), la criminalité (2,5%) ou le SIDA (2,5%). Dans 41% des cas, une seule problématique a mené au placement. Ainsi, le mode de vie de la mère a été le principal motif de placement dans 32,5% des cas (Poirier et al., 2009).

En résumé, les parents dont l'enfant est placé en famille d'accueil régulière ou de la Banque-mixte sont très démunis aux plans psychologique, relationnel, familial et socio-économique et ce, après avoir été exposés à un passé souvent lourd. Ce n'est qu'un faible pourcentage (7,74%) des parents dont l'enfant est placé dans le programme de la Banque-

mixte qui seront en mesure de pallier suffisamment à leurs difficultés pour reprendre leur enfant (Lavoie et al. 1996). La plupart seront contraints de laisser le soin à d'autres personnes d'élever leur enfant. La section suivante tentera de décrire la trajectoire développementale des enfants placés en famille d'accueil.

1.4 Trajectoire développementale des enfants placés en famille d'accueil

Les enfants placés en famille d'accueil, qui auront été exposés aux facteurs de risque précédents, ont de plus grandes probabilités de présenter des problèmes développementaux, affectifs, comportementaux et physiques (Bruskas, 2010; Clausen et al., 1998). À long terme, les recherches démontrent que les enfants placés en famille d'accueil ou adoptés sont à risque de présenter des problèmes de comportements (Groza & Ryan, 2002), des échecs scolaires (Zima et al., 2000), des problèmes d'apprentissage (van IJzendoorn, Juffer & Poelhuis, 2005), ainsi que des comportements antisociaux et psychiatriques (Peters et al., 1999).

Dans des cas plus extrêmes, les enfants placés en famille d'accueil développent un trouble réactionnel de l'attachement suite à de la négligence persistante des besoins émotionnels ou physiques élémentaires (American Psychiatric Association [APA], 2000) ou à de multiples placements (APA, 2000; Gough & Perlman, 2006). Chez certains enfants, ce trouble se manifeste par l'inhibition comportementale sévère et la vigilance ou encore l'incapacité d'interagir dans les situations sociales. Par contre, d'autres enfants affectés par ce trouble entrent trop facilement en contact avec les étrangers (Albus & Dozier, 1999; APA, 2000).

Par ailleurs, il est à noter que « c'est du cumul et de l'interaction de multiples facteurs que résultent les menaces au développement et à l'adaptation des enfants (...) » (Institut national de la santé publique du Québec, S.d.) placés ou non en famille d'accueil (Appleyard, Egeland, van Dulmen & Sroufe, 2005). Dans cette même lignée d'idées, des recherches conduites auprès d'animaux démontrent que les soins maternels reçus modifient les gènes des petits qui à leur tour, influencent la façon dont ceux-ci vont gérer leurs réactions face au stress (Meaney, 2001). De façon similaire chez les humains, la qualité des soins

maternels influence la capacité de l'enfant à gérer le stress (Hane & Fox, 2006). En d'autres termes, les soins maternels reçus auraient donc un effet important sur l'adaptation des individus, malgré le fait que ces derniers soient soumis à un environnement stressant. Par exemple, la présence de comportements perturbateurs chez un enfant suivant une exposition prénatale à des substances illicites (alcool, tabac et autres drogues) s'estompe généralement avec l'âge à la condition qu'il soit placé dans un environnement postnatal dépourvu de facteur de risque. Par ailleurs, cette capacité de l'environnement à influencer le développement d'un enfant aurait des limites. Ainsi, si ce même enfant est exposé à d'autres facteurs de risque (tels que de l'abus sexuel et de multiples placements) en plus de l'exposition prénatale à des drogues, les probabilités qu'il développe des problèmes de comportement augmentent, même s'il se voit finalement placé dans un environnement adéquat (Goldman & Ryan, 2011). En résumé, un environnement qui offre des soins maternels de qualité influencerait positivement le développement des enfants placés. L'ensemble de ces données suggèrent qu'il est possible d'augmenter les chances d'adaptation des enfants placés en famille d'accueil en intervenant sur leur environnement post placement et ce, malgré leur exposition à un environnement pré placement à risque.

L'attachement constitue une variable importante sur laquelle il est possible d'intervenir chez les enfants placés pour leur assurer un développement optimal et qui, lorsque celui-ci est insécurisant, représente un facteur de risque chez un grand nombre d'enfants placés. Ainsi, les recherches démontrent que les enfants placés en famille d'accueil sont à risque de développer un attachement insécurisant (Stovall & Dozier, 2001), particulièrement de type désorganisé (Dozier et al., 2000; van den Dries et al., 2009) suite à l'expérience de maltraitance ou suite à la perte de leur figure d'attachement. Ainsi, une méta-analyse récente rapporte que les enfants placés en famille d'accueil exhibent une proportion plus élevée de patron d'attachement désorganisé (31% versus 15% des enfants issus de la classe moyenne nord-américaine) et une proportion moins élevée de patron d'attachement sécurisant (47% versus 62% des enfants issus de la classe moyenne nord-américaine) (van den Dries et al., 2009). Étant donné que l'attachement désorganisé prédit une multitude de problématiques (voir section 2.1.2), les enfants placés en famille d'accueil sont fortement à risque. Pour le moment, ces données démontrent que la population des enfants placés en

famille d'accueil a besoin d'interventions pour accroître leur sécurité d'attachement envers leur parent d'accueil ainsi que leurs chances de se développer sainement.

1.5 Services offerts aux enfants placés en famille d'accueil du Québec

Sachant que le placement constitue un traitement pour les enfants retirés de leur famille, les recherches présentées à la section précédente démontrent qu'il ne s'avère pas toujours suffisant. Selon Steinhauer (1988), plusieurs facteurs, qui s'ajoutent à ceux décrits précédemment, réduisent les chances qu'un placement fonctionne. Parmi ceux-ci, notons le processus de sélection des familles d'accueil, où nous pouvons retrouver un choix inapproprié des familles d'accueil, un mauvais jumelage entre l'enfant et la famille d'accueil; une mauvaise préparation des familles avant l'arrivée de l'enfant et *l'absence de soutien et de formation destinés aux familles d'accueil* lorsque l'enfant est sous leur garde.

Ce dernier facteur s'applique également au Québec puisque les centres jeunesse de la province ne mettent pas à la disposition des enfants placés et de leur famille d'accueil de programme d'intervention systématique et standardisé les aidant à mieux s'adapter à leur nouveau rôle. Les services offerts par ces centres se résument à quelques rencontres de sensibilisation destinés aux parents d'accueil et au suivi d'un intervenant social. Non seulement ces services ne s'avèrent pas suffisants selon les parents d'accueil du Québec (Moss, Dozier, Bernier, Tarabulsky & St-Laurent, 2006; Poirier et al., 2009), mais cette opinion est aussi partagée par les intervenants sociaux (Turcotte, Cardinal & Sanchez, 2007) et le chef du Service adoption au CJM-IU (Carignan, 2007). Ce dernier affirme même que :

Le soutien est défailant au Québec; les listes d'attente sont parfois très longues pour les services d'ergothérapie ou d'orthophonie, par exemple. Une fois le jugement d'adoption rendu, aucun professionnel spécialisé en adoption ne poursuit actuellement un suivi auprès de l'enfant et de sa nouvelle famille. Les familles en besoin doivent recourir aux services publics généraux qui soutiennent les familles en difficulté. Quelques professionnels ont développé une expertise en post-adoption mais ceux-ci sont peu nombreux et ne suffisent pas à la demande. Une volonté politique est présente par rapport au développement de ces services mais à l'heure actuelle, plusieurs familles se

retrouvent seules face à d'immenses besoins non répondus. Leur situation est précaire et demeure très préoccupante quant à leur avenir.

Notons qu'il existe par ailleurs quelques initiatives comme le programme du CLSC St-Louis-du-Parc de Montréal (Labasi & Duchesneau, 2007) pour soutenir les parents qui adoptent un enfant à l'étranger, mais l'efficacité de ces programmes n'a pas été soumise à une investigation scientifique rigoureuse.

Étant donné que les familles d'accueil expriment le besoin d'être davantage soutenues dans leur rôle (Moss, Dozier et al., 2006) et que les enfants en famille d'accueil ont un risque plus élevé de développer des problèmes de régulation émotionnelle, le développement de programmes d'intervention ciblant ces enfants, et dont l'efficacité est démontrée par la recherche, est crucial (Dozier, Peloso et al., 2006). Maintenant que viennent d'être exposés dans les précédentes pages la trajectoire des enfants placés en famille d'accueil ainsi que le besoin de ces enfants de développer un attachement sécurisant envers leur nouveau donneur de soins, le prochain chapitre expose la théorie de l'attachement ainsi que les interventions les plus efficaces pour accroître la sécurité d'attachement des enfants.

CHAPITRE II

RECENSION DES INTERVENTIONS LES PLUS EFFICACES POUR MODIFIER LES PATRONS D'ATTACHEMENT

2.1 Fondements théoriques sous-tendant les interventions en attachement

Le programme d'intervention relationnelle discuté dans le présent essai découle directement des recherches sur la théorie de l'attachement (Larín et al., 2006). Les sections suivantes dresseront un portrait des concepts théoriques de l'attachement qui sont pertinents au développement des interventions en attachement.

2.1.1 Les bases conceptuelles de la théorie de l'attachement

Les fondements de la théorie de l'attachement ont principalement été jetés par John Bowlby et Mary Ainsworth (Ainsworth & Bowlby, 1991). Ce sont les observations de Bowlby dans le cadre de son travail auprès de délinquants et de jeunes enfants séparés de leur mère qui l'ont conduit à s'interroger à propos de l'impact chez l'enfant de la séparation précoce d'avec sa mère. Étant critique des théories psychanalytiques et de l'apprentissage social prévalant à l'époque pour expliquer la relation entre l'enfant et son parent, Bowlby s'inspire des travaux issus de l'évolutionnisme, de l'éthologie, de la psychologie du développement, de la science cognitive et de la théorie des systèmes de contrôle pour comprendre le lien parent-enfant. Il émet l'hypothèse que la théorie de l'évolution peut aider à mieux comprendre le lien qui unit l'enfant à sa mère (ou à la personne substitut). Ainsi, il propose que les enfants qui auraient été prédisposés génétiquement à maintenir une proximité physique avec leur mère auraient davantage survécu aux dangers de l'environnement. Les

enfants seraient donc prédisposés dès leur naissance à développer un lien d'attachement envers un donneur de soins et ce, afin d'assurer leur survie et leur protection. Dans cette perspective, les enfants deviennent attachés à leur donneur de soins, peu importe la qualité des soins offerts par ce dernier (Bowlby, 1969/1982).

Selon cette théorie, le lien qui unit l'enfant à son parent se distingue de celui du parent à son enfant. L'enfant développe un « *lien affectif d'attachement* » envers son parent parce que l'enfant a besoin de la présence du parent pour se sentir en sécurité et réconforté. Pour sa part, le parent développe un « *lien affectif* » envers son enfant parce que le parent ne dépend pas de ce lien pour se sentir en sécurité ou réconforté (Ainsworth, 1989).

Les « *comportements d'attachement* » réfèrent à l'ensemble des signaux que l'enfant émet qui auront comme résultat probable de rapprocher le parent afin de se sentir en sécurité. Ces comportements peuvent être des sourires, des vocalisations, des pleurs ou des comportements d'approche de l'enfant vers le parent (Bowlby, 1969/1982).

Bowlby (1969/1982) stipule qu'un « *système comportemental d'attachement* » orchestre les comportements d'attachement des enfants. Ce système fonctionnerait à la manière d'un thermostat automatique qui maintiendrait une chaleur ambiante constante dans une maison, malgré l'ouverture intermittente des portes qui feraient entrer le froid. Ainsi, tout comme le thermostat qui tente de maintenir une température stable, l'enfant cherche à maintenir une certaine proximité avec son parent. Ce besoin de proximité varie selon les conditions internes de l'enfant (enfant reposé et en santé versus enfant qui ressent la fatigue, la faim, la douleur ou la maladie) et les conditions externes (dans un environnement confortable à proximité de sa figure d'attachement versus en présence de stimuli perçus comme menaçants aux yeux de l'enfant). Le système comportemental d'attachement de l'enfant est activé lorsque des indices internes ou externes indiquent un inconfort ou un danger. L'enfant ressent alors le besoin de se rapprocher de son parent. Il émet alors des comportements d'attachement pour signifier à son parent qu'il désire se rapprocher de lui. Tant que le système d'attachement est activé, l'enfant maintient cette proximité avec le parent. Le rôle du parent est de diminuer, voire mettre un terme à, l'activation du système

d'attachement par le recours à des comportements parentaux tels que de prendre l'enfant dans ses bras ou le consoler.

Lorsque l'enfant est suffisamment réconforté par le parent, le système comportemental d'attachement est désactivé. Il demeure toutefois en veille jusqu'à ce que d'autres conditions internes ou externes l'activent. En attendant, le « système comportemental d'exploration », dont le rôle est de favoriser chez l'enfant l'exploration de son environnement, prend le relais. Ce dernier système est également important puisqu'il donne l'opportunité à l'enfant d'acquérir des habiletés et des connaissances sur son environnement qui l'aideront éventuellement à développer son autonomie.

Grâce aux contacts quotidiens avec son donneur de soins, l'enfant en vient à se construire une représentation interne des agissements de celui-ci à son égard. Bowlby utilise les termes « modèles opérants internes » pour faire référence aux représentations internes que se font les enfants de leur donneur de soins. Selon les recherches, les modèles opérants internes se mettent graduellement en place à partir de la seconde moitié de la première année de vie de l'enfant, alors que ce dernier commence à différencier son donneur de soins de lui-même et à percevoir la distinction entre un but (p. ex. : être dans les bras de son donneur de soins) et les moyens pour y parvenir (p. ex. : ramper vers le donneur de soins) (Bowlby, 1969/1982). À partir de la seconde année de vie, les modèles opérants internes des enfants deviennent plus sophistiqués. À cet âge, l'enfant commence à ajuster ses actions en fonction des intentions et comportements des autres, incluant sa figure d'attachement, (Marvin & Britner, 2008) et les modèles opérants internes lui permettent de choisir le comportement d'attachement à préconiser selon la situation et les individus présents (Bretherton, 1990). Les modèles opérants se transforment au gré des expériences de l'enfance et de l'adolescence, et deviendraient plus stables à l'âge adulte. Tout au long de la vie, ils sont utilisés pour comprendre et guider la façon d'agir dans les relations interpersonnelles (Bowlby, 1969/1982). La section suivante aborde les différents patrons d'attachement qui reflètent les modèles opérants internes des enfants.

2.1.2 Les patrons d'attachement des jeunes enfants

L'enfant développe un des quatre patrons d'attachement (c'est-à-dire sécurisant, insécurisant-évitant, insécurisant-ambivalent ou insécurisant-désorganisé) (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Main & Solomon, 1990), en fonction de la capacité du parent d'offrir réconfort et sécurité. Les patrons d'attachement n'étant pas directement observables, des procédures ont été développées pour identifier les patrons d'attachement chez les enfants.

La situation étrangère, développée par Mary Ainsworth et collègues (1978), est l'outil de prédilection pour évaluer l'attachement des enfants entre 12 et 20 mois. Cette procédure, qui se déroule dans une pièce fermée qui renferme des chaises ainsi que des jouets au sol, consiste à induire chez l'enfant une condition externe perçue comme stressante (c'est-à-dire deux séparations successives d'avec la figure d'attachement) dans le but d'activer son système comportemental d'attachement. La situation étrangère permet de classer les enfants selon quatre patrons d'attachement en fonction de la façon dont ces derniers utilisent leur figure d'attachement pour apaiser leur stress lors du retour de la figure d'attachement, alors que leur système d'attachement est activé. La situation étrangère a été adaptée par Cassidy et Marvin (1992) pour les enfants d'âge préscolaire (2½ à 4½ ans) et par Main et Cassidy (1988) pour les 5 à 7 ans. Plusieurs études ont contribué à la validation de ces deux systèmes de mesure de l'attachement (Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent & Saintonge, 1998; Moss, Bureau, Cyr, Mongeau & St-Laurent, 2004).

Les enfants, dont le patron d'attachement est « sécurisant » (ou sécurisant, sécurisé), démontrent un équilibre entre leur besoin de proximité avec la figure d'attachement et leur besoin d'exploration (Ainsworth et al., 1978; Cassidy & Marvin, 1992). L'expérience de ces enfants avec leur mère leur a démontré que cette dernière était généralement disponible lorsqu'ils en ressentait le besoin (Ainsworth et al., 1978). Par conséquent, les enfants ayant un attachement sécurisant constituent le groupe qui utilise le mieux la mère comme base de sécurité pour explorer leur environnement, sachant qu'elle demeure disponible pour les accueillir en cas de besoin (Ainsworth et al., 1978; Cassidy & Marvin, 1992; Pederson & Moran, 1995).

Dans la situation étrangère, le retour de la mère entraîne chez le très jeune enfant ayant un attachement sécurisant (1 à 2 ans) le besoin de se rapprocher d'elle pour être réconforté ou rassuré. Les enfants dont l'attachement est sécurisant démontrent ouvertement ce besoin de proximité à leur mère, qui prend le temps de les rassurer. Lorsqu'ils se sentent suffisamment en sécurité après que leur mère les ait calmés, ils redeviennent disponibles pour explorer leur environnement (Ainsworth et al., 1978). Si la situation étrangère ne provoque pas l'activation du système d'attachement, les enfants ayant un attachement sécurisant vont néanmoins accueillir leur mère à son retour par des sourires ou des vocalisations (Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 2008). La réunion entre les enfants préscolaires ayant un attachement sécurisant et leur mère est caractérisée par des interactions plus calmes, chaleureuses et positives, comparativement aux enfants des autres groupes du même âge (Cassidy & Marvin, 1992). Des observations similaires sont rapportées chez les enfants ayant un attachement sécurisant âgés de 6 ans (Main & Cassidy, 1988).

L'attachement sécurisant constitue un facteur de protection dans la vie d'un enfant puisqu'il favorise de manière positive les relations entre l'enfant et son parent (Frankel & Bates, 1990; Matas, Arend & Sroufe, 1978; Slade, 1987); les interactions positives avec les pairs (Denham, Blair, Schmidt & DeMulder, 2002; Kerns, 1994; Park & Waters, 1989; Schneider, Atkinson & Tardif, 2001; Stams, Juffer & van IJzendoorn, 2002); l'adaptation scolaire (Moss & St-Laurent, 2001; Stams et al., 2002); l'identification, la discussion (Ontai & Thompson, 2002; Raikes & Thompson, 2006; Steele, Steele, Croft & Fonagy, 1999) et la régulation des émotions (Colle & Giudice, 2011; Contreras, Kerns, Weimer, Gentzler & Tomich, 2000; Kerns, Abraham, Schlegelmilch & Morgan, 2007), une meilleure régulation du stress (Gunnar & Quevedo, 2007) et la santé mentale (Carlson, 1998; Lyons-Ruth, Easterbrooks & Cibelli, 1997).

Selon la méta-analyse conduite par van IJzendoorn, Schuengel et Bakermans-Kranenburg (1999), on estime qu'environ 62% des enfants issus de la classe moyenne nord-américaine ont un attachement sécurisant. On observe toutefois une diminution de cette

proportion dans les populations à risque (van IJzendoorn et al., 1999) telles que les enfants placés en famille d'accueil où le taux rapporté se situe à 47% (van den Dries et al., 2009).

Chez les enfants démontrant un des trois autres patrons d'attachement (insécurisant-évitant, insécurisant-ambivalent ou désorganisé), on observe un déséquilibre dans le fonctionnement de leur système comportemental d'attachement et d'exploration. Ceci est la raison pour laquelle on utilise le terme « insécurisant » pour désigner ces types d'attachement.

Le patron d'attachement insécurisant-ambivalent (ambivalent-résistant ou résistant) englobe les enfants qui démontrent un investissement disproportionné dans la recherche de proximité avec leur figure d'attachement, au détriment de l'exploration de leur environnement et ce, particulièrement lorsque leur système d'attachement est activé. Étant donné qu'ils ont probablement reçu davantage de réponses inconstantes de la part de leur figure d'attachement à leurs besoins affectifs, leur système comportemental d'attachement se déclenche plus facilement. En d'autres mots, ils sont préoccupés que leurs besoins affectifs ne soient pas répondus et par conséquent, ils peuvent amplifier leur détresse pour s'assurer de recevoir la disponibilité affective parentale. Étant hésitant à utiliser leur figure d'attachement comme base de sécurité, la qualité de l'exploration de leur environnement est jugée plus pauvre, comparativement aux enfants dont le patron d'attachement est sécurisant (Ainsworth et al., 1978; Cassidy & Berlin, 1994). Dans la vie quotidienne, les jeunes enfants dont l'attachement est insécurisant-ambivalent sont donc plus dépendants de leur mère et se montrent plus facilement frustrés (Ainsworth et al., 1978; Pederson & Moran, 1995).

La séparation d'avec la figure d'attachement lors de la situation étrangère provoque une grande détresse chez le jeune enfant dont l'attachement est insécurisant-ambivalent. Lors de la réunion avec la figure d'attachement, la proximité ou le contact recherché par l'enfant auprès de sa figure d'attachement arrive difficilement à désactiver leur système comportemental d'attachement. Il exprime le besoin d'être consolé, mais au même moment il proteste contre les soins apportés par la figure d'attachement. En d'autres mots, l'enfant n'arrive pas à se calmer au contact de son donneur de soins, malgré les tentatives de ce

dernier en ce sens, et de retourner explorer son environnement. Un faible pourcentage de ces enfants ne cherchent pas le contact au retour de la figure d'attachement, malgré leur détresse apparente (Ainsworth et al., 1978). Chez les enfants préscolaires dont l'attachement est insécurisant-ambivalent, la séparation peut susciter de la détresse intense et les comportements de l'enfant lors de la réunion sont marqués par un mélange de dépendance, de résistance, d'ambivalence, de colère, d'immaturité et de passivité face à la figure d'attachement (Cassidy & Marvin, 1992). À 6 ans, des réactions de dépendance, d'immaturité, d'ambivalence et d'hostilité ont été observées lors de la réunion chez les enfants dont l'attachement est insécurisant-ambivalent (Main & Cassidy, 1988). Chez les enfants de la classe moyenne nord-américaine, environ 9% se retrouvent dans cette catégorie (van IJzendoorn et al., 1999).

Les enfants dont le patron d'attachement est insécurisant-évitant manifestent un investissement disproportionné dans l'exploration de leur environnement, au détriment de la recherche de la proximité avec leur figure d'attachement, lorsque leur système d'attachement est activé. Ces enfants ont généralement une mère dont les attitudes et les comportements sont davantage empreints de rejet, de rigidité et de contrôle (Ainsworth et al., 1978), et qui est par ailleurs moins encline à répondre à l'expression de leur détresse et à offrir des contacts physiques. Ces enfants ont donc moins recours à leur mère pour désactiver leur système d'attachement et ils ont appris à contenir leurs émotions telles que se distraire par exemple. À la maison, ces enfants initient peu de contacts affectifs avec leur mère (Pederson & Moran, 1995).

Dans la situation étrangère, lors du départ de la figure d'attachement, ces enfants ne démontrent pas de détresse. Par contre, ils peuvent en manifester lorsqu'ils se retrouvent seuls dans la pièce. Le retour de la figure d'attachement lors de la réunion parent-enfant démontre que ces enfants gèrent leur détresse en utilisant des stratégies comportementales qui évitent de démontrer à leur donneur de soins que leur système d'attachement est activé. Ainsi, malgré leur détresse, ces enfants ne cherchent pas le réconfort auprès de leur donneur de soins. Au contraire, ils ignorent ce dernier et tournent plutôt leur attention vers le monde des objets. Considérant que le donneur de soins n'a pas été en mesure dans le passé d'offrir

son réconfort quand l'enfant lui faisait des demandes affectives, les stratégies comportementales adoptées par ces enfants lors de la réunion sont celles qui maximisent la proximité à la figure d'attachement. Ainsi, en ne démontrant pas de détresse, ils s'assurent que leur donneur de soins ne demeure pas trop loin d'eux (Ainsworth et al., 1978). À l'âge préscolaire et à 6 ans, ces enfants évitent, lors de la réunion avec leur mère, les interactions dont le contenu porte sur la relation qu'ils entretiennent avec celle-ci (Cassidy & Marvin, 1992; Main & Cassidy, 1988). Environ 15% des enfants de la classe moyenne nord-américaine font partie de cette catégorie d'attachement (van IJzendoorn et al., 1999).

Après de nombreuses études tentant d'incorporer l'ensemble des enfants étudiés parmi les trois patrons d'attachement précédemment exposés, Main et Solomon (1990) en sont venus à la conclusion que les comportements exhibés par un faible pourcentage d'enfants lors de la situation étrangère ne pouvaient pas être classés selon une stratégie cohérente d'attachement tel qu'observé chez les enfants dont l'attachement est sécurisant, insécurisant-évitant ou insécurisant-ambivalent. Une quatrième catégorie, c'est-à-dire l'attachement désorganisé, a donc été créée pour distinguer les enfants qui, au lieu de recourir à une stratégie d'attachement cohérente (organisé) pour accéder à leur mère en situation de détresse lorsque leur système d'attachement est activé, exhibent plutôt des comportements désorientés ou désorganisés à l'égard de leur mère. Les enfants dont l'attachement est désorganisé ont généralement un parent qui manifeste des comportements qui font peur à l'enfant ou qui démontre des comportements effrayés en présence de l'enfant (Abrams, Rifkin & Hesse, 2006; Goldberg, Benoit, Blokland & Madigan, 2003; Madigan, Moran, et al., 2006; Schuengel, Baker-mans-Kranenburg & van IJzendoorn, 1999)

Le système de Main et Solomon (1990) a permis de dégager sept catégories de comportements désorganisés et désorientés pour la petite enfance. Parmi les comportements retrouvés dans ces différentes catégories, notons les exemples dans lesquels, au retour du parent, l'enfant arrête de bouger; approche le parent avec la tête baissée; se balance; évite son parent alors qu'il a pleuré et appelé celui-ci durant toute la période de la séparation, etc. La signification des comportements des enfants lors de la réunion avec son parent doit être interprétée en référence à ce qui se produit tout au long de la situation étrangère. Ainsi, un

même comportement chez deux enfants peut être interprété très différemment et ainsi, mener à des catégories d'attachement différentes (Main & Solomon, 1990).

Le patron d'attachement désorganisé, identifié à la petite enfance dans la situation étrangère, est souvent associé subséquemment à des comportements contrôlants et à un renversement de rôle parent-enfant (van IJzendoorn et al., 1999). Ainsi, à l'âge préscolaire, Cassidy et Marvin (1992) ont identifié l'attachement de ces enfants sous le terme insécurisant/contrôlant-désorganisé, pour refléter la présence de comportements contrôlants et désorganisés chez ce groupe d'enfants. Les enfants, dont l'attachement est insécurisant-contrôlant, « semblent tenter activement de contrôler ou de diriger l'attention et le comportement du parent et ils assument un rôle qui est habituellement considéré plus approprié chez un parent envers son enfant » (Main & Cassidy, 1988, p. 418). Certains de ces enfants, qui font partie du sous-groupe insécurisant contrôlant/donneur de soins, jouent davantage le rôle d'un donneur de soins bienveillant en tentant de guider le parent et/ou de l'égayer. D'autres, dont l'attachement est de type insécurisant contrôlant/punitif, tentent plutôt de contrôler la relation de façon punitive ou hostile (Cassidy & Marvin, 1992). Des patrons d'attachement similaires sont identifiés chez les enfants de six ans (Main & Cassidy, 1988). Notons que certains enfants préscolaires sont identifiés comme contrôlant-général, lorsqu'ils ne démontrent pas clairement une des deux formes de contrôle précédemment mentionnées (c'est-à-dire contrôlant/donneur de soins et contrôlant/punitif). Enfin, certains enfants sont classés comme ayant un attachement désorganisé, lorsqu'ils démontrent des signes similaires à ceux décrits à la petite enfance (Cassidy & Marvin, 1992).

Selon la méta-analyse conduite par van IJzendoorn et ses collègues (1999), 15% des enfants issus d'un échantillon non clinique de la classe moyenne auraient un attachement insécurisant de type désorganisé alors que ce nombre s'élève à 48% chez les enfants maltraités. Chez la population des enfants placés en famille d'accueil, environ 31% ont un attachement désorganisé (van den Dries et al., 2009)

Depuis la publication de Main & Solomon (1990), de nombreux chercheurs se sont interrogés à propos de l'impact développemental de l'attachement désorganisé. Selon ces

études, l'attachement désorganisé est davantage associé chez les enfants aux problèmes de comportement extériorisés (Lyons-Ruth et al. 1997; Moss et al., 1998, Moss, Smolla et al., 2006; van IJzendoorn et al., 1999) et intériorisés (Moss et al., 1998; Moss, Cyr & Dubois-Comtois, 2004; Moss, Smolla et al., 2006); à une faible estime de soi (Moss, St-Laurent & Parent, 1999); aux problèmes à gérer le stress (Spangler & Grossmann, 1993; Hertsgaard, Gunnar, Erickson & Nachmias, 1995); aux difficultés cognitives et métacognitives, aux problèmes scolaires (Moss & St-Laurent, 2001); à la psychopathologie (Green & Goldwyn, 2002; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999) et, à l'adolescence, aux comportements dissociatifs (Carlson, 1998; Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi, 2006). Comparativement à l'attachement insécurisant-désorganisé, l'attachement insécurisant-organisé prédit les problèmes d'adaptation dans des proportions moins importantes (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

L'objectif ultime des interventions en attachement consiste à modifier les patrons d'attachement des enfants vers la sécurité pour ceux ayant un attachement insécurisant. Étant donné que la sensibilité parentale et les représentations de la mère en regard à l'attachement ont été identifiées comme étant deux variables qui influencent la sécurité d'attachement de l'enfant, celles-ci sont donc ciblées par les interventions en attachement. Les sections suivantes s'attardent donc à exposer ces deux composantes.

2.1.3 La sensibilité parentale

Selon Ainsworth et collègues (1978), le type d'attachement de l'enfant exhibé lors de la situation étrangère est influencé par la sensibilité maternelle. La sensibilité maternelle réfère à l'habileté de la mère de percevoir et d'interpréter de façon juste les signaux et les tentatives de communication de son enfant et, selon sa compréhension des besoins de son enfant, d'offrir une réponse appropriée et prompte. Cette définition renferme quatre étapes distinctes que les mères sensibles franchissent afin de répondre aux besoins de leur enfant (Ainsworth, 1969).

Dans un premier temps, une mère sensible porte suffisamment attention aux signaux de son enfant, ce qui lui permet d'être au fait des signes et des comportements de ce dernier. Cette première étape constitue une condition préalable à la sensibilité maternelle. Si une mère porte peu ou pas du tout attention aux signaux de son enfant, elle ne peut franchir les autres étapes qui l'amèneront à répondre aux besoins de son enfant, et ainsi être sensible à ceux-ci (Ainsworth, 1969).

Dans un deuxième temps, une mère sensible interprète de façon appropriée les signaux et les tentatives de communication de son enfant, ce qui implique qu'elle est empathique et exempte de distorsion. En effet, la présence de distorsions chez une mère l'amène à interpréter les signaux de son enfant en fonction de son état interne (son humeur, ses désirs, etc.) et de ses propres modèles internes d'attachement, voire ses propres processus défensifs, plutôt qu'en fonction des besoins de son enfant. Ces mères ne peuvent donc pas répondre aux besoins de leur enfant. Ensuite, le manque d'empathie chez une mère, qui fait référence à la capacité de percevoir les choses selon le point de vue de son enfant, la prévient de répondre aux besoins de son enfant, même si elle est en mesure d'interpréter adéquatement les signaux de son enfant (Ainsworth, 1969).

Dans un troisième temps, une mère sensible offre une réponse appropriée aux signaux de son enfant. Dans la première année de la vie de l'enfant, celle-ci répond aux besoins manifestés par son enfant. Ainsi, elle interagit ou joue avec lui s'il lui manifeste cette envie. Elle répond à ses besoins de base (c'est-à-dire qu'elle le nourrit s'il semble affamé, le couche s'il démontre des signes de fatigue, lui change la couche s'il est souillé, etc.). Elle le prend dans ses bras ou lui donne de l'attention lorsqu'il lui signifie son désir de socialiser et le pose s'il démontre le désir d'explorer. Si son enfant est en détresse, elle le reconfortera jusqu'à ce qu'il se sente bien et tentera de trouver la source de cette détresse si elle se prolonge. Dans la deuxième année de vie de l'enfant ou vers la fin de la première année de vie, la mère modifie quelque peu sa façon de répondre aux besoins de son enfant. Il ne s'agit plus de toujours répondre de façon constante aux besoins de l'enfant, mais plutôt de trouver un équilibre entre la réponse aux besoins et désirs de l'enfant et les interventions maternelles qui lui procureront les meilleures chances de développement à long terme (Ainsworth, 1969).

Ainsi, l'encadrement, même s'il ne répond pas au désir immédiat de l'enfant, lui est essentiel pour lui éviter les situations dangereuses et lui inculquer les règles sociales qui lui assureront de s'intégrer dans la société à long terme. La mère sensible reconnaît toutefois le désir de son enfant lorsqu'elle ne peut y répondre. Offrir une réponse appropriée aux signaux de son enfant implique également que la mère prolonge suffisamment longtemps son interaction avec son enfant pour que son besoin soit assouvi. Par exemple, la mère sensible acceptera de socialiser pendant un certain temps avec son enfant qui le lui réclame afin que, au bout d'un moment, son enfant se sente capable de prendre des initiatives dans le jeu (Ainsworth, 1969).

Enfin, une mère sensible répond de façon diligente aux besoins de son enfant, permettant ainsi à l'enfant de faire le lien entre sa demande et la réponse maternelle. À long terme, les réponses maternelles promptes permettent à l'enfant de développer un sentiment de compétence en matière de contrôle sur son environnement. Lorsqu'une demande d'un enfant ne peut être répondue de façon rapide, une mère sensible signifie à son enfant qu'elle se prépare à y répondre (Ainsworth, 1969).

À partir de la définition d'Ainsworth de la sensibilité parentale, Pederson et collègues (1990) ont mis au point le Tri-de-cartes de la sensibilité qui représente un outil qui permet de mesurer la sensibilité parentale lorsqu'un donneur de soins et son jeune enfant sont observés en milieu naturel. Leur travaux ont permis de distinguer entre autres les comportements maternels les plus et les moins associés à la sensibilité parentale (Tableau 2.1 et 2.2). Ils ont aussi permis de distinguer les énoncés des comportements maternels du Q-set qui distinguent le mieux les enfants dont l'attachement est le plus et le moins sécurisant selon le Q-sort de l'attachement (Tableau 2.3 et 2.4) (Pederson & Moran, 1995; Waters & Deane, 1985).

Tableau 2.1

Énoncés des comportements maternels du Q-set jugés comme étant les plus prototypiques d'une mère sensible

6. Considérant les réponses du bébé, les comportements vigoureux et stimulants de la mère sont appropriés.
9. La mère répond de façon cohérente et consistante aux signaux du bébé.
12. D'après les réactions du bébé, la mère interprète correctement les signaux émis par ce dernier.
29. Lors des interactions, la mère attend la réponse de bébé.
46. Lors des repas, la mère signale ses intentions et attend une réponse du bébé.
53. Les interactions avec le bébé se terminent bien, l'interaction se termine lorsqu'il est satisfait (considérez également la fin d'une interaction agréable pour le bébé).
54. Les interactions se déroulent en accord avec la cadence et l'état du bébé.
58. La mère est consciente des changements d'humeur chez bébé.
60. Lorsque le bébé éprouve de l'inconfort, la mère trouve rapidement et correctement la source du problème.
63. La mère supervise bébé et répond à ses besoins même lorsqu'elle est occupée à d'autres activités comme la cuisine ou la conversation avec un visiteur.
64. La mère répond immédiatement aux cris et aux plaintes du bébé.
66. La mère organise ses déplacements de manière à percevoir les signaux du bébé.

Tableau 2.2

Énoncés des comportements maternels du Q-set jugés comme étant les moins prototypiques d'une mère sensible

2. La mère n'est pas consciente ou elle est insensible aux manifestations de détresse émises par le bébé
3. La mère interprète selon ses propres désirs et ses états d'âme les signaux du bébé.
4. Les réponses sont tellement lentes à venir que le bébé ne peut pas faire le lien entre ce qu'il fait et la réponse de la mère.
7. La mère répond seulement aux signaux fréquents, prolongés et intenses émis par le bébé.
8. Les réponses de la mère aux efforts de communication du bébé sont imprévisibles et incohérentes.
28. La mère taquine le bébé au-delà de ce que le bébé paraît apprécier.
51. La mère est embarrassée lorsque le bébé se salit pendant qu'il se nourrit et parfois cela devient nuisible à l'alimentation.
57. La mère accable le bébé de stimulations constantes et déphasées.
59. En interaction avec le bébé, la mère est rude et intrusive.
68. La mère paraît souvent « dans les nuages » et ne remarque pas les demandes d'attention ou d'inconfort du bébé.
73. Le contenu et la cadence des interactions avec le bébé semblent déterminés par la mère plutôt que par les réponses du bébé.
74. Pendant les interactions face-à-face, la mère manque souvent les signaux du bébé indiquant de ralentir le rythme ou la cadence des échanges ou d'arrêter l'interaction.

Tableau 2.3

Énoncés des comportements maternels du Q-set qui distinguent le mieux les enfants dont l'attachement est le plus sécurisant selon le Q-sort de l'attachement

1. La mère remarque les sourires et les vocalises du bébé.
12. D'après les réactions du bébé, la mère interprète correctement les signaux émis par ce dernier.
24. La mère connaît bien son enfant; elle est une bonne source d'information.
29. Lors des interactions, la mère attend la réponse du bébé.
37. Les commentaires de la mère à propos du bébé sont généralement positifs.
39. Quand la mère prend le bébé dans ses bras, elle le cajole souvent.
53. Les interactions avec le bébé se terminent bien, l'interaction se termine lorsqu'il est satisfait (considérez également la fin d'une interaction agréable pour le bébé).

Tableau 2.4

Énoncés des comportements maternels du Q-set qui distinguent le mieux les enfants dont l'attachement est le moins sécurisant selon le Q-sort de l'attachement

7. La mère répond seulement aux signaux fréquents, prolongés et intenses émis par le bébé.
13. La mère est irritée par les demandes du bébé (notez les informations provenant de l'interview avec la mère à propos des demandes de soins qu'exige le bébé).
20. La mère semble contrariée par les demandes d'attention et les signes de détresse du bébé.
22. Même lorsque la mère a des sentiments négatifs à l'égard du bébé, elle peut passer outre lorsqu'elle interagit avec lui.
26. La mère est négative lorsqu'elle décrit le bébé.
55. La mère tente souvent la stratégie « essai-erreur » lorsqu'elle cherche une façon de satisfaire les besoins du bébé.
70. La mère ignore souvent (ne répond pas) les signaux positifs et affectueux du bébé.
84. La mère semble souvent traiter le bébé comme un objet inanimé lorsqu'elle le déplace ou ajuste sa posture.
87. La mère semble bizarre ou mal à l'aise lorsqu'elle interagit face-à-face avec le bébé.

Plusieurs études documentent le lien entre la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement des enfants (Grossmann, Grossmann, Spangler, Suess & Unzner, 1985; Pederson & Moran, 1995). Il est par ailleurs important de noter que, selon une méta-analyse conduite par De Wolff & van IJzendoorn (1997), cette association s'est révélée être modérée. Selon une autre, l'insensibilité parentale ne serait pas associée à la désorganisation (van IJzendoorn et al., 1999). Depuis, des chercheurs se sont attardés à mieux comprendre l'origine de la désorganisation chez l'enfant.

Ainsi, d'autres chercheurs ont démontré l'apport des comportements parentaux apeurés/apeurants (Cyr, Euser, Bakerman-Kranenburg & van IJzendoorn, 2010; Madigan, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Moran, Pederson & Benoit, 2006) et les comportements maternels atypiques (Madigan et al., 2006; Moran, Forbes, Evans, Tarabulsky & Madigan, 2008), surtout dans le développement de la désorganisation d'attachement. Les enfants qui développent ce type d'attachement ont généralement un parent qui manifeste des comportements qui font peur à l'enfant ou qui démontre des comportements effrayés en présence de l'enfant (Abrams et al., 2006; Goldberg et al., 2003; Madigan, Moran, et al., 2006; Schuengel et al., 1999). Le parent constitue à la fois une source potentielle de réconfort et de peur (Hesse & Main, 2006). Lorsque ce dernier se retrouve dans une situation perçue comme menaçante, l'enfant, déjà effrayé par son parent, ressent donc la peur sans pouvoir la résoudre car il ne peut ignorer son parent ou l'approcher, ce qui l'amènerait à exhiber des comportements désorganisés ou désorientés dans une telle situation (Main & Solomon, 1990). De plus, les erreurs de communication affective (p.ex. : renversement de rôle, comportement sexualisé, etc.) joueraient peut-être un rôle dans l'émergence de la désorganisation (Lyons-Ruth, Bronfman & Parsons, 1999), mais cette hypothèse demeure à confirmer.

Moran et collègues (2008) avancent même que les comportements maternels atypiques sont une forme d'insensibilité extrême qui devrait être prise en compte dans la définition de la sensibilité. Ces comportements maternels seraient observables tôt dans le développement de l'enfant. Ainsi, dans une récente étude, Beebe et al. (2010) ont démontré que les bébés de 4 mois, qui développeront éventuellement un attachement désorganisé à 12

mois, ont des mères qui exhibent davantage des comportements extrêmes (comme des comportements de « looming »). Bref, la sensibilité maternelle ainsi que les comportements maternels « désorganisés » semblent influencer différemment les patrons d'attachement des enfants.

2.1.4 L'état d'esprit en regard à l'attachement des parents et la transmission intergénérationnelle de l'attachement

L'état d'esprit en regard à l'attachement des parents constitue une deuxième composante que ciblent les interventions en attachement. L'état d'esprit en regard à l'attachement se rapporte à la façon dont les adultes se représentent mentalement leurs expériences d'attachement. Plus précisément, l'état d'esprit en regard à l'attachement résulte de la somme des expériences d'attachement que l'adulte a vécues depuis sa naissance. Ainsi, les expériences relationnelles s'organisent dès l'enfance de manière à produire les modèles opérants internes, qui permettent de guider nos pensées et nos émotions en matière de représentation de soi et de relations interpersonnelles. Durant l'enfance, les modèles opérants internes s'observent dans les comportements d'attachement alors qu'à l'adolescence et à l'âge adulte, l'état d'esprit face à l'attachement représente le corollaire des patrons d'attachement à l'enfance (Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

Les adultes ayant un état d'esprit « autonome » sont considérés sécurisants et ont généralement des enfants dont l'attachement est sécurisant. Au contraire, ceux ayant un état d'esprit qualifié d'esquivant ou de préoccupé, qui reflètent des organisations insécurisantes, ont fréquemment des enfants dont l'attachement est respectivement évitant et ambivalent. De plus, certains adultes sont assignés à la catégorie de l'état d'esprit non résolu, s'ils ont vécu un ou des traumatisme(s) ou pertes relationnelle(s) qu'ils n'ont pas résolu(s). Les parents non résolus ont généralement un enfant dont l'attachement est désorganisé (van IJzendoorn, 1995).

L'adulte dit autonome est en mesure de mentionner avec cohérence ses expériences d'attachement. Plus précisément, les individus dont le discours est qualifié de cohérent

discutent de leurs expériences d'attachement avec clarté et de façon succincte, en plus de rapporter des faits qui concordent les uns avec les autres et qui sont en lien avec le sujet abordé (Hesse, 2008). Ils partagent spontanément leur expérience d'attachement et accèdent facilement à leurs souvenirs. Ces individus reconnaissent l'influence de leur expérience en lien avec l'attachement sur le développement de leur personnalité, en plus de conférer de l'importance aux relations interpersonnelles en général (Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

Au contraire, les parents qui manquent de cohérence lorsqu'ils rapportent leurs expériences d'attachement font partie de ceux qui ont un état d'esprit non autonome. Il existe trois formes d'état d'esprit non autonome qui sont esquivant, préoccupé et non résolu.

Les parents, dont l'état d'esprit est esquivant, idéalisent ou dénigrent leurs parents ou l'un d'entre eux et ils ont de la difficulté à se remémorer les souvenirs de leur enfance. Projetant l'image d'être forts et indépendants, ces individus ne laissent pas entrevoir leurs sentiments douloureux ou leurs besoins d'attachement aux autres. Les expériences négatives peuvent être minimisées ou interprétées positivement (Hesse, 2008).

Les parents dont l'état d'esprit est préoccupé demeurent perturbés par leurs expériences passées d'attachement. Un sous-groupe de ces individus ressent de la colère envers une ou des figures d'attachement. Le second sous-groupe est préoccupé de façon passive par son ou ses figures d'attachement. Les individus dits préoccupés formulent des réponses excessivement longues en lien avec leur expérience d'attachement, dont le contenu est parfois impertinent ou imprécis (Hesse, 2008).

Finalement, les parents, dont l'état d'esprit est non résolu, ont vécu auparavant des traumatismes ou une perte relationnelle qui font en sorte que leur capacité de raisonnement s'en trouve affectée. Plus précisément, un individu est assigné à cette catégorie s'il démontre une « défaillance » dans son raisonnement ou discours alors qu'il discute d'événements traumatisants ou d'une perte relationnelle. Une défaillance dans le raisonnement se produit lorsque, par exemple, un individu affirme des faits qui vont à l'encontre de la compréhension des causalités physiques et des relations entre l'espace et le temps (Hesse & Main, 2000).

Depuis l'élaboration des états d'esprit en regard à l'attachement des adultes, les chercheurs se sont interrogés à propos de l'impact de ceux-ci sur le développement de l'attachement de l'enfant. La méta-analyse de van IJzendoorn (1995) a tenté de répondre à cette question en réunissant des recherches étudiant la relation entre ces deux variables. Pour ce faire, cette méta-analyse rassemble un échantillon de 854 dyades parent-enfant provenant de 6 pays. Parmi les études ayant utilisé les catégories organisées, les résultats de la méta-analyse démontrent une correspondance de 75% entre le parent et son enfant lorsque le groupe enfants sécurisants/parents autonomes est comparé au groupe enfants insécurisants/parents résolus non autonomes et de 70% lorsque les trois catégories sécurisant/autonome versus évitant/esquivant versus ambivalent/préoccupé étaient utilisées. Lorsque la quatrième catégorie est incluse dans les analyses (c'est-à-dire l'attachement désorganisé chez l'enfant et l'état d'esprit non résolu chez l'adulte), la correspondance entre le parent et l'enfant atteint 74% quand les sécurisants sont comparés aux insécurisants, et 65% lorsque les quatre catégories sont comparées (van IJzendoorn, 1995).

Par ailleurs, le mécanisme par lequel la transmission intergénérationnelle de l'attachement s'opère entre le parent et son enfant demeure difficile à élucider (Berlin, Zeanah & Lieberman, 2008). Malgré que la méta-analyse de van IJzendoorn (1995) ait démontré une association forte entre l'état d'esprit du parent et la sensibilité parentale, une seconde méta-analyse (De Wolff & van IJzendoorn, 1997) a démontré une association modérée entre la sensibilité et l'attachement de l'enfant. Ces résultats signifient, comme il a été mentionné précédemment, que d'autres facteurs, en plus de la sensibilité parentale, jouent un rôle entre l'état d'esprit du parent et l'attachement de l'enfant.

Belsky et Fearon (2008) propose plusieurs hypothèses pour expliquer cette association modérée entre la sensibilité et l'attachement de l'enfant. Selon eux, l'ensemble des facteurs qui influencent la relation parent-enfant doivent être étudiés simultanément si on veut comprendre l'origine de la sécurité d'attachement des enfants. Ceux-ci comprennent l'irritabilité de l'enfant, les caractéristique des parents (comme la santé mentale, le stress maternel, etc.), les conditions de vie stressantes (comme le statut socio-économique faible), la

relation de couple des parents et le soutien issu du réseau social des parents. Il a également été démontré que les fonctions réflexives du parent (ou la capacité de mentaliser) faciliteraient le développement chez les enfants d'un attachement sécurisant (Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy & Locker, 2005). Les fonctions réflexives signifient la capacité chez un être humain à interpréter ses réactions et celles des autres ainsi que les interactions interpersonnelles en fonction des intentions, des motivations et des états mentaux (comme les pensées, les croyances et les affects) (Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991).

En attendant que les recherches avancent sur la compréhension de l'impact de ces différentes variables sur les patrons d'attachement des enfants, les recherches sur les interventions en attachement incorporent actuellement les variables qui ont une influence empiriquement démontrée sur l'attachement des enfants, c'est-à-dire la sensibilité parentale et l'état d'esprit en regard à l'attachement. Ces constatations ont poussé des chercheurs à mettre sur pied des interventions qui ciblent la modification de la sensibilité parentale et/ou des modèles internes d'attachement des parents afin de les amener à mieux répondre aux besoins affectifs de leur enfant (Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2008a; Lieberman & van Horn, 2008; Toth, Maughan, Manly, Spagnola & Cicchetti, 2002). Pour illustrer l'application de ces variables dans le contexte des interventions en attachement, la section suivante recense les interventions en attachement reconnues dans le monde.

2.2 Recension des interventions en attachement

Ces dernières années, les programmes d'intervention s'inspirant de la théorie de l'attachement, qui ciblent la relation parent-enfant, ont foisonné (Berlin, 2005; van IJzendoorn, Juffer & Duyvesteyn, 1995; Bakermans-Kranenburg et al., 2003, 2005). Il existe deux cibles d'intervention utilisées dans les programmes d'attachement qui sont l'amélioration de la sensibilité parentale et la modification des représentations mentales d'attachement du donneur de soins. Certains programmes se concentrent entièrement sur une cible, alors que d'autres combinent les deux. Certains incorporent même d'autres cibles d'intervention (p.ex. : le soutien social). En général, les interventions à court terme visent

plus fréquemment la sensibilité parentale alors que les interventions à plus long terme incorporent souvent la modification des représentations mentales ou une combinaison de cibles (p.ex. : sensibilité et représentations mentales).

Parmi les premières interventions s'inspirant de la théorie de l'attachement, Olds et ses collègues ont développé le programme *The Nurse-Family Partnership - NFP* à la fin des années 70. Ce programme assure un suivi parent-enfant à domicile par une infirmière pendant la période pré et postnatale, jusqu'à ce que l'enfant atteigne 24 mois. Les objectifs du programme ont été élaborés en fonction non seulement de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969/1982), mais aussi du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) et du concept d'auto-efficacité de la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977). Ceux-ci visent autant l'amélioration de la santé physique de la dyade, le développement personnel maternel que la relation parent-enfant par l'entremise d'interventions et de discussions entourant les expériences infantiles pour accroître la sensibilité maternelle (Olds, Kidsman, Cole & Robinson, 1997). Les chercheurs ont testé l'efficacité de ce programme auprès de femmes enceintes pour une première fois et démontrant au moins un facteur de risque (c'est-à-dire âgée de moins de 19 ans, célibataire ou ayant un statut socio-économique faible) dans trois localités aux États-Unis (Elmira, Memphis et Denver).

Les résultats de l'évaluation semblent démontrer une amélioration des réponses positives parentale chez certaines mères du groupe intervention, en comparaison au groupe de contrôle (pour une révision des résultats, voir Olds, 2005). De plus, les mères du groupe intervention semblent avoir bénéficié du programme pendant les quinze années suivant leur participation puisqu'elles ont fait l'objet de moins d'accusations de négligence ou d'abus envers leur enfant; ont eu moins recours à l'aide social; ont eu moins de grossesses et ont commis moins de comportements criminels (Olds et al., 1997). De plus, leur enfant ont démontré moins d'actes antisociaux sérieux (fugue, arrestation et condamnation) et ont utilisé moins de substances nocives (Olds et al., 1998). Par ailleurs, étant donné l'absence de mesures entourant l'attachement, aucune conclusion ne peut être tirée à ce propos. De plus, étant donné la diversité des interventions utilisées dans ce programme, il est difficile de tirer

des conclusions à propos des mécanismes qui ont amené les changements chez les mères et les enfants du groupe recevant l'intervention (Moss et al., 2011).

Parmi les autres interventions de longue durée, notons la *Psychothérapie Parent-Enfant - PPE* qui est une intervention non structurée qui vise à modifier les représentations mentales du donneur de soins en relation avec les autres, incluant son enfant. Plus précisément, le donneur de soins est amené à prendre conscience de l'impact de ses expériences passées sur ses interactions avec son enfant, ainsi qu'à réinterpréter les réactions de celui-ci. La thérapie se déroule à chaque semaine en présence de l'enfant et dure environ 1 an (Lieberman & Van Horn, 2008).

L'étude de Cicchetti, Rogosch et Toth (2006) a visé à mesurer l'efficacité de cette intervention auprès de familles maltraitantes. Au commencement de l'intervention, les enfants étaient âgés de 12 mois. Environ 14 mois plus tard, les résultats démontrent une augmentation du nombre d'enfants dans la catégorie attachement sécurisant dans le groupe intervention comparativement au groupe de contrôle et à un groupe normatif dont le statut économique est faible. De plus, les résultats démontrent que la sensibilité parentale est demeurée inchangée suite à l'intervention. Des recherches ultérieures devront donc mettre en évidence les ingrédients qui ont provoqué un changement positif de la relation parent-enfant dans cette étude. Il est possible d'avancer à ce propos que la présente étude a ciblé la diminution des comportements apeurés/apeurants ou atypiques des mères, ce qui a pu mener à l'amélioration de la sécurité d'attachement de l'enfant.

Toth, Maughan, Manly, Spagnola & Cicchetti (2002) ont testé la même intervention auprès d'enfants préscolaires maltraités (âge moyen de 4 ans). Suite à l'intervention, en comparaison aux enfants du groupe de contrôle ou du groupe recevant une intervention didactique, les enfants du groupe expérimental ont montré significativement plus d'attentes positives en lien à la relation avec leur mère et significativement moins de représentations maternelles inadaptées et de représentations de soi négatives.

La *Psychothérapie Parent-Enfant* a donc fait l'objet de plusieurs études et a réussi à démontrer son efficacité pour améliorer la sécurité d'attachement des enfants (Cicchetti et al., 2006; Toth, Rogosch, Manly & Cicchetti, 2006) ou les représentations internes des enfants préscolaires (Toth et al., 2002). Cette intervention a de plus été utilisée pour traiter des populations de mère-enfant affectées par une variété de problématiques incluant la maltraitance (Cicchetti et al., 2006), l'exposition à la violence conjugale (Lieberman et al., 2005) et la dépression maternelle (Toth et al., 2002). De plus, l'efficacité a été démontrée pour des enfants dont l'âge varient entre approximativement 1 et 5 ans (Cicchetti, Toth & Rogosch, 1999; Cicchetti et al., 2006; Toth et al., 2002; Toth et al., 2006).

Pour leur part, Marvin Cooper, Hoffman et Powell (2002; Cooper, Hoffman, Powell & Marvin, 2005; Hoffman, Marvin, Cooper & Powell, 2006; Powell, Cooper, Hoffman & Marvin, 2007) ont mis sur pied une intervention de groupe, appelée le Cercle de Sécurité (*The Circle of Security*), qui s'inspire à la fois de la théorie de l'attachement et de la théorie des relations d'objet (Cooper et al., 2005). Cette intervention s'adresse aux parents, dont les enfants sont âgés entre 1 et 4 ans et dure vingt semaines (Marvin et al., 2002). Elle vise à la fois l'amélioration de la sensibilité parentale ainsi que la modification des représentations mentales des parents par l'entremise de visionnements de passages vidéo préalablement sélectionnées de chaque dyade (rétroaction vidéo) et de discussion de groupe. Plus spécifiquement, les discussions de groupe visent à améliorer chez les parents la compréhension des besoins affectifs de leurs enfants, leurs capacités d'observation et réflexives ainsi que leurs réponses affectives.

Les auteurs ont évalué l'efficacité de l'intervention pour augmenter la sécurité d'attachement de 65 enfants à risque âgés entre 11 et 58 mois. Les résultats démontrent une réduction significative du nombre d'enfants dont l'attachement est désorganisé au post-test. Ainsi, 69% des 39 enfants dont l'attachement est désorganisé ont développé un attachement organisé alors que seulement 15% des 26 enfants dont l'attachement est organisé ont été classés comme ayant un attachement désorganisé suite à l'intervention. De plus, les chercheurs de l'étude rapportent que 44% des enfants dont l'attachement est insécurisant ont développé un attachement sécurisant suite à l'intervention alors que la situation inverse s'est

produite dans seulement 8% des cas (Hoffman et al., 2006). Une limite de cette étude constitue l'absence d'un groupe de contrôle pour vérifier si l'amélioration de la sécurité d'attachement des enfants provient des effets de l'intervention.

Plus récemment, Cassidy et collègues (2010) ont adapté l'intervention, le Cercle de Sécurité, pour des groupes de femmes enceintes incarcérées ayant une histoire d'abus de drogue. L'intervention a été modifiée et offerte à partir du troisième trimestre de leur grossesse jusqu'à ce que l'enfant atteigne 12 mois, à raison de deux rencontres par semaine. Les résultats démontrent au post-test que la distribution de l'attachement sécurisant et désorganisé des enfants était comparable à celle retrouvée dans la population de la classe moyenne nord-américaine. Une limite de l'étude demeure l'absence d'un groupe de contrôle. Les prochaines recherches évaluant le Cercle de Sécurité devront inclure un groupe de contrôle pour évaluer si les effets observés au post-test découlent véritablement de l'intervention.

D'autres recherches ont appliqué une intervention en attachement de plus courte durée. Une des premières dans ce domaine a été réalisée par van den Boom (1994, 1995). Cette chercheuse a conduit une intervention auprès de mères néerlandaises ayant un jeune enfant irritable dans le but de rendre les réponses maternelles plus sensibles. L'intervention s'est déroulée entre le 6^{ième} et le 9^{ième} mois de vie de l'enfant à raison de 3 rencontres. Les résultats de l'étude démontrent que la sensibilité des mères du groupe expérimental a augmenté suite à l'intervention et s'est maintenue 33 mois plus tard. De plus, un plus grand nombre d'enfants du groupe intervention ont présenté un attachement sécurisant à 12 et 18 mois. Ainsi, 28% des enfants du groupe traitement avaient un attachement de type insécurisant 9 mois suivant l'intervention versus 74% de ceux du groupe de contrôle.

Dans la même lignée d'intervention, une équipe de chercheurs des Pays-Bas ont mis sur pied et évalué le programme *Intervention Vidéo-Feedback pour promouvoir l'éducation parentale positive - VIPP* (Juffer et al., 2008a). Il s'agit d'une intervention à domicile de courte durée (entre 4 et 8 rencontres) qui utilise la rétroaction vidéo pour accroître la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement de l'enfants (âgés entre 0 et 5 ans). Chaque

rencontre aborde un thème spécifique (les comportements d'attachement versus d'exploration, la détection des signaux de l'enfant, la réponse aux besoins de l'enfant et les émotions).

Les chercheurs ayant mis sur pied ce programme ont également développé deux modules, qui peuvent être jumelés au *VIPP*, pour adresser d'autres composantes jouant un rôle dans la relation parent-enfant (Juffer, Bakerman-Kranenburg & van IJzendoorn, 2008b). Un de ces modules, le *VIPP-SC*, tient compte de la discipline positive (comme le renforcement positif, l'instauration de limites claires et constantes, etc.) et s'adresse davantage aux enfants qui commencent à tester les limites (Mesman et al., 2008; van Zeijl et al., 2006). L'autre module, le *VIPP-R*, tente d'introduire des discussions entourant les relations d'attachement présentes et passés des parents et ce, dans le but de faire prendre conscience au parent de l'influence de ces expériences parentales sur la relation avec son enfant (Klein Velderman, Bakerman-Kranenburg, Juffer & van IJzendoorn, 2006; Klein Velderman, Bakerman-Kranenburg, Juffer, van IJzendoorn, Mangelsdorf et al., 2006; Klein Velderman, Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2008).

Le programme a été évalué auprès de différentes populations, comme les enfants irritables, les enfants prématurés et les mères ayant d'un trouble alimentaire ainsi que dans différents pays comme les Pays-Bas, l'Italie et la Lituanie (Juffer et al., 2008a). Parmi ces études, l'une d'entre elles a porté sur l'efficacité du *VIPP* auprès d'enfants adoptés à l'international par des familles néerlandaises. Les parents de la condition expérimentale ont reçu un livre et ont bénéficié de trois rencontres d'intervention vidéo-feedback entre le 6^{ième} et le 9^{ième} mois de la vie de l'enfant. Pour leur part, les parents de la condition contrôle ont reçu un livre sur l'adoption. Au post-test, les parents du groupe expérimental ont montré une amélioration au plan de la sensibilité parentale comparativement au groupe de contrôle. De plus, l'intervention a prévenu le développement de l'attachement désorganisé chez les enfants qui ont été exposés à l'intervention (6,1% de désorganisation) comparativement au groupe de contrôle (22,4% de désorganisation) (Juffer, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2005). Étant donné les effets positifs sur le développement des enfants adoptés, le

gouvernement néerlandais offre à l'ensemble des familles adoptives une intervention en attachement d'une durée de quatre rencontres depuis 2000 (Juffer et al., 2008).

Parmi les autres interventions de courte durée, Dozier et collègues ont développé le programme *Attachment and biobehavioral catch-up - ABC* d'une durée de 10 rencontres pour les enfants âgés d'environ 0 à 3 ans placés en familles d'accueil ou adoptés (Dozier et al., 2001; Dozier et al., 2005). L'intervention vise 4 composantes à l'aide de discussion et de la rétroaction vidéo en présence de la dyade. La première composante consiste à sensibiliser le parent d'accueil à interpréter et répondre de façon appropriée aux besoins de sécurité affective spécifiques à l'enfant qui a perdu son donneur de soins antérieurs et qui a parfois même souffert de maltraitance. Ensuite, le parent d'accueil apprend à prodiguer des soins appropriés en dépit de ses expériences antérieures difficiles et de ses préoccupations personnelles actuelles. Le parent d'accueil est également amené à fournir un environnement interpersonnel propice au développement des habiletés de régulation émotionnelle et comportementale de l'enfant (en suivant le rythme de l'enfant et en favorisant les contacts physiques comme le toucher). Enfin, l'instauration d'un environnement non menaçant pour l'enfant est également ciblé (p.ex. : réduire les menaces verbales).

L'évaluation du programme *ABC* a démontré que les enfants qui ont participé à l'intervention ont montré une amélioration de leur capacité régulatrice, mesurée en fonction de leur niveau de cortisol, et ce comparativement à un groupe ayant reçu une intervention éducative (Dozier, Peloso, Lindhiem et al., 2006; Dozier, Peloso, Lewis, Laurenceau & Levine, 2008). Une récente étude confirme également que les enfants du groupe intervention exhibent significativement moins de comportements évitants que les enfants du groupe de contrôle suite à l'intervention (Dozier, Lindhiem et al., 2009). Par ailleurs, les données de cette dernière étude doivent être interprétées avec précautions puisque l'échantillon utilisé était de petite taille (46 enfants). L'évaluation complète vise à recueillir des données auprès de 200 dyades et offrira des informations sur diverses mesures incluant le type d'attachement des enfants (Dozier et al., 2005). Néanmoins, ces résultats préliminaires tendent à démontrer l'efficacité du programme d'intervention *ABC* pour améliorer les capacités régulatrices et la sécurité d'attachement chez les enfants placés en famille d'accueil.

Dans les milieux d'intervention québécois, la théorie de l'attachement gagne en popularité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005; 2009; Paquette, 2004). On compte par ailleurs très peu d'interventions évaluées au Québec qui se basent sur la théorie de l'attachement. Quelques exceptions sont toutefois notées (Boisclair, 2008; Larin, 2002; Larin et al., 2006; Moss et al., 2011). Ainsi, Moss et collègues (2011) ont évalué le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* auprès de famille maltraitantes ayant un enfant âgé entre 1 et 5 ans. Cette intervention offerte par des cliniciennes professionnelles est de courte durée (huit rencontres) et elle cible l'amélioration de la sensibilité parentale. L'étude incluait un groupe de contrôle et des mesures pré et post-test sur la sensibilité maternelle, la sécurité d'attachement et les problèmes comportementaux. Les résultats démontrent une amélioration significative de la sensibilité maternelle du groupe intervention du pré au post-test et ce, comparativement au groupe de contrôle. De plus, un nombre significativement plus grand d'enfants dont l'attachement est insécurisant du groupe expérimental ont développé un attachement sécurisants (42,9%) suite à l'intervention, comparativement au groupe contrôle (15,6%). De plus, 37,1% des enfants dont l'attachement est ont développé un attachement organisé suite à l'intervention et ce, comparativement au groupe de contrôle où ce pourcentage se situe à 15,6%. Ensuite, les enfants préscolaires plus âgés du groupe intervention ont démontré une légère baisse de leurs comportements intériorisés et extériorisés au post-test, en comparaison au groupe de contrôle, où une augmentation marginale a été notée. En résumé, ces résultats démontrent qu'une brève intervention en attachement a été efficace pour améliorer la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement ainsi que pour réduire la désorganisation d'enfants élevés au sein de familles maltraitantes. De plus, l'intervention a eu un effet positif sur les problèmes de comportement chez les enfants préscolaires du groupe intervention.

Comme il a été mentionné dans l'introduction, aucune intervention systématique n'est offerte aux familles d'accueil québécoises désireuses de recevoir de l'aide pour élever leur jeune enfant. Une revue des interventions précédentes démontre que le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* développé par Larin et collègues (2006) au Québec semble efficace et peu coûteux pour intervenir sur la sécurité d'attachement des

enfants maltraités. De plus, des études conduites dans d'autres pays démontrent que ce type d'intervention semble efficace pour la population des enfants en famille d'accueil. Ainsi, le *VIPP* a démontré son efficacité chez les très jeunes enfants adoptés aux Pays-Bas (Juffer et al., 2005) alors que les résultats préliminaires du programme *ABC* semblent prometteurs aux États-Unis pour la population des familles d'accueil (Dozier, Peloso et al., 2008; Dozier, et al., 2009). Ensuite, une récente méta-analyse soutient que ce type d'intervention réduit l'attachement désorganisé des enfants (Bakermans-Kranenburg et al., 2005). Plus précisément, elle indique que les interventions de courte durée administrées par des cliniciennes professionnelles, centrées sur l'amélioration de la sensibilité parentale et offertes à partir du 6^{ième} mois de vie d'un enfant à risque sont plus efficaces que les autres types d'intervention.

Pour toutes ces raisons, il est possible d'avancer l'hypothèse que le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* soit efficace pour améliorer la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement des enfants d'accueil, à condition d'adapter ce programme à la réalité des parents d'accueil. De plus, le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* possède l'avantage de permettre aux intervenants de planifier le suivi en fonction des besoins de la dyade, contrairement au programme *ABC* qui est davantage didactique. Le dernier chapitre du présent essai porte donc sur la façon d'adapter le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* à la réalité des familles d'accueil.

CHAPITRE III

RÉFLEXIONS SUR LES MODIFICATIONS À APPORTER À L'APPLICATION DU *PROGRAMME EN INTERVENTION RELATIONNELLE : GUIDE D'INTERVENTION* À LA POPULATION DES ENFANTS PLACÉS EN FAMILLE D'ACCUEIL

Le présent chapitre a pour but de discuter de l'adaptation du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* à la réalité des familles d'accueil régulière ou de la Banque-mixte. Dans un premier temps, les caractéristiques qui ont une influence sur l'adaptation des enfants placés en famille d'accueil seront exposées. Dans un deuxième temps, une brève description du programme et ensuite du projet de recherche, grâce auquel le présent essai doctoral a été rendu possible, seront présentés. Troisièmement, une présentation de cas sera exposée afin de démontrer l'application du programme d'intervention auprès d'une famille d'accueil de la Banque-mixte. Finalement, les modifications à apporter au *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* afin de l'appliquer aux enfants placés en famille d'accueil seront détaillées.

3.1 Facteurs de risque et facteurs de protection influençant la relation d'attachement lors du placement

La présente partie traite des facteurs qui influencent la relation d'attachement que développe un enfant d'accueil ou adopté envers son nouveau donneur de soins lors de son placement. Dans cette partie, il sera question de l'âge de l'enfant au placement ainsi que de l'engagement du parent d'accueil envers son enfant d'accueil, de sa sensibilité parentale et de son état d'esprit en regard à l'attachement.

3.1.1 L'âge de l'enfant au placement

Notons que l'âge de l'enfant au placement constitue un facteur important pour l'adaptation des enfants en famille d'accueil ou adoptés. Ainsi, une récente méta-analyse (van den Dries et al., 2009) révèle que les enfants placés en famille d'accueil ou adoptés après l'âge de 12 mois aux États-Unis exhibent davantage un attachement insécurisant, comparativement aux enfants issus de la classe moyenne nord-américaine, alors que ceux ayant été placés avant leur premier anniversaire de naissance ne se distinguent pas de ce dernier groupe. Cette différence au plan de la sécurité d'attachement relève probablement du fait que les derniers auront été exposés moins longtemps à un environnement peu favorable à leur développement et qu'ils auront été placés auprès d'un nouveau donneur de soins au moment où le développement de leur attachement à un donneur de soins est en processus d'élaboration. Par contre, les enfants ayant été placés après 12 mois courent plus de risque parce qu'ils auront été plus susceptibles d'avoir vécu non seulement des expériences d'abus ou de négligence (Howe & Fearley, 2003), mais également, ils auront créé un lien d'attachement avec leur principal donneur de soins entre le 6^{ième} et le 12^{ième} mois de vie qui sera interrompu à partir du moment où ils intégreront leur nouvelle famille (Bowlby, 1969/1982). La formation d'un lien d'attachement avec un nouveau donneur de soins peut donc s'avérer plus problématique dans cette situation, surtout si l'ancien ou le nouveau donneur de soins était ou est peu sensible.

Parallèlement aux résultats de la méta-analyse présentée ci-haut, au Québec, une récente étude révèle que l'âge plus avancé d'un enfant lors de son placement (35 mois en moyenne versus 15 mois) ainsi que le plus grand nombre de déplacements et de milieux de vie avant son placement définitif distinguaient les jeunes qui, plusieurs années plus tard, avaient (ou avaient eu) au moins une difficulté de nature extériorisée (Poirier et al., 2009).

Dans l'ensemble, ces recherches démontrent l'importance d'offrir le plus rapidement possible un milieu de vie adéquat pour un enfant. De plus, elles signalent l'importance d'offrir une intervention en attachement non seulement aux enfants placés après l'âge de 12 mois en raison de leur vulnérabilité à développer un attachement insécurisant-organisé ou

désorganisé, mais également à ceux ayant été placés avant l'âge de 12 mois, car ils sont eux aussi à risque de développer un attachement désorganisé. En effet, on note que peu importe l'âge au placement, les enfants d'accueil ou adoptés démontrent davantage un patron d'attachement désorganisé comparativement aux enfants issus de la classe moyenne nord-américain (31% versus 15%).

3.1.2 L'engagement du parent d'accueil envers son enfant d'accueil

L'engagement se définit comme étant la motivation d'un donneur de soins à développer une relation permanente (et durable) avec l'enfant dont il a la garde (Dozier, Grasso, Lindhiem & Lewis, 2007). L'engagement d'un donneur de soins envers un enfant serait considéré comme étant plus important que sa capacité à le reconforter. Ainsi, Dozier et collègues (2007, p. 101) suggèrent

[...] qu'il n'y aurait rien de plus menaçant pour un bébé que de ne pas avoir un donneur de soins engagé. [...] L'enfant qui n'a pas un donneur de soins engagé est vulnérable à une panoplie de menaces. Par exemple, un parent désengagé ne serait probablement pas prêt à se sacrifier pour protéger son enfant du danger. Donc, l'enfant qui n'a pas un donneur de soins engagé expérimente probablement de façon chronique un état d'alarme urgent [...]

Comparativement à la qualité de la relation d'attachement parent-enfant, le concept de l'engagement a été peu étudié jusqu'à présent, probablement parce que la majorité des parents ont un engagement élevé à l'endroit de leur enfant biologique alors que la qualité de la relation qui les unit à leur enfant varie davantage. Ce n'est que récemment que les observations révélant le détachement de mères d'accueil à l'endroit de leur enfant d'accueil ont poussé des chercheurs à s'interroger à propos de l'engagement, concept orthogonal à la sécurité d'attachement (Dozier et al., 2007). Pour ce faire, ces chercheurs ont développé l'entrevue *This is my baby interview (TIMB)*, qui révèle la qualité de l'engagement d'un donneur de soins à l'endroit d'un enfant. L'analyse d'un grand nombre d'entrevues révèle en effet que l'engagement des mères d'accueil varie grandement entre elles. Certaines voient leur enfant d'accueil comme le leur alors que d'autres perçoivent leur rôle d'accueil comme

transitoire et ne nécessitant aucun investissement émotionnel de leur part (Dozier & Lindhiem, 2006).

Les enfants en famille d'accueil ainsi que ceux adoptés sont donc plus à risque de se retrouver sous les soins d'un donneur de soins moins engagé (Dozier & Rutter, 2008). Étant donné que la recherche a révélé que les mères d'accueil qui ont servi de donneur de soins auprès d'un faible nombre d'enfants au cours de leur vie (plutôt qu'à plusieurs enfants) sont plus engagées auprès de leur jeune enfant d'accueil (âgé entre 5 mois et 5 ans) (Dozier & Lindhiem, 2006), il est donc possible d'émettre l'hypothèse que les enfants placés en famille d'accueil en vue d'une adoption ont davantage un donneur de soins engagé comparativement à ceux placés en famille d'accueil régulière. Notamment, une récente étude québécoise conduite auprès de familles d'accueil révèle que les enfants placés en Banque-mixte (en vue d'une adoption) développent davantage un attachement sécurisant comparativement aux enfants placés en famille d'accueil et en placement à majorité (Lemieux, 2010). Il est possible d'émettre l'hypothèse que l'engagement des mères de la Banque-mixte est probablement plus élevé que celle des mères d'accueil des autres types de placement, favorisant ainsi un attachement plus sécurisant puisque les parents d'accueil de la Banque-mixte ont l'intention d'adopter l'enfant. D'autres recherches devront explorer cette hypothèse. Néanmoins, les conclusions de l'étude suggèrent que le placement en Banque-mixte offre probablement un environnement plus favorable aux enfants placés, comparativement aux autres types de placements (c'est-à-dire placement en famille d'accueil ou placement à majorité en famille d'accueil) (Lemieux, 2010).

Il est également important de noter que les mères d'accueil sont plus engagées lorsque leur enfant d'accueil leur a été confié en bas âge, plutôt que plus vieux. De plus, plus la mère d'accueil est engagée, plus grande sont les chances que son enfant d'accueil lui soit confié à long terme ou en adoption (Dozier & Lindhiem, 2006). La façon dont l'engagement du donneur de soins est transmis à l'enfant n'est par ailleurs pas claire pour le moment (Dozier & Rutter, 2008). Néanmoins, l'engagement demeure donc un facteur à considérer quand une intervention en attachement s'amorce auprès d'une dyade et ce, particulièrement pour le cas des familles d'accueil ne visant pas l'adoption.

3.1.3 La sensibilité parentale du parent d'accueil et les comportements de l'enfant d'accueil

La sensibilité parentale du parent d'accueil représente un autre facteur important pour l'adaptation du jeune enfant d'accueil ou adopté à sa nouvelle famille. Les recherches démontrent que les enfants placés en famille d'accueil se comportent envers leur nouveau donneur de soins de la même façon qu'ils le faisaient avec leur parent biologique, qui a été dans la plupart des cas maltraitant ou négligeant (Dozier, Highley, Albus & Nutter, 2002). Or, les parents d'accueil tendent de répondre à leur enfant conformément à la stratégie d'attachement déployée par ce dernier, ce qui provoque la consolidation de l'ancien patron d'attachement de l'enfant dans sa nouvelle famille (Stovall & Dozier, 2000) ou même une détérioration de celui-ci (van den Dries et al., 2009). Par exemple, un enfant qui a vécu du rejet et de l'abus s'est adapté à cette situation en n'exprimant pas ses besoins affectifs, sachant que son parent les ignore. Cet enfant aura développé avec son parent biologique un attachement de type évitant. Dans sa nouvelle famille, l'enfant risque de répéter ces stratégies de type « évitant », croyant que son nouveau donneur de soins sera comme le précédent, c'est-à-dire non disponible lorsqu'il aura besoin de réconfort. Devant ces comportements évitants, le parent d'accueil, qui interprète que son enfant ne veut pas de son réconfort, se retire. De cette façon, les comportements d'attachement que l'enfant émettait envers son parent biologique risquent de se perpétuer dans sa famille d'accueil (Howe & Fearnley, 2003) ou même de s'aggraver en développant un attachement désorganisé. De plus, les recherches démontrent que les enfants d'accueil se retrouvant sous la garde de donneurs de soins dont l'état d'esprit est non autonome (c'est-à-dire esquivant, préoccupé ou non résolu) courent plus de risque de développer un attachement désorganisé (van Den Dries et al., 2009). C'est donc dire qu'un enfant d'accueil, dont le parent d'accueil est esquivant ou préoccupé, sera moins en mesure de développer un attachement insécurisant organisé (évitant ou ambivalent), comme il s'agit du cas chez les dyades biologiques. Au contraire, il risque davantage de développer un attachement désorganisé.

Par ailleurs, notons que les enfants d'accueil peuvent développer un attachement sécurisant lorsque leur donneur de soins est très sensible à leurs besoins. Bref, afin que les

enfants d'accueil développent un attachement vers la sécurité ainsi que pour prévenir les difficultés d'adaptation de ces enfants, les recherches suggèrent d'intervenir sur la sensibilité des parents d'accueil pour que leurs soins deviennent des plus thérapeutiques (Dozier & Sepulveda, 2004).

3.1.4 L'état d'esprit en regard à l'attachement du parent d'accueil

Il a été expliqué dans le chapitre précédent que la sécurité d'attachement des enfants est influencée par l'état d'esprit en regard à l'attachement du parent. Or, rappelons que cette constatation a été réalisée auprès de dyades biologiques (van IJzendoorn, 1995). Néanmoins, des chercheurs ont confirmé un phénomène similaire chez les enfants placés en famille d'accueil. Ainsi, Dozier et collègues (2001) ont démontré que l'état d'esprit en regard à l'attachement du parent d'accueil prédit la sécurité d'attachement chez l'enfant d'accueil. Les auteurs concluent que les enfants placés en famille d'accueil dans leur première année et demi de vie sont en mesure d'adapter leurs comportements d'attachement en fonction de la disponibilité affective de leur nouveau donneur de soins. Dans leur étude, la concordance entre l'état d'esprit en regard à l'attachement de la mère d'accueil (autonome versus non autonome) et l'attachement de l'enfant (sécure versus insécure) se situe à 72% chez les parent-enfant d'accueil (Dozier et al., 2001), ce qui se compare au pourcentage retrouvé chez les dyades biologiques (van IJzendoorn, 1995).

Par ailleurs, comparativement à la population générale, il semble que la proportion des parents d'accueil ou adoptants se retrouvant dans la classification non autonome est plus élevée (Ballen, Bernier, Moss, Tarabulsy & St-Laurent, 2009; Keren, Dollberg & Tyano, soumis; Steele, Kaniuk, Hodges, Haworth & Huss, 2006). Quelques études rapportent les taux concernant l'état d'esprit en regard à l'attachement des parents d'accueil ou adoptants. Tout d'abord, Keren et collègues (soumis) indiquent que les 22 mères adoptives ayant pris part à leur étude ont significativement davantage un état d'esprit non autonome (45,5%) comparativement à la population générale (31%). L'étude mentionne également que 4 fois plus de mères sont préoccupées (31,8% comparativement à 7% dans la population générale) et que 2,4 fois moins de mères sont évitantes (10% comparativement à 24%). Steele et

collègues (2006) ont administré l'Entrevue d'Attachement Adulte à 25 parents qui ont adopté avec succès un enfant ayant un retard développemental. Les résultats démontrent que 32% des parents avaient un état d'esprit autonome, 52% évitant et 16% préoccupé. Ces résultats se distinguent de ceux de la population générale où les taux s'établissent respectivement à 70%, 20% et 10%. Dernièrement, Ballen et collègues (2009) révèle que le deux tiers des 39 parents d'accueil de leur étude est non autonome. Parmi ce groupe, la moitié démontre un état d'esprit non résolu.

Quelques facteurs sont avancés par la recherche pour expliquer ce phénomène. Tout d'abord, plusieurs couples qui ont recours à l'adoption le font en raison de leur infertilité (Carignan, 2007). À ce propos, une recherche a démontré l'effet dévastateur de l'infertilité sur le bien-être des individus ainsi que sur la satisfaction maritale (Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff, Manovich & Shalev, 1998). Ensuite, d'autres couples auront subi une ou plusieurs fausses couches avant de constater leur infertilité. Les fausses couches ont été associées chez certaines femmes à une perte non résolue menant à la classification non résolue (Bakermans-Kranenberg, Schuengel & van IJzendoorn, 1999). Notons également que les enfants nés d'une mère ayant préalablement perdu un enfant après 20 semaines de gestation sont significativement plus à risque d'exhiber un attachement désorganisé. Cette association serait imputable au deuil non résolu de la mère en lien avec la perte de l'enfant en gestation (Hughes, Turton, Hopper, McGauley & Fonagy, 2001). De plus, les parents d'accueil et adoptants ont plus souvent vécu des expériences traumatiques durant leur enfance (Steele et al., 2006), celles-ci ayant été associées dans les travaux scientifiques à l'état d'esprit non résolu (Hesse, 2008). C'est donc dire que les deuils et les traumatismes antérieurs non résolus des parents d'accueil peuvent exercer une influence négative sur la relation à leur enfant d'accueil et ainsi, amener ce dernier à développer un attachement désorganisé. Et justement, la méta-analyse de van den Dries et collègues (2009) fait ressortir que, peu importe l'âge au placement, les enfants d'accueil ou adoptés démontrent significativement davantage un patron d'attachement désorganisé comparativement aux enfants issus de la classe moyenne nord-américaine (31% versus 15%). Par conséquent, les enfants en famille d'accueil ou adoptés sont plus à risque de conserver ou de développer un attachement désorganisé dans leur nouvelle famille d'accueil. Étant donné que les parents d'accueil n'ont pas toujours les

ressources pour s'occuper de leur enfant (Fisher, Ellis & Chamberlain, 1999) et que celui-ci est plus à risque de présenter un attachement désorganisé, des interventions doivent être mises à la disposition de ces dyades.

Notons par ailleurs certaines études qui ont démontré que les interventions en attachement de courte durée semblent moins efficaces pour accroître la sensibilité parentale des mères dont l'état d'esprit est non résolu (Moran, Pederson & Krupka, 2005; Moss, Dozier et al., 2006). Parmi celles-ci, notons l'étude de Moran et collègues (2005) qui a ciblé la participation de mères adolescentes et de leur enfant. L'intervention dans le cadre de cette recherche comprenait huit visites à domicile entre le 6^{ième} et le 12^{ième} mois de naissance de l'enfant. Douze mois suivant la fin de l'intervention, les auteurs rapportent qu'un plus grand nombre de mères de la condition intervention se sont améliorées au plan de la sensibilité parentale comparativement à celles du groupe de contrôle. Toutefois, la sensibilité des mères dont l'état d'esprit était non résolu ne s'est pas améliorée après l'intervention ainsi que 12 mois suivant celle-ci. Enfin, les données suggèrent que l'intervention a amélioré la sécurité d'attachement seulement chez les enfants dont les mères avaient un état d'esprit résolu (autonome, esquivant et préoccupé).

Madigan et collègues (2006) ont tenté d'expliquer ces résultats dans une étude subséquente. Ces chercheurs ont observé que les mères adolescentes dont l'état d'esprit est non résolu ont davantage de comportements désorganisés (erreurs de communication affective, confusion de rôle/des frontières, comportement désorienté/de peur et comportement intrusif/négatif) en présence de leur enfant. Ils ont également mis en évidence que ces comportements désorganisés sont associés à un attachement de type désorganisé chez l'enfant. Ensemble, ces résultats indiquent que les mères dont l'état d'esprit est non résolu ont davantage des enfants ayant un attachement désorganisé, et ce lien est partiellement expliqué par le fait que l'état d'esprit non résolu prédit les comportements désorganisés de la mère qui sont associés à un attachement désorganisé chez l'enfant. Cette étude a permis aux chercheurs de mettre en évidence les facteurs qui expliquent que la sensibilité des mères adolescentes dont l'état d'esprit est non résolu ne s'améliore pas suite à une intervention.

Ainsi, l'intervention n'ayant pas ciblé la diminution des comportements désorganisés de la mère adolescente, leur sensibilité ne s'est pas améliorée.

Contrairement à l'étude précédente, Moss et collègues (2011) avancent que leur programme d'intervention a ciblé les comportements désorganisés de mères maltraitées, ce qui aurait amélioré la sécurité d'attachement de leurs enfants. Plus précisément, les auteurs avancent que le suivi a amené les mères à élargir leurs répertoires de comportements positifs envers leur enfant, en leur permettant d'observer que leur enfant répondait de façon positive à leurs interventions qui visaient à le soutenir ou à l'encadrer (Moss et al., 2011). D'autres études devront être conduites pour répliquer ces résultats. Il est à noter que le programme ayant été utilisé dans cette étude est celui qui a été choisi pour être adapté aux familles d'accueil dans le présent essai.

Maintenant qu'ont été présentés les facteurs qui influencent la relation d'attachement que développe un enfant d'accueil ou adopté envers son nouveau donneur de soins lors de son placement, le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* sera présenté.

3.2 Description du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention*

Les Centres de la jeunesse de Lanaudière en collaboration avec le Centre d'étude sur l'attachement et la famille (CÉAF) ont mis sur pied et évalué le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* destiné à l'enfant de 0 à 5 ans et à son parent (Larin et al., 2006; Moss, Bernier et al., 2006; Moss et al., 2011; St-Laurent et al., 2008). Il s'agit d'une intervention qui prend racine dans la théorie de l'attachement et qui vise la modification des bases de la relation parent-enfant dans le but d'accroître la sécurité affective de l'enfant. Les quatre bases de la relation parent-enfant sont la sensibilité parentale, la proximité, l'engagement et la réciprocité. Le programme définit la sensibilité comme étant la capacité du parent à être attentif aux signaux de son enfant, à les interpréter de façon juste et ensuite, à offrir une réponse appropriée en fonction de l'âge de l'enfant dans un délai acceptable. Ensuite, la proximité réfère tant au contact physique chaleureux qu'à la

disponibilité émotionnelle du parent envers son enfant. L'engagement pour sa part comprend plusieurs facettes de la relation du parent avec son enfant telles que la sécurité physique, la discipline positive et les connaissances du développement de l'enfant. Finalement, la réciprocité dans une dyade se manifeste à travers des échanges alternés et mutuels, la capacité du parent de reconnaître son enfant en tant qu'individu unique et le plaisir à être ensemble. Le but de l'intervention est de cibler la ou les bases de la relation qui requièrent des améliorations.

L'intervention consiste en huit visites hebdomadaires à domicile d'environ une heure et demi en compagnie du parent et de son enfant. Chaque rencontre comprend les cinq parties suivantes : l'accueil, une discussion dirigée, une activité interactive filmée, une rétroaction vidéo et le départ. L'accueil (environ 10 minutes) sert à converser avec le parent à propos des événements de la semaine précédente et de juger de l'état émotionnel du parent avant de débiter l'intervention.

La discussion dirigée dure environ 20 minutes et consiste en un échange sur un sujet choisi par le parent. Plusieurs sujets de discussion sont proposés au parent à la première rencontre afin de promouvoir les discussions dans les rencontres subséquentes telles que la grossesse, la qualité des premiers contacts, l'estime de soi, le soutien social, la routine, les besoins des enfants, la discipline, la gestion de la colère chez l'adulte, la gestion de la colère chez l'enfant, l'attachement, l'importance des moments de jeu, les émotions et la place du père ou de l'autre parent. Les discussions dirigées permettent au parent d'exprimer ses difficultés à exercer son rôle parental, de favoriser la réflexion sur les pistes de solution à envisager et de permettre des apprentissages qui amélioreront la relation dyadique. L'objectif poursuivi durant ces discussions demeure constamment l'amélioration de la qualité de la relation parent-enfant.

L'activité interactive filmée dure de 3 à 15 minutes et consiste à capturer sur vidéo la dyade durant une session de jeu interactif ou un moment de la vie quotidienne. Le jeu est souvent choisi comme moyen d'intervention, car il offre un moment détendu et plaisant pour la dyade qui permet la communication ainsi que la possibilité de travailler sur la sensibilité, la

proximité, l'engagement et la réciprocité. Le choix du jeu doit être fait en considérant le niveau développemental de l'enfant. Typiquement, la consigne donnée à la dyade lors de la première rencontre est « Faites comme d'habitude » avec le jeu choisi. Ceci permet à l'intervenant de déterminer le besoin de la dyade en termes d'intervention et de choisir la consigne pour la prochaine session. Dans les rencontres subséquentes, le jeu et la consigne de jeu sont toujours choisis en fonction des besoins de la dyade en termes d'intervention. Par exemple, la consigne de jouer « à tour de rôle » permet de travailler la réciprocité. La consigne « suivre son enfant » aide le parent à travailler la sensibilité parentale. L'engagement peut être abordé en suggérant de « jouer ensemble » et en laissant le parent décider des règles du jeu pour l'adapter au développement de son enfant. En utilisant des jeux tels que le maquillage facial, on peut travailler la proximité chez la dyade en lui permettant de se rapprocher. Afin de déterminer les besoins de la dyade en termes d'intervention, l'intervenant peut s'inspirer des grilles d'observation suivantes : les échelles de sensibilité maternelle d'Ainsworth (Ainsworth, 1969), le tri-de-cartes des comportements maternels (MBQS, Pederson & Moran, 1995), le tri-de-cartes d'attachement (AQS, Waters & Deane, 1985) ainsi que la grille des interactions parent-enfant pour les périodes préscolaire et scolaire (Cyr & Dubois-Comtois, 2001). L'appendice G indique également des questions qui peuvent guider l'évaluation des bases de la relation parent-enfant. Enfin, le programme d'intervention indique également des pistes d'observation.

La rétroaction vidéo, d'une durée d'environ 15 à 20 minutes, est le centre de l'intervention et est utilisée à toutes les rencontres. Une fois que l'interaction filmée est terminée, le parent visionne les interactions parent-enfant en compagnie de l'intervenant. L'ingrédient essentiel consiste à se centrer sur les éléments positifs de l'interaction parent-enfant. Mettre en valeur les forces de la dyade en décortiquant l'interaction (en arrêtant le vidéo fréquemment) favorise la motivation du parent à reproduire les comportements positifs. De plus, le parent apprend à mieux observer et interpréter les comportements de son enfant pour lui répondre de manière plus adéquate. La devise « Remarque, Reconnaît et Répond » aide le parent à être plus sensible dans ses interactions avec son enfant.

Au moment du départ, l'intervenant fait un retour sur la rencontre et invite le parent à faire des activités ludiques avec son enfant durant la semaine, afin de favoriser les moments de plaisir parent-enfant. Un carnet d'activités est remis au parent afin qu'il puisse y inscrire ses observations suite à des périodes de jeu parent-enfant entre deux rencontres d'intervention.

Le déroulement des huit rencontres se fait comme suit. Durant les deux premières visites, l'intervenant prend contact avec la dyade, observe et analyse les interactions dyadiques en fonction des quatre bases de la relation parent-enfant et tente de créer un lien de confiance, ce qui facilitera la réussite de l'intervention. Pour créer un bon lien de confiance tout au long du suivi, l'intervenant doit faire preuve d'empathie, ne pas émettre de jugement, guider le parent (et non lui enseigner), croire en la capacité du parent à changer et pouvoir s'adapter facilement aux situations qui se présentent. De la troisième à la sixième visite, l'intervenant amène le parent à modifier les comportements et les attitudes qui entravent le déploiement des quatre bases de la relation dyadique, par l'entremise de discussions et de la rétroaction vidéo. Tout au long du suivi, l'intervenant peut également soutenir le parent dans son rôle en l'aidant à réfléchir sur les interactions parent-enfant qui ont lieu lors des rencontres. Il peut également utiliser le modelage. Les deux dernières rencontres sont réservées à la consolidation et à la généralisation de ce qui a été appris durant les semaines précédentes. Durant ces deux visites, le parent est amené à reconnaître ses progrès. L'intervenant peut également réviser des points importants de l'intervention. L'utilisation d'activités qui ont eu du succès auprès de la dyade peut aider à renforcer les apprentissages. Un bilan est effectué à la toute fin par l'intervenant.

Il est recommandé que l'intervenant bénéficie de rencontres de supervision par un autre clinicien professionnel durant le suivi. Ces sessions de supervision permettent à l'intervenant de prendre le recul nécessaire afin de discuter des difficultés et de résoudre de potentiels problèmes qui se présentent durant l'intervention.

Ce programme a été développé et testé auprès de familles maltraitantes. Les résultats de cette étude ont été présentés à la section 2.2. Étant donné les résultats prometteurs de cette

recherche, le même programme a été appliqué auprès de famille d'accueil visant ou non l'adoption de leur enfant d'accueil. La section suivante présente donc ce deuxième projet de recherche, qui fait également l'objet du présent essai.

3.3 Description du projet de recherche

La présente section décrit brièvement le projet de recherche dans lequel l'auteure du présent essai s'est impliquée en tant qu'intervenante en attachement auprès de 6 familles d'accueil. Notons que cette participation au projet de recherche a rendu possible les réflexions retrouvées dans le présent travail. Ce projet de recherche, qui est finalisé, avait pour but d'évaluer l'efficacité du *Programme en intervention relationnelle: Guide d'intervention* pour optimiser la sécurité affective et le développement moteur et cognitif d'enfants placés en famille d'accueil (Moss et al., 2009). L'échantillon de l'étude était composé de 40 enfants âgés entre 7 et 49 mois et leur mère d'accueil. Tous les enfants proviennent des Centres jeunesse de Montréal, de la Montérégie et de Lanaudière.

Le mode de recrutement des participants et les critères servant à inclure ou exclure les participants de la recherche sont les suivants. Lorsqu'un enfant âgé entre 6 mois et 72 mois intégrait une famille d'accueil pour y demeurer à moyen ou à long terme, le travailleur social assigné à la famille d'accueil demandait au parent d'accueil s'il acceptait que le coordonnateur du projet le contacte pour lui présenter le projet de recherche et lui expliquer clairement l'implication du parent et de l'enfant d'accueil advenant qu'il consente à y participer. Le cas échéant, les parents biologiques étaient contactés afin de leur demander leur accord pour que leur enfant participe à l'étude. Les enfants présentant des conditions médicales lourdes (p. ex. : paralysie cérébrale) ainsi que des retards de développement sévères (p. ex. : incapable de ramper à 18 mois) étaient exclus de l'étude en raison des exigences motrices liées aux activités d'intervention. Toutefois, les enfants présentant des complications médicales autres (p.ex. : prématurité) étaient inclus dans l'échantillon. Si un enfant participant était déplacé vers une nouvelle famille d'accueil alors la procédure de recherche était reprise avec la seconde famille d'accueil, suivant le consentement des nouveaux parents d'accueil.

Une fois que les parents biologiques avaient signé le formulaire de consentement (voir appendice B) et seulement après que l'enfant ait rencontré les critères de participation à la recherche et soit demeuré pendant 3 mois dans sa famille d'accueil, la dyade parent-enfant d'accueil pouvait débiter sa participation à la recherche. La participation à l'étude débutait par une visite au domicile de la famille d'accueil d'une durée variant entre 1½ à 2½ heures. Au début de la visite, le parent d'accueil était invité à signer le formulaire de consentement (voir appendice C). Ensuite, diverses mesures et activités filmés étaient administrées à la dyade incluant une entrevue avec la mère d'accueil sur la relation parent-enfant, un test cognitif à l'enfant, un moment de jeu libre parent-enfant ainsi que des questionnaires. Lors d'une visite au laboratoire d'une durée approximative d'une heure et quart, la dyade était soumise à d'autres mesures incluant une mesure sur l'attachement, une collation parent-enfant, un moment de jeu libre sans jouet, un exercice de co-régulation cognitive parent-enfant et enfin, des questionnaires. Ensuite, les mères d'accueil prenaient connaissance de la condition à laquelle elles ont été assignées aléatoirement. Les dyades de la condition expérimentale bénéficiaient de l'intervention relationnelle ainsi que du suivi standard offert par les centres jeunesse alors que les dyades de la condition contrôle recevaient uniquement le suivi des centres jeunesse. La participation à l'étude se terminait par la même procédure ayant eu lieu avant l'assignation des dyades aux deux conditions, c'est-à-dire par une visite à domicile suivi d'une visite au laboratoire.

3.4 Présentation d'un cas clinique pour illustrer l'application du programme

La présente section expose un cas clinique afin d'illustrer l'application du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* auprès d'une dyade issue du programme de la Banque-mixte. Les circonstances du placement seront brièvement expliquées au début. Ensuite, le contenu des rencontres ainsi que les progrès de la dyade tout au long du suivi seront exposés. Étant donné que la famille ayant reçu l'intervention n'a pas consenti à la divulgation de ses informations personnelles, plusieurs faits ont été modifiés ou omis afin d'assurer l'entière confidentialité de la famille. Rappelons que les participants ont pris part à la recherche décrite à la section précédente.

L'enfant, âgée de 4 ans au début de l'intervention, était placée depuis quelques mois auprès de sa mère d'accueil. Auparavant, l'enfant avait été placée en famille d'accueil transitoire après avoir été retirée de sa famille d'origine. Étant donné l'incapacité de ses parents de reprendre la garde de l'enfant, la mère d'accueil a décidé de l'accueillir dans l'optique de l'adopter. Sinon, l'enfant aurait été placée dans un milieu de vie à l'extérieur de sa famille élargie. La mère d'accueil travaille à temps plein. Suite à l'évaluation pré-test, la dyade est assignée de façon aléatoire à la condition intervention du projet de recherche.

Lors de la première rencontre d'intervention, la mère d'accueil verbalise vouloir améliorer la relation qui l'unit à sa fille, sans toutefois être en mesure de préciser les objectifs qu'elle désire atteindre. Elle exprime également s'attendre à recevoir des conseils pour l'éducation de sa fille durant le processus d'intervention. Lors de la discussion, la mère s'objecte lorsque l'enfant tente de se rapprocher physiquement d'elle, mais accepte néanmoins de façon résignée le contact. L'enfant, pour sa part, est attentive à tout ce qui se dit durant la discussion. Lors de ce premier contact, plusieurs questions sont posées afin de mieux connaître la mère d'accueil et son enfant. L'appendice F indique le déroulement de la rencontre 1 et les questions qui sont abordées avec les mères d'accueil.

La consigne de jeu de la première rencontre est « Jouez avec la pâte à modeler comme vous le faites habituellement ». L'observation de la dyade lors du jeu « libre » avec la pâte à modeler démontre que l'enfant et son parent joue parfois en « parallèle », c'est-à-dire en interagissant peu. Lorsqu'il y a interaction, il arrive à la mère d'être intrusive à l'endroit de sa fille ou de tenter de prendre le contrôle du jeu, ce qui amène l'enfant à s'opposer. Il y a peu de moments de plaisir partagé entre les membres de la dyade. Toutefois, quelques forces sont notées. La mère guide parfois sa fille pour l'aider à manipuler la pâte à modeler. De plus, elle la félicite à quelques reprises. Lors de la rétroaction vidéo, l'intervenante arrête la séquence vidéo à des moments positifs pour souligner les forces de la dyade. Suite à la rétroaction, la mère d'accueil réalise avec enthousiasme qu'elle peut avoir du plaisir à jouer avec sa fille, ce qui ne s'était jamais produit auparavant lors de périodes de jeu. De plus, elle se rend compte de l'importance d'offrir des félicitations à son enfant.

Lors de la deuxième rencontre, la discussion porte sur l'importance du jeu dans le développement de l'enfant et de la relation parent-enfant. À partir de ce moment, il est proposé à la mère d'accueil de jouer quelque fois par semaine avec sa fille et de noter ses observations dans un carnet. Ensuite, pour le moment filmé, il est proposé à la dyade de construire ensemble le jeu *Monsieur Patate*, en y apposant un morceau chacune son tour. Cette activité vise à travailler la sensibilité de la mère et la réciprocité de la dyade. La rétroaction vidéo démontre, entre autres, à la mère d'accueil que sa fille est capable de collaborer lors du jeu, contrairement à ce qu'elle pensait auparavant. De plus, elle réalise que sa fille collabore beaucoup mieux lorsqu'elle lui propose quelque chose à faire ou l'avertit à l'avance de ce qui va arriver, plutôt que de le lui imposer.

Les observations conduites lors des deux premières rencontres démontrent que les quatre axes d'intervention du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* sont jugés déficitaires chez la mère d'accueil. Par ailleurs, la sensibilité parentale, la réciprocité (particulièrement la communication alternée et mutuelle et le plaisir à être ensemble) et la proximité physique et affective semblent des cibles prioritaires à modifier. L'engagement, tel que décrit par le programme, semble en partie maîtrisé. Ainsi, la mère est en mesure d'assurer la sécurité physique de l'enfant. Par contre, elle semble manquer de connaissances sur le développement de l'enfant et maîtrise difficilement l'application de la discipline positive.

Lors de la rencontre 3, la discussion se centre sur l'importance d'amener l'enfant à exprimer ses émotions. Ainsi, il est expliqué à la mère la nécessité de mettre des mots sur les émotions de l'enfant et ce, afin qu'elle apprenne, entre autre, à mieux nommer par elle-même ses émotions, à mieux se connaître et à trouver des solutions lorsqu'elle vit des émotions négatives. La consigne pour le jeu filmé est « Je vous invite à laisser l'enfant pointer les images ou tourner les pages avant de décrire un item ou de lui poser des questions. C'est l'enfant qui décide. En résumé, regardez-la et suivez-la. ». Cette consigne visait à augmenter la sensibilité de la mère, à améliorer la proximité physique et affective de la dyade, à mieux reconnaître l'unicité de sa fille et à développer le plaisir à être ensemble. Il est à noter que la

mère d'accueil avait déjà dit à l'intervenante qu'il était impossible de lire un livre à sa fille parce qu'elle était trop indisciplinée. Or, l'enfant a été très attentive tout au long de la période de jeu avec sa mère, qui suivait son rythme.

Les observations lors de la rétroaction vidéo ont principalement porté sur le plaisir qu'elles ont à être ensemble ainsi que sur le fait que la mère d'accueil est attentive aux signaux de sa fille et qu'elle y répond adéquatement en fonction de ce dont cette dernière a besoin. Les observations ont aussi porté sur le fait que sa fille collabore bien durant le jeu. Lors de la synthèse, la mère relève qu'elle a été elle-même beaucoup moins envahissante dans le jeu, comparativement à la fois précédente. Par conséquent, elle croit que sa fille s'est mieux sentie et que cela l'amène à avoir plus confiance en la mère d'accueil. Il est suggéré à la mère de jouer avec sa fille cette semaine et de suivre son rythme dans le jeu.

Lors de la discussion de la rencontre 4, la mère affirme jouer de plus en plus avec sa fille et apprécier ces moments. Elle explique les jeux qu'elles font ensemble. Durant cette rencontre, j'utilise « les événements du quotidien » (Larin et al., 2006, p. 45) pour faire réfléchir la mère à propos de ses propres interventions envers sa fille durant la rencontre. Par exemple, la mère explique avoir beaucoup joué avec sa fille à l'aide d'un cahier d'activité. À ce moment, l'enfant vient nous montrer son sac d'école et la mère la renvoie jouer dans son coin. L'intervenante questionne la mère, qui se rend compte que sa fille voulait nous montrer le cahier dont elle parlait. Elle s'excuse. Ceci est un exemple qui illustre la façon d'utiliser « les événements du quotidien » pour aider une mère à affiner sa sensibilité parentale.

L'activité choisie est le jeu « Recherche et trouve ». Il s'agit d'un jeu dans lequel les participants doivent piger au hasard des images et doivent trouver celle-ci sur un grand dessin où plusieurs détails sont illustrés. La consigne est de « suivre l'enfant, de remarquer, reconnaître et répondre aux signaux de sa fille ». Les objectifs poursuivis ressemblent à ceux de la rencontre 3. Au début, la mère suit le rythme de l'enfant et l'enfant est très animée et souriante. Par contre, la relation se dégrade lorsque la mère trouve constamment les objets sur la planche imagée avant sa fille. Cela rend sa fille anxieuse et très inconfortable. Néanmoins, la rétroaction vidéo sert à pointer les moments où la mère a bien répondu aux signaux de sa

filles. Vers le milieu de la rétroaction, l'enfant fige et ne dit plus rien. Utilisant cet événement du quotidien, j'encourage la mère à tenter de comprendre les signaux et le besoin de son enfant. Après quelques tentatives de sa part, je propose que l'enfant désire peut-être se rapprocher physiquement de sa mère puisque le jeu a amené des tensions. Ceci semble le cas puisque l'enfant se blottit rapidement contre sa mère et ce, jusqu'à la fin de la rencontre. La mère comprend qu'elle doit être plus proactive dans l'analyse des besoins de sa fille.

La rencontre 5 vise à faire un mi-bilan du suivi. La mère d'accueil affirme que sa fille a fait des progrès plus rapide depuis le début de l'intervention en attachement, comparativement à la période précédant l'intervention. Tout d'abord, la mère d'accueil perçoit que sa fille est plus heureuse à la maison. Auparavant, elle pleurait quand elle devait retourner à la maison de la mère d'accueil après avoir visité une amie de la famille. Elle rapporte également qu'elle-même et d'autres membres de l'entourage ont observé que l'enfant est plus calme et ne se dirige plus vers les étrangers. La mère explique également que l'enfant s'exprime davantage et mieux qu'auparavant. Par exemple, l'enfant a discuté pour la première fois d'un accident qu'elle avait subi quelque mois auparavant. Ces progrès semblent démontrer que le suivi a permis à l'enfant de développer une relation davantage sécurisante envers sa mère d'accueil. La mère mentionne également que l'orthophoniste a rapporté que l'enfant écoutait mieux les directives et participait plus adéquatement durant les rencontres et tout ceci, sans que cette dernière soit mise au courant de l'intervention. Ceci semble démontrer que les capacités d'attention de l'enfant se sont accrues.

Lors de la rétroaction de la rencontre 5, le jeu de société *Choco* a été utilisé et la consigne était « Voici un jeu avec des règles très simples. Vous allez expliquer le but du jeu à l'enfant et jouer ensemble. Vous devez faire respecter certaines règles ». Les axes d'intervention visés par ce jeu étaient la réciprocité et l'engagement. Or, l'enfant n'a pas été en mesure de comprendre ou de suivre les règles du jeu. C'est pourquoi après 5 minutes de désaccords entre la mère et son enfant, il a été suggéré à la mère de suivre le rythme de son enfant. Suite à cette consigne, l'enfant est devenue très animée par le jeu et a commencé à découvrir le jeu à sa manière (p. ex. : en comptant les chocolats, en nommant les images, en manipulant les objets, etc.). De plus, sa mère a été en mesure de suivre le rythme de sa fille.

Lors de la rétroaction vidéo, la mère comprend l'importance de s'adapter au niveau développemental de sa fille (engagement-connaissance du développement de l'enfant). En effet, sa fille n'ayant aucune connaissance des jeux de société, elle devait en premier lieu apprivoiser le jeu avant de pouvoir suivre des règles. La sensibilité parentale a également été pointée durant la rétroaction.

À la rencontre 6, la mère explique nommer davantage les émotions de sa fille. De plus, elle avertit sa fille à l'avance de ses attentes et lui donne le choix lorsque possible. La rétroaction vidéo de cette rencontre vise plus particulièrement la sensibilité parentale, mais également le plaisir à être ensemble. Lors du jeu, l'enfant, en compagnie du parent, découpe les images d'aliments provenant d'une circulaire pour en faire une liste d'épicerie. La mère affirme se sentir de plus en plus compétente à suivre sa fille et se trouve nettement moins envahissante qu'auparavant.

La discussion de la rencontre 7 porte davantage sur le vécu de la dyade dans le quotidien. Ensuite, le maquillage parent-enfant (avec des crayons à l'eau) est utilisé pour travailler la sensibilité, la proximité et la réciprocité. Lors de la rétroaction, il est souligné à quel point la mère et l'enfant ont du plaisir à être ensemble et que la communication est positive (c'est-à-dire mutuelle et alternée). Il est dit entre autres que la mère guide sa fille, lui demande avant de faire quelque chose, l'encourage, la félicite et lui sourit beaucoup. Pour sa part, l'enfant est très heureuse et participe bien. La sensibilité de la mère est encore une fois soulignée. Lors du visionnement, la mère et l'enfant sont collées l'une contre l'autre (proximité physique).

La rencontre 8 constitue le bilan. Le maquillage, qui avait été tant apprécié à la dernière rencontre, est choisi par l'enfant comme dernière activité filmée. Suite à la rétroaction qui visait à réviser les concepts appris lors du suivi, il est demandé à la mère d'exprimer ce que l'intervention lui a apporté. La mère affirme avoir énormément appris lors du suivi. Elle explique que les moments de jeu lui ont permis de mieux connaître sa fille (sensibilité et reconnaissance de l'unicité de l'enfant) et par conséquent, d'être en mesure de mieux cibler les interventions à utiliser auprès d'elle (sensibilité). Elle mentionne également

être en mesure de se placer au niveau de sa fille (sensibilité et proximité affective), comparativement à avant l'intervention. En d'autres termes, elle essaie de mieux porter attention aux émotions de sa fille, de les refléter et d'ajuster ses interventions en fonction de cette compréhension (sensibilité et proximité affective). Elle sent qu'elle est meilleure pour suivre le rythme de l'enfant (sensibilité). L'intervention l'a de plus outillée pour la routine (avertir l'enfant à propos de ce qui va arriver, partager les repas ensemble au lieu de manger séparément, offrir des choix, etc.) (engagement-connaissance du développement de l'enfant et discipline positive, sensibilité et plaisir à être ensemble). Par conséquent, sa fille collabore mieux à cette nouvelle routine qui semble être mieux adaptée à ses besoins. Ainsi, les transitions se font plus facilement et elle mange beaucoup mieux lors des repas. La mère affirme également que le suivi lui a appris à jouer avec sa fille et à apprécier ces moments. Depuis, elle note avoir introduit des activités de jeu avec sa fille au quotidien. Finalement, la mère affirme également mieux faire la différence entre les périodes de jeux et les obligations auxquelles sa fille doit se soumettre (règles, routine, etc.). Auparavant, elle était plus rigide (il fallait faire les choses à la manière de la mère) et cela ne laissait aucune chance à l'enfant de contrôler son environnement (sensibilité). Il est également important de souligner que la mère a exprimé ces améliorations sans l'aide de l'intervenante. Bref, la mère est très satisfaite du suivi. Tout au long de cette discussion, l'intervenante tente de refléter au parent que ces améliorations ont été rendues possible grâce à son implication auprès de sa fille.

Ensuite, l'intervenante note d'autres améliorations chez la mère. Ainsi, il est souligné que la mère comprend mieux l'importance des tours de parole, d'écouter sa fille s'exprimer, de se rapprocher physiquement de cette dernière et de la féliciter. L'intervenante discute également du fait que sa fille s'exprime mieux, ce qui démontre une meilleure confiance envers la mère d'accueil.

Les résultats des évaluations pré et post-test conduites par des expérimentatrices démontrent également des progrès tant chez la mère que chez l'enfant. Rappelons que ces expérimentatrices ignoraient le groupe auquel la dyade était assignée. Tout d'abord, les résultats démontrent que la sensibilité de la mère a bondi de 0,158 au pré-test à 0,843 au post-test. Cette augmentation de la sensibilité parentale est importante, considérant que les

résultats s'étendent de -1 à 1. De plus, ces résultats concordent avec les progrès verbalisés par la mère et les observations faites par l'intervenante.

Du côté de l'enfant, les résultats des améliorations au plan cognitif. Ainsi, l'enfant a gagné 11 points sur l'échelle verbale d'un test d'intelligence³. Plus particulièrement, le test démontre que l'enfant s'est grandement améliorée au plan de son vocabulaire. Ainsi, elle est passée de la catégorie « extrêmement faible » avant l'intervention à la catégorie « moyenne », suite à l'intervention. Ce résultat n'est pas surprenant, considérant que plusieurs personnes de l'entourage ont observé que l'enfant s'est améliorée au plan de l'expression verbale depuis le début du suivi. Il est également possible que cette amélioration soit imputable au suivi en orthophonie. Par ailleurs, il est important de noter que le suivi en orthophonie avait débuté plusieurs mois avant le début de l'intervention. Il est donc possible d'émettre l'hypothèse que le suivi a favorisé l'expression de soi chez l'enfant.

Enfin, les résultats démontrent au post-test que l'attachement de l'enfant est « insécurisant/autre ». Cette classification est attribuée lorsqu'un enfant est jugé insécurisant, mais qu'il ne se retrouve dans aucun des patrons d'attachement insécurisant. D'autres enfants sont classés dans cette catégorie lorsqu'ils démontrent des comportements qui se retrouvent dans les trois patrons d'attachement insécurisant. Moins de 5% des enfants sont classés dans cette catégorie (Cassidy & Marvin, 1992). Bref, ces résultats révèlent que l'intervention n'a pas amené l'enfant à développer un attachement sécurisant envers sa mère d'accueil quelques semaines après la fin de l'intervention. Notons que l'enfant a vécu de la négligence importante avant son retrait de sa famille d'origine. Il est possible d'émettre les hypothèses suivantes pour expliquer ce résultat. La première hypothèse est que l'intervention a su améliorer la sensibilité parentale, mais n'a pas adressé d'autres composantes pouvant avoir un effet sur l'attachement de l'enfant comme les représentations mentales de la mère. Il est aussi possible que l'enfant demeure traumatisée par ses expériences passées dans sa famille d'origine et qu'une intervention à plus long terme serait plus appropriée. Enfin, il est aussi

³ L'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants (WISC-IV)

possible que les comportements sensibles de la mère amèneront l'enfant à développer un attachement plus organisé ou sécurisant dans le futur.

3.5 Modifications à apporter au *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* afin de l'appliquer aux enfants placés en famille d'accueil

La présente section rend compte des modifications à apporter au *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* lorsqu'il est appliqué à une famille d'accueil qui vise ou non l'adoption de son enfant d'accueil. De plus, tout au long de ces sections, certaines critiques seront formulées à l'endroit du programme lorsqu'il est appliqué de façon générale. Les modifications et les critiques abordées dans le présent essai ciblent les bases conceptuelles du programme, le déroulement de l'intervention, la rétroaction vidéo, les activités interactives et les discussions dirigées.

Rappelons que le programme recommande que le « ([...] guide devrait être accompagné d'une formation pour permettre un emploi judicieux des techniques d'intervention. » (Larin et al., 2006, p. 3). Dans le même ordre d'idée, le présent document devrait être utilisé après que l'intervenant ait assisté à une telle formation.

3.5.1 Modifications à apporter aux bases conceptuelles

Les bases conceptuelles du programme c'est-à-dire la sensibilité, la proximité, l'engagement et la réciprocité constituent des axes importants sur lesquels baser les observations ainsi que les interventions lors du suivi relationnel. Toutefois, en ce qui a trait aux familles d'accueil, un axe d'intervention important à évaluer et à travailler se rapporte à « l'engagement du parent d'accueil » envers son enfant d'accueil (Dozier, et al., 2007). Il est donc suggéré d'ajouter cet axe d'intervention lorsque le programme est appliqué auprès de famille d'accueil. Ce concept a été largement exposé à la section 3.1.2. Il est suggéré que l'intervenante relationnelle garde en tête ce concept lors de l'intervention, particulièrement lorsqu'elle se déroule auprès d'enfants placés en famille d'accueil ne visant pas l'adoption. Dans certains de ces milieux, les parents d'accueil perçoivent que leur enfant d'accueil est

tout simplement en transition dans leur milieu. Par conséquent, ces parents croient qu'il est préférable que cet enfant ne s'attache pas à eux étant donné qu'il devra le faire à nouveau auprès de son donneur de soins éventuel. Or, au contraire, les recherches démontrent que les enfants ont besoin de sentir que leur donneur de soins est engagé, même lors d'un placement à plus ou moins long terme. Chez les parents d'accueil qui ont la perception qu'il est mieux que leur enfant d'accueil ne s'attache pas à eux, on peut considérer cette problématique directement lors des discussions dirigées. Il est également possible de travailler indirectement l'engagement par l'entremise des quatre axes d'intervention, en favorisant par exemple le plaisir à être ensemble. Dozier et ses collègues (2007) vont même plus loin en proposant que les parents d'accueil devraient demeurer impliqués dans la vie des enfants d'accueil, même suite à leur retour dans leur famille biologique. Les chercheurs soutiennent que cette « manière de faire » inciterait les parents d'accueil à s'engager réellement auprès de ces enfants.

En résumé, l'engagement du parent d'accueil envers son enfant d'accueil devrait être un axe d'intervention à évaluer et sur lequel travailler si nécessaire. Il est à noter qu'il existe une différence entre le concept « d'engagement » qui vient d'être présenté et l'engagement comme il est défini dans le programme de Larin et collègues (2006). Ainsi, rappelons que le programme définit l'engagement comme étant d'assurer la sécurité physique de l'enfant, de mettre en application les principes guidant la discipline positive ainsi que de détenir des connaissances suffisantes à propos des étapes du développement des enfants (Larin et al., 2006).

3.5.2 Modifications à apporter au déroulement de l'intervention

Les modifications et critiques à apporter au déroulement de l'intervention se rapportent au nombre des rencontres à effectuer, au lieu de l'intervention et enfin, au carnet d'activités.

Tout d'abord, le programme propose d'offrir huit rencontres d'intervention d'une durée d'environ 90 minutes à la dyade parent-enfant (Larin et al., 2006). Rappelons à ce

propos que le programme a été mis sur pied dans le but d'être testé par des chercheurs. Dans ce contexte, les intervenants devaient suivre un protocole d'intervention précis afin de comparer l'efficacité du programme d'intervention à un groupe contrôle. Or, dans la pratique, le jugement clinique devrait venir teinter le déroulement de l'intervention. Ainsi, nous recommandons que la détermination du nombre des rencontres d'intervention puisse s'établir avec souplesse par l'intervenante et ce, en fonction des besoins d'une dyade. En effet, certains parents d'accueil auront besoin de moins de huit rencontres alors que d'autres bénéficieront d'un suivi un peu plus long. Lorsque le parent est davantage à risque, certaines recherches démontrent qu'une intervention à plus long terme semble plus bénéfique (Cicchetti et al., 1999; Cicchetti et al., 2006; Toth et al., 2002; Toth et al., 2006), tandis que l'étude de Moss et collègues (2011) ont démontré des améliorations au plan de l'attachement de l'enfant malgré les difficultés complexes des mères. D'autres recherches sont nécessaires afin de déterminer le nombre adéquat des sessions d'intervention pour différentes familles, dépendamment des caractéristiques de l'enfant et de son parent. À titre d'exemple pour les familles d'accueil, l'équipe de Leiden a démontré l'efficacité d'une intervention de courte durée pour les parents qui adoptent un enfant (Juffer et al., 2005; Juffer et al., 2008). Suite à ces résultats, au Pays-Bas, le gouvernement offre à l'ensemble des familles adoptives une intervention en attachement d'une durée de quatre rencontres (Juffer et al., 2008).

Le programme suggère également de conduire les interventions relationnelles au domicile familial de la dyade (Larin et al., 2006). Toutefois, il est possible de conduire les interventions dans un milieu autre (comme un CLSC), surtout lorsque des restrictions budgétaires empêchent d'offrir ces services à un plus grand nombre de familles et que les familles ciblées par l'intervention sont suffisamment organisées pour se déplacer. Par ailleurs, des études devront évaluer l'efficacité des interventions relationnelles conduites dans un milieu autre que le domicile familial. Notons que le programme « Watch, Wait and Wonder » a amené une amélioration de la sécurité d'attachement des enfants, malgré le fait qu'il ait été offert dans un milieu clinique (Cohen et al., 1999).

Le programme propose que l'intervenante en attachement offre au parent de noter dans un carnet d'activités ses observations lorsqu'il joue avec son enfant d'accueil durant la

semaine (Larin et al., 2006). Les expériences auprès de familles d'accueil de la Banque-mixte démontrent que cette activité ne se prête pas à toutes les mères d'accueil. Tout d'abord, le carnet d'activités, ayant été produit avant tout pour des familles maltraitantes, semblait trop élémentaire pour ces mères. Pour cette raison, le carnet d'activité a été modifié de façon à l'adapter à la population des familles d'accueil. Ce nouveau document intitulé « Avoir du plaisir avec mon enfant » s'est avéré mieux répondre aux besoins de ces familles. Il peut être consulté à l'appendice D. Par ailleurs, il a été observé que certaines mères semblaient réticentes à compléter le carnet malgré les changements apportés, puisqu'elles jouaient déjà fréquemment avec leur enfant. Dans ce cas, il a souvent été observé que la rétroaction vidéo semblait suffisante pour amener une amélioration de la sensibilité parentale de ces mères d'accueil. Bref, les expériences auprès des mères d'accueil démontrent que ce document devrait seulement être utilisé lorsque l'intervenante juge que la mère pourrait bénéficier d'un tel exercice. Ainsi, ce document est particulièrement aidant dans le cas de mères d'accueil qui ne jouent jamais ou rarement avec leur enfant. Ainsi, le carnet a été utilisé avec succès lors du suivi effectué dans le cadre du cas présenté à la section précédente.

3.5.3 Modifications à apporter à la rétroaction vidéo et aux activités interactives

Les interventions verbales proposées dans le programme pour les intervenants relationnels peuvent être très élémentaires. Ainsi, on y propose de dire au parent « Bravo, vous êtes vraiment bonne!... » (Larin et al., 2006, p.65). Ces interventions verbales peuvent être très valorisantes pour une mère maltraitante ayant rarement reçu des félicitations. Or, la réalité est tout autre chez la majorité des parents d'accueil de la Banque-mixte. Il faut donc que l'intervenant adapte le langage pour cette population, qui est souvent plus éduquée. C'est lors de la première rencontre qu'il est possible de juger du niveau de langage à utiliser et des types de commentaires qui pourront être formulés au parent d'accueil.

Les activités interactives proposées par le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* peuvent être utilisées avec les familles d'accueil. Encore une fois, rappelons que le programme a été conçu pour des familles maltraitantes, parmi lesquelles la relation parent-enfant est fréquemment conflictuelle. Il est donc souhaitable, dans ce

contexte, d'amener la dyade à partager des moments de plaisir par le médium du jeu et de donner de la rétroaction positive au parent. Or, chez les familles d'accueil, il peut s'avérer enrichissant de filmer les moments de la routine qui sont difficiles, à la condition que le parent d'accueil manifeste un intérêt pour ce type d'activité. Ainsi, dans le cadre du présent projet, une mère a demandé à deux reprises que la rétroaction avec la vidéo porte sur l'activité « donner un bain à son enfant » de moins de 12 mois puisque ce moment s'avérait être difficile pour la dyade. Il est à noter que le programme *VIPP* utilise les activités du quotidien comme le bain pour accroître la sensibilité parentale des mères (Juffer et al., 2008b). Chez une autre dyade, le moment des repas qui s'avérait difficile, a été le focus d'une rétroaction. Dans les deux cas, la rétroaction vidéo a permis aux mères de prendre un recul par rapport à leur façon d'interagir avec leur enfant et de trouver des moyens pour répondre d'une façon plus appropriée aux signaux de leur enfant.

3.5.4 Modifications à apporter aux discussions dirigées

Les paragraphes suivant exposent les modifications à apporter aux discussions dirigées lorsque le programme est appliqué de façon générale ou lorsqu'il est appliqué spécifiquement aux familles d'accueil visant ou non l'adoption. Cette information sera précisée tout au long du texte.

Plusieurs des discussions dirigées du programme sont pertinentes pour les familles d'accueil (comme la qualité des premiers contacts, l'estime de soi, le soutien social, les besoins des enfants, la gestion de la colère chez l'adulte et l'enfant, les émotions et la place du père ou de l'autre parent). Ces discussions dirigées peuvent être consultées dans le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* (Larin et al., 2006). D'autres discussions ont été adaptées ou ajoutées parce qu'il semblait manquer des informations utiles à la discussion ou étant donné le contexte propre aux familles d'accueil. Dans un premier temps, les prochains paragraphes exposeront la façon d'adapter certaines discussions dirigées. Celles-ci sont la prise de contact avec le parent d'accueil, les deuils associés à l'adoption (au lieu du thème de la grossesse), l'attachement chez les enfants retirés de leur famille, la discipline, l'importance de laisser l'initiative à l'enfant d'accueil et les moments

de jeu (au lieu de simplement « L'importance des moments de jeu ») et la routine. Ensuite, les derniers paragraphes de la présente section proposeront de nouvelles discussions dirigées, celles-ci étant les visites supervisées entre l'enfant d'accueil et ses parents d'origine et les questions de l'enfant d'accueil sur son passé. Enfin, l'appendice E expose l'ensemble des discussions dirigées qui peuvent être effectuées avec les parents d'accueil. Ce dernier document peut être utilisé pour présenter les thèmes au parent lors de la première rencontre. Pour sa part, l'appendice G propose des pistes de discussion ainsi que des lectures complémentaires pour aider l'intervenant à préparer ces discussions dirigées. De plus, pour ce qui est de la discussion dirigée à propos des « émotions » qui est traitée dans le programme, des outils additionnels de travail ont été mis à l'appendice G.

3.5.4.1 La prise de contact avec le parent d'accueil

Étant donné que la prise de contact auprès d'un parent d'accueil est différente de celle auprès d'un parent d'origine, l'appendice F propose un document qui dresse le plan du déroulement de la première rencontre entre un intervenant relationnel et une dyade d'accueil. Ce plan a été utilisé lors du projet de recherche auprès des familles d'accueil (Moss et al., 2009).

3.5.4.2 Les deuils associés à l'adoption

Environ 85% des postulants à l'adoption du programme de la Banque-mixte désirent adopter suite à leur infertilité. Les autres le font dans la perspective de s'engager socialement ou d'adopter comme personne célibataire ou comme couple homosexuel (Carignan, 2007; Noël, 2008). Parmi les postulants au programme de la Banque-mixte, les Services d'adoption sélectionnent ceux ayant démontré qu'ils avaient fait le deuil de la perte d'un enfant biologique souhaité (Noël, 2008). Malgré cela, l'arrivée d'un enfant d'accueil peut raviver cette expérience de perte (Noël et al., 2001). Chez certains parents d'accueil, il peut donc s'avérer utile de discuter des bouleversements engendrés par l'arrivée d'un enfant d'accueil dans la famille (*voir* l'appendice G pour des outils de travail additionnels). Lorsque cela est approprié, le parent peut être référé à une thérapie personnelle.

3.5.4.3 L'attachement chez les enfants retirés de leur famille d'origine

Une discussion dirigée sur l'attachement devrait être offerte à tous les parents recevant une intervention en attachement. Il est à noter que le programme *Attachment and biobehavioral catch-up – ABC*, dédié aux familles d'accueil, incorpore une discussion sur l'attachement lors du suivi (Dozier et al., 2005).

Afin de mieux préparer l'intervenant à planifier une discussion sur le thème de l'attachement chez les enfants placés, la section 2.1 du présent essai dresse un portrait des fondements théoriques sous-tendant les interventions en attachement chez les enfants en général. Ensuite, la section 3.1.3 constitue un complément d'information puisqu'elle expose la manière dont les expériences antérieures de maltraitance viennent influencer les comportements de l'enfant envers ses nouveaux donneurs de soins, c'est-à-dire ses parents d'accueil. L'intervenant peut donc s'inspirer de cette section pour expliquer au parent d'accueil que l'enfant a tendance à transférer ses anciennes stratégies d'attachement dans sa nouvelle famille. Le parent d'accueil doit donc être très attentif à décoder les besoins qui se cachent derrière les stratégies d'attachement non optimales (*voir* l'appendice G pour des outils de travail additionnels).

3.5.4.4 La discipline

La présente section sur la discipline s'applique aux parents de façon générale et vise à résumer la discussion dirigée du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* sur ce thème ainsi qu'à donner des informations supplémentaires.

Il est courant que les parents (ainsi que les parents d'accueil) se questionnent sur les méthodes de discipline à préconiser lorsque leur enfant ne suit pas les consignes. Rappelons à ce propos qu'il est normal que les jeunes enfants testent les limites des adultes, peu importe qu'ils soient placés ou non en famille d'accueil. Dans un tel cas, l'imposition de limites avec des règles claires visent à assurer à l'enfant sa sécurité physique et son développement

optimal à long terme. En effet, les enfants ont besoin que leur donneur de soins leur impose des limites pour qu'ils parviennent à gérer leurs frustrations, à se soumettre aux règles de la société et ainsi, à intégrer adéquatement la vie en société.

Parmi les interventions en attachement ciblant les enfants d'accueil ou adoptés, aucune n'incorpore des notions de discipline (*ABC* (Dozier et al., 2005); *VIPP* (Juffer et al., 2005; Juffer et al., 2008).

Il est par ailleurs possible de s'inspirer des recherches en attachement auprès de dyades biologiques qui se sont récemment intéressées à l'ajout de la notion de discipline à l'intérieur de leur programme d'intervention. Ainsi, Mesman et collègues (2008) ont intégré un module ciblant la discipline positive au programme *VIPP*. Tout au long des rencontres d'intervention en attachement, l'intervenante introduit des notions de « discipline sensible » au parent dont le jeune enfant est âgé entre 1 et 3 ans. Le programme expose entre autres les techniques déjà abordées dans la discussion #8 sur la discipline du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* (Larin et al., 2006), c'est-à-dire l'importance d'inculquer des règles cohérentes, constantes, brèves, chaleureuses et continues. De plus, il propose des techniques additionnelles qui peuvent être utilisées pour favoriser la discipline chez les jeunes enfants. Celles-ci sont l'utilisation de la distraction, l'explication des règles, le report d'une demande de l'enfant, l'empathie du parent d'accueil, le renforcement positif et l'utilisation des techniques d'ignorance intentionnelle ou du retrait (Mesman et al., 2008). Les lignes suivantes proposent un résumé de ces techniques.

Premièrement, la distraction consiste à encourager le donneur de soins à rediriger l'attention de son enfant vers une cible appropriée (p. ex. : un toutou, des clés, une autre activité, etc.), afin de le distraire de ce qui lui est interdit. Deuxièmement, afin de développer le jugement moral de son enfant, le donneur de soins est encouragé à expliquer les règles à son enfant ainsi que les conséquences des comportements de ce dernier sur les autres. Troisièmement, à la place de refuser une demande, le donneur de soins peut tout simplement dire à l'enfant qu'il pourra y répondre ultérieurement. Par exemple, si l'enfant demande de jouer avec son parent, ce dernier peut lui indiquer qu'il le fera après le repas. Quatrièmement,

l'empathie est un autre concept important dans la discipline. Ainsi, le donneur de soins peut l'utiliser pour communiquer à son enfant qu'il comprend sa frustration lorsqu'il se bute à une limite. Cela peut calmer l'enfant et l'aider à son tour à développer de l'empathie pour autrui.

Cinquièmement, l'utilisation du renforcement positif est une méthode très efficace pour améliorer la discipline chez les enfants. Ainsi, le renforcement positif signifie de donner de l'attention à l'enfant lorsque ce dernier se comporte adéquatement. Pour rendre cette technique plus efficace, le parent peut cibler les comportements qu'il souhaite voir apparaître plus fréquemment chez son enfant et le féliciter dès que son enfant se comporte comme voulu. La majorité des parents ont plutôt tendance à donner de l'attention aux comportements négatifs et à ignorer les comportements positifs, amenant ainsi l'enfant à se comporter négativement pour recevoir de l'attention.

Dernièrement, l'utilisation des techniques d'ignorance intentionnelle et du retrait peuvent être expliquées au parent. Ainsi, il peut être suggéré d'ignorer l'enfant lorsqu'il fait une crise, seulement après avoir bien décodé que la source de la crise prend racine dans une limite imposée à l'enfant et non parce qu'il est effrayé, a faim, est malade ou est très triste par exemple. Dans ces moments, l'enfant a plutôt besoin qu'on réponde à son besoin physique ou de réconfort. Or, lorsque l'enfant fait une crise parce qu'il se bute à une limite, il est inutile que son donneur de soins essaie de le raisonner. Il n'a pas d'autres choix que d'apprendre à gérer sa frustration de ne pas pouvoir obtenir tout ce qu'il veut. Il est donc important d'ignorer l'enfant durant ce type de crise et de lui redonner de l'attention dès qu'il redevient calme. On peut aussi l'encourager à se calmer. Lorsque l'enfant ne suit pas les consignes, il est possible de le mettre en retrait. Par ailleurs, encore une fois, le parent doit bien déterminer la raison pour laquelle l'enfant ne suit pas les consignes, comme expliqué précédemment, et décider si le retrait constitue la meilleure solution considérant les besoins de l'enfant. Par ailleurs, le parent doit éviter de retirer l'enfant d'accueil dans une pièce fermée, lorsqu'il applique le retrait, afin qu'il ne développe pas un sentiment d'abandon ou de danger (Mesman et al., 2008). Le parent peut plutôt demander à l'enfant de se retirer sur une petite chaise pendant un court laps de temps. De plus, il est important de sensibiliser les parents

d'éviter d'utiliser les menaces d'abandon à l'endroit de l'enfant (Dozier et al., 2005), telles que « je vais te donner à une autre famille si tu n'es pas gentil ».

Pour plus de détails, l'intervenante peut se référer à l'ouvrage de Mesman et collègues (2008) ainsi que d'autres, mentionnés à l'appendice G.

3.5.4.5 L'importance de laisser l'initiative à l'enfant d'accueil dans les activités quotidiennes et les moments de jeu

Les recommandations suivantes ne sont pas exclusives aux enfants placés en familles d'accueil.

Les enfants placés en famille d'accueil ont vécu une ou plusieurs ruptures relationnelles. En tant qu'adulte, nous savons que leur déplacement a été nécessaire afin d'assurer leur sécurité et leur développement. Par ailleurs, un déplacement de famille pour un jeune enfant constitue une expérience incompréhensible et douloureuse, qui peut s'inscrire dans leur fonctionnement physiologique. Ainsi, des chercheurs ont trouvé que les enfants en famille d'accueil ont une production atypique de cortisol au cours de la journée. Plus spécifiquement, certains enfants d'accueil ont une production trop élevée alors que chez d'autres, elle est insuffisante (Dozier, Manni et al., 2006). Sachant que des taux atypiques de cortisol peuvent mener à des difficultés de régulation émotionnelle et comportementale (Gunnar & Vasquez, 2001), une attention particulière doit être portée à ce phénomène chez les enfants placés. Pour remédier à cette situation, les recherches proposent que le parent d'accueil suive le rythme de l'enfant et favorise le toucher et les contacts physiques apaisants envers son enfant (Dozier et al., 2005). Il est donc important de faire part de ces moyens au cours de l'intervention. De plus, lors du suivi, il est fortement recommandé d'arrêter la vidéo à des moments où la mère suit le rythme de son enfant ainsi qu'à des moments où des contacts physiques chaleureux sont initiés par un des membres de la dyade.

Dans le quotidien, les moments de jeu sont un excellent moyen pour s'exercer à suivre le rythme de l'enfant et établir une relation positive avec lui. Par exemple, la

présentation de cas, exposée à la section précédente, démontre que l'introduction du jeu dans la routine a probablement fortement contribué à accroître la relation positive entre l'enfant et sa mère d'accueil. Par la suite, il devient plus évident pour la mère de suivre le rythme de son enfant dans le quotidien.

Pour les mères d'accueil qui n'apprécient pas jouer avec leur enfant, il est possible d'intégrer le jeu dans les tâches quotidiennes ou pour motiver l'enfant à accomplir des tâches répétitives (Ferland, 2005). Par exemple, on peut suggérer à l'enfant de trouver ses vêtements dans le lavage ou de trier les chaussettes qui vont ensemble. Ainsi, il est possible d'intégrer l'enfant aux tâches quotidiennes en lui offrant de participer en fonction de ses capacités (*voir* l'appendice G pour des pistes de discussion et des outils de travail supplémentaires).

3.5.4.6 La routine

Il est du devoir des parents d'instaurer une routine stable pour rassurer les enfants de façon générale. Avec une routine en place, les enfants savent à quoi s'attendre et les activités de la journée n'arrivent pas de façon inattendue. Malgré une routine stable, les enfants d'accueil peuvent développer des problèmes au plan du sommeil, de l'alimentation et des séparations d'avec la figure d'attachement en raison de leur placement. Leur détresse est souvent amplifiée comparativement aux autres enfants en raison de leur changement d'environnement familial. Ces problèmes peuvent rendre la vie des parents d'accueil difficile.

Tout d'abord, il est rare que les enfants placés n'éprouvent pas de problème de sommeil. Il est donc important d'instaurer une routine de dodo stable et rassurante. L'intervenant peut se référer au livre de Chicoine, Germain et Lemieux (2003) pour plus de détails sur le sommeil chez les enfants adoptés. Il est par contre important de noter que certains enfants d'accueil ont peur de s'endormir, car ils craignent de se réveiller ailleurs. Dans cette situation, il est recommandé de discuter avec l'enfant d'accueil des activités du lendemain dans le but de lui faire comprendre que le parent d'accueil sera présent à son réveil (Chicoine et al., 2003). Il est également suggéré que l'enfant se réveille à l'endroit où il s'est endormi.

Chez certains enfants d'accueil, les séparations de son parent d'accueil dans le quotidien peuvent être source de grande détresse. Pour remédier à cette situation, il est possible de dessiner par exemple un petit cœur sur la main de l'enfant d'accueil et de lui indiquer qu'il s'agit du parent d'accueil qui pense à lui en attendant de le retrouver. Ce rappel concret a aidé une enfant d'accueil du projet de recherche à se séparer de son parent d'accueil lorsqu'elle devait demeurer toute la journée à la garderie (*voir l'appendice G pour des outils de travail supplémentaires*).

3.5.4.7 Les visites supervisées entre l'enfant d'accueil et ses parents d'origine

La majorité des enfants placés dans une famille d'accueil de la Banque-mixte ont des contacts avec leurs parents d'origine (Carignan, 2007) et ce, tant qu'ils ne seront pas déclarés admissible à l'adoption (Noël, 2008; Pagé, Piché, Ouellette & Poirier, 2008). Rappelons que les contacts entre le parent d'origine et son enfant sont conduites dans le cadre de visites supervisées. Elles ont été ordonnées par le tribunal et elles visent généralement à évaluer la qualité du lien entre l'enfant et son parent d'origine, de donner l'opportunité au parent d'origine de s'impliquer auprès de son enfant et enfin, de lui assurer que son enfant se développe normalement dans son milieu d'accueil (Noël, 2008). Les visites supervisées se déroulent à l'intérieur de la période de temps que le parent d'origine dispose pour démontrer au tribunal qu'il a les ressources suffisantes pour reprendre la garde de son enfant.

L'impact du maintien de ce lien de filiation sur la relation parent-enfant d'accueil est peu compris et pas étudié à ce jour. Les témoignages de parents d'accueil dans le cadre du présent projet démontrent que les visites supervisées peuvent perturber le fonctionnement de l'enfant d'accueil et dans une moindre mesure, celui des parents d'accueil. Parmi les observations faites, il a été noté que certains enfants étaient plus émotifs suite à ces contacts. Ainsi, ils pouvaient davantage pleurer ou étaient plus maussades. D'autres éprouvaient des difficultés au plan du sommeil ou de l'alimentation suite à ces rencontres. Il est à noter que ces visites pouvaient également perturber les mères d'accueil, qui pouvaient craindre de se faire retirer leur enfant d'accueil. En effet, 7,74% des parents d'origine dont l'enfant a été placé en famille d'accueil de la Banque-mixte, réussissent à reprendre la garde de leur enfant

(Lavoie et al., 1996). Afin d'améliorer les connaissances de l'impact des visites supervisées sur le développement des jeunes enfants placés en famille d'accueil de la Banque-mixte, des recherches devraient être conduites.

Chez les enfants d'accueil dont le retour dans la famille d'origine constitue l'objectif, les contacts entre l'enfant et son parent d'origine doivent être maintenus, afin de promouvoir la relation parent-enfant. Une récente étude indique que le maintien de contacts constants et fréquents avec les parents d'origine favorise chez les enfants de moins de 5 ans placés en famille d'accueil le développement d'un attachement sécurisant ainsi qu'une meilleure adaptation. De plus, ces enfants avaient moins de problèmes comportementaux et étaient moins médicamenteux (McWey & Mullis, 2004). Plus de détails sur cette discussion sont fournis à l'appendice G.

3.5.4.8 Les questions de l'enfant d'accueil sur son passé

Les enfants ont besoin de savoir d'où ils viennent pour mieux se construire par la suite. C'est la raison pour laquelle il est important pour les enfants placés en famille d'accueil de leur révéler leur histoire dès leur plus jeune âge. Afin de répondre à ce besoin, les postulants à l'adoption du CJM-IU reçoivent un document qui traite de l'importance de parler de l'adoption à leur enfant (Noël, 2008). Le texte suivant résume le contenu de ce document. L'intervenant qui le désire peut consulter le texte original avant de conduire cette discussion (*voir* Appendice G).

Il est normal que les parents adoptifs se préoccupent de la façon d'aborder le sujet de l'adoption avec leur enfant. En parler dès l'arrivée de l'enfant dans la famille d'accueil amène des avantages autant pour le parent d'accueil que pour l'enfant, même si ce dernier est âgé de quelques jours. Tout d'abord, cela permet au parent d'accueil de s'habituer à l'idée de discuter de ce sujet avec leur enfant d'accueil et de trouver les mots appropriés pour exprimer leurs idées quand l'enfant sera plus âgé. Pour l'enfant, les bénéfices sont qu'il grandira en apprivoisant tranquillement la vérité et que son adoption, en aucun temps, ne constituera une révélation choc. Si les parents sont à l'aise d'en parler, les bénéfices seront d'autant plus

grands puisque l'enfant percevra cette expérience comme positive. Par ailleurs, si l'enfant sent que ce sujet rend ses parents mal à l'aise, il se sentira inconfortable de l'aborder et il risque de garder ses interrogations pour lui-même, ce qui ne facilitera pas l'acceptation de son adoption. Les parents devraient donc demeurer ouverts aux questions de l'enfant en lien avec son adoption ou son placement, sans pour autant constamment ramener ce sujet dans les discussions. Une bonne méthode de communication à utiliser pour discuter de l'adoption ou du placement consiste à poser des questions à l'enfant à propos de ce qu'il comprend de sa situation familiale lorsqu'il a des interrogations. Par la suite, le parent, qui comprend mieux le raisonnement de son enfant, peut venir corriger ses perceptions. Lorsque l'enfant pose des questions sur ses parents d'origine, lui dire que « ses parents connaissaient de grandes difficultés, qu'ils étaient à peine capable de s'occuper d'eux-mêmes est suffisant. » (Noël, 2008, p. 295). On peut également expliquer à l'enfant que « ses parents d'origine n'ont peut-être pas eu de parents qualifiées pour s'occuper d'eux lorsqu'ils étaient petits, pour les aider à grandir et à devenir parents à leur tour » (Noël, 2008, p. 295). Le parent adoptant doit également être en mesure de comprendre qu'il ne doit pas parler en termes négatifs des parents biologiques de son enfant d'accueil, puisqu'ils demeurent une partie de l'identité de leur enfant. Enfin, il est suggéré de révéler l'adoption de l'enfant seulement aux personnes de l'entourage pour lesquelles ce renseignement est jugé nécessaire (comme le médecin, l'enseignante, etc.) et ce, afin de respecter son intimité. Il pourra décider par la suite s'il désire ou non divulguer cette information.

L'étude récente de Poirier et collègues (2009) révèle que, parmi les 23 jeunes âgés entre 15 et 21 ans ayant été adoptés via le programme de la Banque-mixte, 74% ont affirmé qu'il était facile de discuter de leur adoption avec leurs parents. Par conséquent, ce sujet de discussion demeure plus délicat pour 26% d'entre eux. L'appendice G présentent plus de détails sur cette discussion.

3.6 Conclusion

Les enfants placés en famille d'accueil représentent une population extrêmement vulnérable. Ils ont vécu la perte de leur figure d'attachement et parfois même de la négligence

ou des expériences traumatisantes. Pour ces enfants, s'adapter à un nouveau donneur de soins constitue un objectif de taille et ce, encore plus si ce dernier manque de sensibilité parentale (Dozier, et al., 2001), a lui-même vécu des traumatismes ou des pertes non résolues (Steele et al., 2006) et/ou est peu engagé dans son rôle (Dozier et al., 2007). De plus, plus l'enfant est placé tardivement, plus ce défi augmente en difficulté (van Den Dries et al., 2009). Par ailleurs, l'essai a mis en lumière que la trajectoire développementale des enfants placés en famille d'accueil peut prendre une tangente positive si ce dernier est placé dans un environnement empreint de soins maternels sensibles et presque thérapeutiques (Dozier et al., 2001). Les recherches démontrent que ce n'est pourtant pas toujours le cas (van Den Dries et al., 2009).

Étant donné les besoins évidents des enfants placés en famille d'accueil de recevoir des interventions efficaces pour maximiser leur adaptation à leur famille d'accueil ainsi que la constatation de la paucité des interventions empiriquement démontrées et offertes au Québec pour cette population (Carignan, 2007), cet essai avait comme objectif d'adapter un programme d'intervention en attachement pour ces enfants. Étant donné que le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* (Larin et al., 2006) avait déjà fait ses preuves auprès de la population des familles maltraitantes (Moss, Bernier et al., 2006; Moss et al., 2011), ce dernier a été choisi pour être adapté à la population des familles d'accueil (Moss et al., 2009). Ce programme est issu des recherches dans le domaine des interventions en attachement qui ont démontré que l'amélioration de la sensibilité parentale peut accroître la sécurité d'attachement des enfants.

Afin d'adapter ce guide d'intervention aux familles d'accueil en général ainsi que celles de la Banque-mixte, le programme a été dispensé à six familles d'accueil de la Banque-mixte dans le cadre du projet de recherche qui avait pour but d'évaluer l'efficacité du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* pour optimiser la sécurité affective et le développement moteur et cognitif d'enfants placés en famille d'accueil (Moss et al., 2009). L'application du programme auprès de ces familles ainsi que la lecture d'ouvrages scientifiques ont permis de discerner les modifications à apporter lorsque le programme est offert à cette population.

L'essai a permis de dégager plusieurs recommandations lorsque le programme est offert aux familles d'accueil. De plus, il a permis d'offrir des recommandations plus générales lorsque le programme est appliqué non seulement aux familles d'accueil, mais également aux familles ayant un jeune enfant issu de leur propre union. En résumé, les recommandations portent sur les bases conceptuelles, le déroulement de l'intervention, la rétroaction vidéo, les activités interactives et les discussions dirigées.

Pour ce qui est des bases conceptuelles, il est recommandé que le concept de l'engagement du parent d'accueil envers son enfant d'accueil devienne un nouvel axe d'intervention. En effet, certains parents d'accueil peuvent ne pas se sentir engagés auprès de leur enfant et cela peut engendrer des conséquences négatives pour l'enfant d'accueil (Dozier et al., 2007). En ce qui a trait au déroulement de l'intervention, il est suggéré de moduler la durée de l'intervention en fonction des besoins de la dyade, de permettre de conduire les interventions ailleurs qu'au domicile familial (si la situation s'y prête mieux) et d'utiliser le nouveau carnet d'activité à l'appendice C pour les familles plus éduquées. Lors de la rétroaction vidéo, il est suggéré d'adapter le langage et la complexité des commentaires en fonction de la capacité de compréhension des mères d'accueil. De plus, il est recommandé d'adapter les activités interactives aux demandes des mères d'accueil s'il y a lieu. Enfin, plusieurs des discussions dirigées du programme sont pertinentes pour les familles d'accueil. Celles-ci sont la qualité des premiers contacts, l'estime de soi, le soutien social, les besoins des enfants, la gestion de la colère chez l'adulte et l'enfant, les émotions et la place du père ou de l'autre parent. D'autres discussions, par ailleurs, doivent être adaptées étant donné le contexte propre aux familles d'accueil ou améliorées par rapport à ce que le programme original offrait. Celles-ci sont la prise de contact avec le parent d'accueil, les deuils associés à l'adoption (au lieu du thème de la grossesse), l'attachement chez les enfants retirés de leur milieu d'origine, la discipline, « l'importance de laisser l'initiative à l'enfant d'accueil ainsi que les moments de jeu » (au lieu de la discussion sur les moments de jeu) et la routine. Ensuite, de nouvelles discussions dirigées sont proposées pour les familles d'accueil. Celles-ci sont les visites supervisées entre l'enfant d'accueil et ses parents d'origine et les questions de l'enfant d'accueil sur son passé.

Il est donc possible de conclure que le présent essai démontre que le *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* peut être appliqué aux familles d'accueil visant ou non l'adoption de leur enfant d'accueil. De plus, la lecture du présent essai permettra aux intervenants qui œuvrent auprès de cette population de mieux planifier leurs interventions en fonction des besoins spécifiques de cette population. Il est par ailleurs recommandé de suivre la formation du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* avant d'appliquer les recommandations retrouvées dans le présent essai auprès de familles d'accueil.

Dernièrement, il est recommandé que la recherche se poursuive au Québec à propos des besoins et des interventions efficaces pour les enfants placés en famille d'accueil visant ou non l'adoption. Ces recherches doivent s'inspirer des nouvelles connaissances qui émergent dans le domaine de la théorie de l'attachement. Le présent essai n'est qu'un pas dans cette direction.

APPENDICE A

ARTICLE 38 DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

SECTION I

SÉCURITÉ ET DÉVELOPPEMENT D'UN ENFANT

Sécurité ou développement compromis.

38. Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

Interprétation:

On entend par:

«*abandon*»;

a) abandon: lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en n'assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne;

«*négligence*»;

b) négligence:

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux:

- i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;
- ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;
- iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement appropriés ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation;

2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1°;

«*mauvais traitements psychologiques*»;

c) mauvais traitements psychologiques: lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;

«*abus sexuels*»;

d) abus sexuels:

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

«abus physiques»;

e) abus physiques:

1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

«troubles de comportement sérieux».

f) troubles de comportement sérieux: lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.

1977, c. 20, a. 38; 1981, c. 2, a. 8; 1984, c. 4, a. 18; 1994, c. 35, a. 23; 2006, c. 34, a. 14.

Sécurité ou développement compromis.

38.1. La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis:

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;

b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison;

c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.

1984, c. 4, a. 18; 1992, c. 21, a. 221; 1994, c. 35, a. 24.

Facteurs de détermination.

38.2. Toute décision visant à déterminer si un signalement doit être retenu pour évaluation ou si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis doit notamment prendre en considération les facteurs suivants:

a) la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés;

b) l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant;

c) la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant;

d) les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.

2006, c. 34, a. 15.

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARENTS NATURELS

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES
PARENTS NATURELS**

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION EN MILIEU D'ACCUEIL

SOUS LA DIRECTION D'ELLEN MOSS PH.D UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À
MONTRÉAL

C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8

Ce formulaire vise à recueillir votre consentement à la participation de votre enfant
(nom) _____ à une étude portant sur
l'évaluation d'un programme d'intervention en famille d'accueil, qui vise à évaluer et
faciliter l'adaptation de l'enfant à son milieu de vie actuel.

La participation de votre enfant à cette étude, en compagnie du parent d'accueil, implique principalement des rencontres avec des chercheurs au domicile du parent d'accueil ainsi qu'une visite dans une salle d'observation. Les activités réalisées lors des rencontres à la maison prennent la forme de discussions et de courtes séances de jeu avec le parent d'accueil et votre enfant. Certaines séances de jeux seront filmées. Le nombre de visites à domicile (2 ou 10) varie en fonction du groupe particulier auquel votre enfant sera assigné. L'assignation dans chaque groupe se fait au hasard. La durée des rencontres est d'environ 60 minutes.

Lors des deux visites en salle d'observation, le parent d'accueil et votre enfant seront filmés dans le contexte de deux brèves séparations et réunions avec l'enfant, chacune durant environ trois (3) minutes. Le rythme cardiaque de l'enfant sera mesuré lors de cette tâche. Dans l'éventualité où l'expérience serait stressante pour l'enfant, l'expérimentation pourra être soit raccourcie, soit arrêtée, selon la décision des personnes concernées. Cette procédure est nécessaire à l'observation des

réactions de l'enfant dans un contexte où le besoin de réconfort devrait se manifester.

Soyez assuré(e) que toute information obtenue dans le cadre de cette étude demeurera confidentielle. Afin de protéger l'anonymat des participants, les noms de toutes les personnes prenant part à l'étude seront remplacés par des numéros d'identification dans toutes les bases de données. Aucune des informations spécifiques recueillies dans le cadre de cette étude n'est transmise aux différents intervenants du Centre Jeunesse. Les données obtenues ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche et seront conservées dans des classeurs sous clé. Les enregistrements vidéo et audio seront utilisés à des fins de recherche et d'enseignement et seront conservés pendant dix (10) ans puis seront détruites en décembre 2017.

La participation de votre enfant à cette étude est entièrement indépendante des services que vous et votre enfant recevez des Centres jeunesse. Il est également important de spécifier que la participation de votre enfant est strictement volontaire et qu'en tout temps vous pouvez retirer votre autorisation.

Par votre adhésion à ce projet, vous autorisez le Centre jeunesse de Montréal à donner accès au dossier de votre enfant aux membres de l'équipe de recherche pour le temps nécessaire à l'accomplissement de la recherche soit du _____ au _____.

Si dans le cadre de cette recherche, des informations laissent soupçonner que la sécurité ou le développement de votre 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.

Si vous avez des questions concernant votre participation à cette étude, n'hésitez pas à contacter _____, du Centre Jeunesse de Montréal au _____.

Dans l'éventualité de la poursuite du projet, vous pourriez être contactée à nouveau.

Je, _____ (parent naturel), déclare avoir lu et accepté chaque élément relatif à la participation de mon enfant ci-haut identifié à ce projet.

Signature du parent naturel

Date

Signature d'un témoin

Date

APPENDICE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE LA RESPONSABLE DE LA RESSOURCE DE
TYPE FAMILIAL

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE LA RESPONSABLE DE LA
RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL**

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION EN MILIEU D'ACCUEIL

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

C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8

Ce formulaire vise à recueillir votre consentement à participer à une étude portant sur l'évaluation d'un programme d'intervention en famille d'accueil, dont l'objectif consiste à évaluer et faciliter l'adaptation de l'enfant qui vous est confié (nom) _____ à son nouveau milieu de vie ainsi que l'expérience qui en résulte pour vous en tant que parent d'accueil.

Votre participation et celle de l'enfant à cette étude impliquent principalement des rencontres à votre domicile ainsi que deux visites en salle d'observation. Les activités réalisées lors des rencontres à domicile prennent la forme de discussions sur des enjeux associés à votre rôle parental et au développement de l'enfant, ainsi que des jeux simples entre vous et l'enfant qui vous est confié. Lors des rencontres à domicile, les séquences de jeux seront filmées et certaines seront reVISIONNÉES avec vous. Le nombre de visites à domicile (2 ou 10) varie en fonction du groupe particulier auquel vous serez assigné. L'assignation dans chaque groupe se fait au hasard. La durée des rencontres varie entre 60 et 120 minutes.

Dans le cadre des deux visites en salle d'observation, vous et l'enfant participant serez filmés dans un contexte de jeu ainsi que lors de deux brèves (3 minutes) séparations et réunions avec l'enfant. Dans l'éventualité où cette expérience serait désagréable pour l'enfant, l'expérimentation pourra être soit raccourcie, soit arrêtée, selon votre décision ou celle des personnes concernées par l'intervention. Cette procédure est nécessaire à l'observation des réactions de l'enfant dans un contexte où des besoins sont souvent manifestés. Un

dédommagement de 25.00\$ vous sera remis après chaque rencontre au laboratoire pour couvrir les frais, dont les déplacements, stationnement, etc.

Votre participation implique également de :

- Compléter des questionnaires concernant votre expérience en tant que parent, vos propres expériences de vie et différentes situations stressantes que vous pouvez vivre actuellement.
- Mesurer votre rythme cardiaque ainsi que celui de l'enfant.

Soyez assuré(e) que toute information obtenue dans le cadre de cette étude demeure confidentielle. Afin de protéger l'anonymat des participants, les noms des parents d'accueil et des enfants prenant part à l'étude seront remplacés par des numéros d'identification. Aucune information spécifique recueillie dans le cadre de ce projet ne sera transmise aux différents intervenants de votre Centre Jeunesse. Les données obtenues ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche, et seront conservées dans des classeurs sous clé. Les enregistrements vidéo seront utilisés à des fins de recherche et d'enseignement, conservés pendant dix (10) ans et seront détruits en date de décembre 2017.

Votre participation à cette étude demeure entièrement indépendante de la collaboration établie entre vous et les Centres jeunesse. Votre statut en tant que ressource de type familial 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, ainsi que celle de l'enfant concerné est strictement volontaire et qu'en tout temps vous pouvez retirer votre participation au programme.

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_____. De plus, pour toute plainte concernant le déroulement de la recherche, vous pouvez joindre Ellen Moss, chercheure principale du projet de recherche au (514) 987-3000 poste 8525.

Je,_____ (parent d'accueil), déclare avoir lu et accepté chaque élément relatif à ma participation dans ce projet.

Signature du parent d'accueil

Date

Signature d'un témoin

Date

APPENDICE D

FICHE POUR LES ACTIVITÉS PARENT-ENFANT : AVOIR DU PLAISIR AVEC MON
ENFANT

AVOIR DU PLAISIR AVEC MON ENFANT

Cette semaine et tout au long du projet, nous vous suggérons de faire au moins une activité de 10 minutes à votre choix.

Le but de l'activité est d'avoir du plaisir avec votre enfant. Choisissez idéalement un moment où vous vous sentez calme et disponible. En général, si vous faites une activité que l'enfant a envie de faire et qui vous fait plaisir, il y a de fortes chances que le but soit atteint.

À la fin de l'activité, nous vous invitons à remplir le carnet en répondant à quelques questions. N'oubliez pas que lorsque votre enfant a du plaisir à faire une activité avec vous, c'est vous qui lui procurez ce plaisir.

Quelle est l'activité ?

Remarque : Quel a été le comportement de mon enfant ? (Par exemple : réagit calmement, agité, rit, sourit, pleure, se met en colère, parle, autre)

Reconnait : Qu'est-ce que je comprends de son comportement ? (Par exemple : aime faire l'activité avec moi, trouve l'activité difficile, etc.)

Répond : Comment ai-je réagi face à mon enfant ?

Suite à l'activité

J'ai eu du plaisir avec mon enfant lorsque...

J'ai vécu des difficultés avec mon enfant lorsque...

Je suis contente de moi parce que ...

APPENDICE E

LISTE DES THÈMES DE DISCUSSION POUR LES PARENTS D'ACCUEIL VISANT
OU NON L'ADOPTION

LISTE DES THÈMES DE DISCUSSION

Voici une liste de sujets de discussion pouvant être abordés lors des rencontres. Veuillez cocher les sujets dont vous voudriez discuter avec votre intervenante. Il vous sera possible d'aborder un ou plusieurs de ces sujets de discussion. Vous pouvez même inscrire d'autres sujets qui vous intéressent. Tout au long de l'intervention, vous serez libre de choisir les sujets de discussion qui vous intéressent.

- ⇒ L'attachement chez les enfants retirés de leur famille d'accueil
- Les deuils associés à l'adoption
- La qualité des premiers contacts
- Le soutien social
- L'estime de soi (enfant et parent)
- La routine (alimentation, etc.)
- Les besoins des enfants
- La discipline
- La gestion de la colère chez l'adulte
- La gestion de la colère chez l'enfant
- Les émotions
- L'importance de laisser l'initiative à l'enfant d'accueil dans les activités quotidiennes et les moments de jeu
- La place du père ou de l'autre parent d'accueil
- Les visites supervisées entre l'enfant d'accueil et son parent d'origine
- Les questions de l'enfant d'accueil sur son passé

APPENDICE F

DISCUSSION DIRIGÉ 1 : LA PRISE DE CONTACT AVEC LE PARENT D'ACCUEIL VISANT L'ADOPTION

DISCUSSION DIRIGÉE 1: LA PRISE DE CONTACT AVEC LE PARENT D'ACCUEIL VISANT L'ADOPTION

Plan de l'accueil et de la discussion avec le parent (30 à 35 minutes)

- Se présenter
- Expliquer l'intervention
 - o S'adresse aux parents de jeunes enfants pour leur faire vivre des moments agréables ;
 - o L'intervention a pour but d'améliorer la communication entre l'enfant et son parent ;
 - o À chaque semaine, nous aurons une discussion sur différents thèmes qui vont vous permettre de vous sentir mieux outillé avec votre enfant
 - o On débute par les difficultés qui se sont passés dans la semaine
 - o Vous allez ensuite faire avec votre enfant des activités qui favorisent le contact entre vous 2.
 - o Par la suite, nous allons regarder ensemble ce qui s'est passé.
 - o La durée de l'intervention est de 8 semaines (1h30)
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis du programme ?
- Questions à propos de l'enfant
 - o Est-ce que vous pouvez me raconter son histoire ? (ses parents biologiques, les placements, etc.)
 - o Comment ça s'est passé quand l'enfant est arrivé ?
 - o Qualités que vous appréciez chez votre enfant ? Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile chez votre enfant ?
 - o Qu'est-ce qui vous inquiète chez votre enfant ?
 - o Activités que vous aimez faire avec votre enfant ?
 - o Faire le génogramme et la ligne de vie
- Questions à propos du parent
 - o Est-ce que vous pouvez me parler de vous ? (ça peut être menaçant ou un peu large comme question alors on peut y aller avec des sous-questions, on veut savoir entre autres leur occupation et leurs intérêts)
 - o Pourquoi avez-vous décidé d'adopter ou de devenir famille d'accueil ? (et le processus de l'adoption ou pour devenir famille d'accueil)
 - o Est-ce que vous avez dans votre entourage des personnes qui vous aident ? (aide, écoute, garder l'enfant)
- Questions à propos de la famille
 - o Parlez-moi des personnes qui vivent dans cette maison afin que je me situe bien ? (personne, âge, lien)
 - o Y a-t-il eu des événements importants vécus par votre famille dans les dernières années ? (maladie, séparation, etc.)

- Dire que tout ce qui se passe ici est confidentiel (a-t-il des inquiétudes par rapport aux enregistrements vidéo)
- Montrer les thèmes de discussion, les expliquer et on peut laisser au parent d'accueil l'opportunité d'y réfléchir ou de déjà en choisir

Une activité parent-enfant filmée (3 à 15 minutes environ)

- Demander au parent d'accueil où aller pour procéder au jeu
- La consigne est de jouer avec votre enfant comme vous le faites habituellement et ce, pendant environ X minutes.

La rétroaction vidéo (15-20 minutes environ)

- Nous allons regarder ensemble ce que nous venons de filmer.
- Nous allons nous arrêter fréquemment. J'aimerais que vous tentiez de remarquer des choses sur le comportement de votre enfant à chaque séquence.
- Parfois, il arrive qu'il se produise moins de choses, et c'est normal de ne rien noter.
- En général, il y a souvent des observations à signaler.
- Parfois, je vais faire des remarques et je vais vous poser des questions.
- Le but est d'avoir un échange à propos de ce que l'on voit et d'apprendre à mieux connaître votre enfant.
- On utilise la vidéo parce que c'est un bon moyen pour connaître l'enfant et ça permet de revoir ce qui vient juste de se passer.
- C'est mieux que de se fier juste à sa mémoire.
- Lors de la rétroaction vidéo de la première rencontre,...
 - o Se centrer sur le plaisir partagé (s'il y en a)
 - o Sur le fait que le parent ou l'enfant renforce positivement l'autre.
 - o Cibler les comportements de l'enfant ainsi que ceux du parent (s'il félicite par exemple)
 - o On peut demander ce qui s'est produit (Qu'est-ce qui s'est passé ?).
- Au début, on cible davantage les comportements de chacun et plus tard, la relation.
- Remettre le carnet d'activités au parent d'accueil ou attendre à la semaine suivante pour voir si c'est nécessaire (selon les dyades).

Le départ (10 minutes)

- Faire une synthèse des apprentissages
- Lors du départ, on peut recommander de jouer pendant au minimum 10 minutes par jour si on voit que le parent ne le fait pas

APPENDICE G

OUTILS DE TRAVAIL ADDITIONNELS POUR EFFECTUER LES OBSERVATIONS ET
POUR CONDUIRE LES DISCUSSIONS DIRIGÉES

OUTIL POUR L'OBSERVATION DES BASES DE LA RELATION PARENT- ENFANT

Quoi observer (Larin, 2007)

- Détection des signaux (type, fréquence) et sélection de la réponse
- Interactions dans les activités de la vie quotidienne (alimentation, soins, affection, etc.)
- Niveau avec lequel le foyer familial influence et répond aux besoins de l'enfant (ex. niveau de stimulation, sécurité)

Quoi observer dans le jeu (Larin, 2007)

- Y a-t-il des regards mutuels (face-à-face)?
- Y a-t-il des échanges de tour (réciprocité)?
- Quel est le rythme établi (qui mène)?
- Y a-t-il respect des initiatives de l'enfant (centration sur les intérêts de l'enfant)?
- Y a-t-il de l'intrusion, de la rivalité ou du plaisir?
- Y a-t-il un respect du niveau de développement de l'enfant (attentes réalistes)?
- Y a-t-il des échanges de « paroles » (dialogue)?
- Sont-ils en mesure de collaborer?
- Comment s'établissent les règles?

Des éléments à identifier durant une interaction parent-bébé (Pederson & Krupka, 1998 dans Larin, 2007)

- Ton de la voix du parent
- Distance entre la tête de la mère et la tête du bébé
- Baisers pas sollicités ou baisers prolongés sur la bouche
- Ballottage excessif ou balancement trop rapide
- Sursauts interprétés comme des moments de plaisir
- Déplacement rapide d'objets devant le bébé
- Signal du bébé comme « laisse-moi tranquille » qui n'est pas décodé
- Taquiner indûment le bébé avec la bouteille ou des jouets
- Bousculer bébé ou mouvement brusque du parent
- Incapacité d'attendre les signaux de l'enfant

OUTILS DE TRAVAIL ADDITIONNELS POUR LES DISCUSSIONS DIRIGÉES

Les émotions

La présente section est un ajout à la discussion dirigée #13 « Les émotions » du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* de Larin et collègue (2006). Veuillez vous référer à cette discussion pour avoir des informations supplémentaires à propos des émotions.

Outils de travail additionnels :

⇒ On peut télécharger gratuitement un document illustrant des visages arborant de nombreuses émotions à l'adresse suivante <http://www.acsm-ca.qc.ca/mieux_v/images/BB05/JO-332.18.pdf>. Ce document peut être remis au parent d'accueil pour lui rappeler de nommer les émotions de son enfant. De plus, il peut utiliser ce document avec son enfant pour l'aider à reconnaître ses émotions.

⇒ Il existe un grand nombre de livres sur les émotions qui s'adressent aux jeunes enfants à partir de 2 ans que les parents peuvent utiliser pour discuter de ce sujet avec leur enfant d'accueil. Vous pouvez consulter une liste de ces livres sur le site internet du CHU Ste-Justine à l'adresse <http://www.chu-sainte-justine.org/Famille/CISE-description.aspx?id_sujet=100077&ID_Menu=668&ItemID=2a&id_page=1454&refv=Émotion>.

Les deuils associés à l'adoption

La présente discussion remplace celle sur la grossesse des parents maltraitants.

Pistes de discussion :

- Qu'est-ce qui vous a amené à adopter?
- Quelle a été la réaction de votre entourage?

- Quelles ont été vos impressions lors de l'arrivée de l'enfant?
- Comment vous-êtes vous senti suite à l'arrivée de l'enfant?

Outils de travail additionnels :

⇒ Le livre *Récits d'adoption : Cinq aventures familiales* de Louise Noël (2008) est intéressant pour mieux comprendre la réalité des familles d'accueil de la Banque-mixte

⇒ À la fin de l'article sur *La réalité des postulants et des parents impliqués dans un projet d'adoption de type Banque-mixte* (Noël et al., 2001), on y indique les *Quelques pièges de la « parentalité Banque-mixte »*.

⇒ Consulter l'article *Modèle d'intervention clinique en CLSC auprès des familles adoptantes et de leurs enfants* (Labasi & Duchesneau, 2007) pour mieux comprendre les pertes encourues dans le cadre de l'adoption.

⇒ *L'adoption au Québec : ni bleue ni rose* (Carignan, 2007) est également un article intéressant.

L'attachement chez les enfants retirés de leur famille d'origine

La section sur l'attachement est un ajout à la discussion dirigée #11 « L'attachement » du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* de Larin et collègue (2006). Vous pouvez aussi vous référer à cette discussion pour obtenir des informations supplémentaires à propos de l'attachement.

Outils de travail additionnels :

⇒ Utiliser l'image illustrant le « cercle de sécurité » pour aider le parent d'accueil à mieux comprendre la théorie de l'attachement. Une version francophone de ce document, qui s'intitule *Circle of Security – with formula – French*, peut être téléchargée à l'adresse

<http://www.circleofsecurity.net/cos_downloads.html>. Sur le même site internet, le document « Traveling around the COS » peut être consulté pour mieux comprendre les concepts illustrés dans l'image du « cercle de sécurité ».

⇒ L'intervenante peut également regarder un court extrait (en anglais uniquement) expliquant le « cercle de sécurité » à <http://www.circleofsecurity.net/videos/COS_Trailer_1.14.10.mov>.

⇒ Consulter le livre *Attachment handbook for foster care and adoption* de Schofield & Beek (2006) qui donnent des pistes de réflexion et d'intervention intéressantes.

La discipline

La section sur la discipline est un ajout à la discussion dirigée #8 « La discipline » du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* de Larin et collègue (2006). Vous pouvez aussi vous référer à cette discussion pour avoir des informations supplémentaires à propos de la discipline.

Outils de travail additionnels :

⇒ Consulter le chapitre 11 *Extending the video-feedback intervention to sensitive discipline* (Mesman et al., 2008) du livre *Promoting positive parenting: an attachment-based intervention* (Juffer et al., 2008) pour mieux comprendre l'application de la discipline positive dans le cadre d'une intervention en attachement.

⇒ Le livre *The incredible years : a trouble-shooting guide for parents of children age 2-8 years* (Webster-Stratton, 2005), qui est uniquement publié en anglais et en espagnol, constitue également une ressource intéressante pour la discipline et les relations parent-enfant.

⇒ Le livre *Ah! Non, pas une crise... Les crises de colère chez les 2 à 6 ans et même plus...* (Gagnier, 2006) aide à comprendre les rouages de la discipline.

L'importance de laisser l'initiative à l'enfant d'accueil dans les activités quotidiennes et les moments de jeu

La présente section est un ajout à la discussion dirigée 10 « L'importance des moments de jeu » du *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention* de Larin et collègue (2006). Veuillez vous référer à cette discussion également pour des informations sur l'importance des moments de jeu.

Pistes de discussion :

Afin de discuter de l'importance de laisser l'initiative à l'enfant d'accueil dans les activités quotidiennes et dans les moments de jeu, l'intervenant peut poser des questions telles que :

⇒ Quelles peuvent être les avantages de laisser l'enfant décider, lorsque la situation le permet? Comment vous sentez-vous quand vous suivez le rythme de votre enfant?

⇒ Est-ce que vous pouvez penser à des activités durant lesquelles votre enfant pourrait être davantage impliqué?

⇒ Comment vous-sentez-vous lorsque votre enfant désire se coller contre vous?

Outils de travail additionnels :

⇒ Pour expliquer au parent la production atypique de cortisol chez les enfants placés en famille d'accueil, l'intervenante peut se référer à l'article de Dozier, Manni et collègues (2006).

⇒ On peut consulter le livre *La discipline, un jeu d'enfant* (Racine, 2008). L'auteure explique dans les pages 27 à 32 la méthode développée par Russell Barkley, « la thérapie par le jeu », ce qui aide à comprendre comment suivre le rythme de l'enfant dans le jeu.

⇒ On peut également consulter le livre *Et si on jouait? Le jeu chez l'enfant de la naissance à six ans* qui traite de divers sujets se rattachant au jeu chez les jeunes enfants (Ferland, 2005).

La routine

La présente section est un ajout à la discussion dirigée #6 « La routine » du *Programme en intervention relationnelle: Guide d'intervention* de Larin et collègues (2006). Veuillez vous référer à cette discussion pour avoir des informations supplémentaires à propos de la routine.

Outils de travail additionnels :

⇒ Consulter le chapitre 12 du livre *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)* qui traite entre autres du sommeil et de l'alimentation des enfants adoptés (Chicoine et al., 2003).

⇒ Le livre *Enfin je dors... et mes parents aussi* explique la routine du dodo et offre des techniques pour favoriser le sommeil des enfants en général (Martello, 2007).

⇒ Le livre *Prévenir l'obésité chez les enfants: Une question d'équilibre* est une ressource intéressante pour mieux comprendre les besoins alimentation des enfants en général (Cyr, 2009).

Les programmes de visites supervisées

Pistes de discussion :

⇒ Comment pouvez-vous aider votre enfant à mieux vivre les visites supervisées?

Outils de travail additionnels :

⇒ Consulter l'annexe 1 du livre *Récit d'adoption, cinq aventures familiales* de Louise Noël (2008) pour consulter le document remis aux postulants en adoption du CJM-IU.

⇒ Consulter le chapitre « Attachment and contact » dans le livre *Attachment handbook for foster care and adoption* de Schofield & Beek (2006) qui donnent des pistes d'intervention intéressantes.

⇒ Il est également possible de consulter le Centre d'information du CHU Ste-Justine sur l'internet pour y retrouver une sélection de livres d'enfants qui peuvent être utilisés par les parents adoptants pour aborder le sujet de l'adoption avec leur enfant. L'adresse du site web est le <http://www.chu-sainte-justine.org/Famille/CISE-description.aspx?id_sujet=100206&ID_Menu=668&ItemID=2a&id_page=1454&refv=Adoption>. Les familles d'accueil ont également accès à des références de livres pour enfants en visitant ce lien du Centre d'information du CHU Ste-Justine <http://www.chu-sainte-justine.org/Famille/CISE-description.aspx?id_sujet=100090&ID_Menu=668&ItemID=2a&id_page=1454&refv=Familie d'accueil>.

⇒ Lire l'article *Recension critique de programmes de visites supervisées* (Poirier, Simard & Beaudry, 1998).

Les questions de l'enfant d'accueil sur son passé

Pistes de discussion :

Afin de discuter de la façon de parler de l'adoption ou du placement en famille d'accueil de l'enfant, l'intervenant peut poser des questions telles que :

⇒ Comment envisagez-vous d'expliquer à votre enfant qu'il a été adopté ou qu'il est en famille d'accueil? À quel moment pensez-vous le faire? Qu'est-ce que vous pensez lui révéler?

⇒ Comment vous sentez-vous à l'idée de discuter avec votre enfant de son passé (adoption ou placement en famille d'accueil)? Avez-vous des craintes?

⇒ Croyez-vous que l'expérience (de l'adoption ou du placement en famille d'accueil) influencera le vécu de votre enfant? Si oui, de quelle manière?

RÉFÉRENCES

- Abrams, K.Y., Rifkin, A., & Hesse, E. (2006). Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational procedure. *Development and Psychopathology, 18*, 345-361.
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008, Données principales*. En ligne. 114 p. <<http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/2008/index-fra.php>>. Consulté le 27 janvier 2011.
- Ainsworth, M.D.S., (1969). *Maternal sensitivity scales*. En ligne. <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/ainsworth_scales.htm>. Consulté le 7 mars 2011.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist, 44*, 709-716.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46*, 333-341.
- 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.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Publications, Inc.
- Appleyard, K., Egeland, K., van Dulmen, M.H.M., & Sroufe, L.A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behaviour outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 235-245.
- Association des centres jeunesse du Québec, ACJQ. (2009). *Mémoire de l'Association des centres jeunesse du Québec présenté à la Commission des affaires sociales sur le projet de loi no 49*. En ligne. 22 p. <http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/positions_et_memoires/2009-05_memoire_acjq_pl-49_.pdf>. Consulté le 19 janvier 2011.

- Bakermans-Kranenburg, M.J., Schuengel, C., & van IJzendoorn, M.H. (1999). Unresolved loss due to miscarriage: an addition to the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 1*, 157-170.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 129*, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn, M.H. & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions : A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal, 26*, 191-216.
- Ballen, N., Bernier, A., Moss, E., Tarabulsky, G.M., & St-Laurent, D. (2009). Insecure attachment states of mind and atypical caregiving behavior among foster mothers. *Journal of Applied Developmental Psychology, 31*, 118-125.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P, Bahrnick, L, Andrews, H. & Feldstein, S. (2010). The origins of 12 month attachment: A microanalysis of 4 month mother-infant interaction. *Attachment & Human Development, 12*, 3-141.
- Belsky, J., & Pasco Fearon, R.M. (2008). Precursors of attachment security. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 295-316). New York: Guilford Press.
- Berenson, A.B., Wiemann, C.M., & Wilkinson, G.S. (1994). Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 170*, 1760-1769.
- Berlin, L.J. (2005). Intervention to enhance early attachments: The state of the field today. In L.J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M.T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 3-33). New York: Guilford Press.
- Berlin, L.J., Zeanah, C.H., & Lieberman, A.F. (2008). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 745-761). New York: Guilford Press.
- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, BDPJ. (2004). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse*. En ligne. 24 p. <http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/publications/2004-5_bilandpj.pdf>. Consulté le 24 janvier 2011.

- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, BDPJ. (2005). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse – 2005*. En ligne. 40 p. <http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/publications/bilandpj06-lr.pdf>. Consulté le 24 janvier 2011.
- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, BDPJ. (2006). *Nos enfants la richesse de tous, la responsabilité de chacun*. En ligne. 44 p. <http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/publications/bilandpj06-lr.pdf>. Consulté le 24 janvier 2011.
- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, BDPJ. (2007). *Une famille pour chaque enfant, des racines pour la vie*. En ligne. 40 p. <http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/publications/2007-bilandpj2007web.pdf>. Consulté le 24 janvier 2011.
- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, BDPJ. (2008). *Au nom de la loi, la bonne mesure au bon moment!* En ligne. 52 p. <http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/connuniques/brochure_dpj08_finale.pdf>. Consulté le 24 janvier 2011.
- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, BDPJ. (2009). *Depuis 30 ans, des générations d'enfants protégés*. En ligne. 60 p. <http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/bilans/bilan_dpj_2009.pdf>. Consulté le 24 janvier 2011.
- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, BDPJ. (2010). *La négligence, faites-lui face*. En ligne. 52 p. <http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e-38017be2da39/mes_documents/bilans/acj1001_bilan_directeurs-9.pdf>. Consulté le 24 janvier 2011.
- Boisclair, A. (2008). *Effet du programme Co-Naître sur les pères et leur enfant très prématuré*. Thèse de doctorat, Québec, Université Laval, 164 p.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss : Vol. 1. Attachment*. New York : Basic Books.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11, 237-252.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

- Bruskas, D. (2010). Developmental health of infant and children subsequent to foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23, 231-241.
- Carignan, M. (2007). L'adoption au Québec : ni bleue ni rose. *PRISME*, 46, 60-71.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Cassidy, J., & Berlin, L.J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-981.
- Cassidy, J., & Marvin, R.S., with the MacArthur Attachment Working Group. (1992). *Attachment organization in preschool children: Coding guidelines* (4th ed.). Unpublished manuscript, University of Virginia.
- Cassidy, J., Yair, Z., Stupica, B., Sherman, L.J., Butler, H., Karfgin, A., Cooper, G., Hoffman, K.T., & Powell, B. (2010). Enhancing attachment security in the infants of woman in a jail-diversion program. *Attachment & Human Development*, 12, 333-353.
- Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (S.d.). *Hébergement, ressources de type familial (famille d'accueil)*. En ligne. <<http://www.cjmcq.qc.ca/nos-interventions/hebergement+/ressources-de-type-familial-famille-d-accueil>>. Consulté le 13 décembre 2010.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2005). *Services d'hébergement*. En ligne. <http://www.centrejeunessemonteregie.qc.ca/web/_fr/nosServices/servicesHebergement.htm>. Consulté le 13 décembre 2010.
- Centre jeunesse de Québec. (2008). *Adoption et banque mixte*. En ligne. <<http://www.centrejeunessedequebec.qc.ca/Afficher.aspx?section=627>>. Consulté le 13 décembre 2010.
- Chicoine, J-F., Germain, P., & Lemieux, J. (2003). *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*. Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Developmental and Psychopathology*, 18, 623-649.
- Cicchetti, D., Toth, S.L., & Rogosch, F.A. (1999). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment & Human Development*, 1, 34-66.
- Clausen, J.M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 283-296.

- Cohen, N.J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C.J., Barwick, M. & Brown, M. (1999). Watch, wait, & wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429-451.
- Colle, L., & Del Giudice, M. (2011). Patterns of attachment and emotional competence in middle childhood. *Social Development*, 20, 51-72.
- Contreras, J.M., Kerns, K.A., Weimer, B.L., Gentzler, A.L., & Tomich, P.L. (2000). Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood. *Journal of Family Psychology*, 14, 111-124.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Marvin, R. (2005). The circle of security intervention: differential diagnosis and differential treatment. In L.J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M.T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 100-124). New York: Guilford Press.
- Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2001). *Grille d'interactions parent-enfant pour les périodes préscolaires et scolaire*. Document inédit, Université du Québec à Montréal.
- Cyr, C., Euser, E.M., Bakermans-Kranenberg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-108.
- Cyr, R. (2009). *Prévenir l'obésité chez les enfants: Une question d'équilibre*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Davies, J.K., & Bledsoe, J.M. (2005). Prenatal alcohol and drug exposures in adoption. *Pediatric Clinic of North America*, 52, 1369-1393.
- Denham, S.A., Blair, K., Schmidt, M., & DeMulder, E. (2002). Compromised emotional competence: Seeds of violence sown early? *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 70-82.
- 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.
- Direction des jeunes et des familles, ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010a). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. 926 p. En ligne. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-838-04.pdf>>. Consulté le 19 janvier 2011.

- Direction des jeunes et des familles, ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010b). *Un projet de vie, des racines pour la vie. Qu'est-ce qu'un projet de vie pour un enfant dont la situation est prise en charge par la DPJ?* 32 p. En ligne. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-838-03F.pdf>>. Consulté le 17 janvier 2011.
- Dozier, M., Grasso, D., Lindhiem, O., & Lewis, E. (2007). The role of caregiver commitment in foster care: insights from the this is my baby interview. In D. Oppenheim et D.F. Goldsmith (Eds.), *Attachment theory in clinical work with children*. (pp. 90-108). New-York: The Guilford Press.
- Dozier, M., Higley, E., Albus, K.E. & Nutter, A. (2002). Une intervention auprès des parents d'accueil visant à répondre aux trois besoins les plus critiques des jeunes enfants placés. *PRISME*, 38, 50-65.
- 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., Lindhiem, O., & Ackerman, J.P. (2005). Attachment and biobehavioral catch-up. In L.J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M.T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 178-194). New York: Guilford Press.
- Dozier, M., Lindhiem, O., Lewis, E., Bick, J., Bernard, K., & Peloso, E. (2009). Effects of a foster parent training program on young children's attachment behaviors: Preliminary evidence from a randomized clinical trial. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26, 321-332.
- Dozier, M., Manni, M., Gordon, M. K., Peloso, E., Gunnar, M. R., & Stovall-McClough, K. C. et al. (2006). Foster children's diurnal production of cortisol: An exploratory study. *Child maltreatment*, 11, 189-197.
- Dozier, M. Peloso, E., Lewis, E., Laurenceau, J.-P., & Levine, S. (2008). Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in Foster care. *Development and Psychology*, 20, 845-859.
- 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., & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 698-717). New York: Guilford Press.

- Dozier, M., & Sepulveda, S., (2004). Foster mother state of mind and treatment use: Different challenges for different people. *Infant Mental Health Journal*, 25, 368-378.
- Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K.E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72, 1467-1477.
- Dubé, J. (2007). *Étude sur des enfants de 0 à 5 ans placés en famille d'accueil régulière et en famille d'accueil de type banque mixte : Caractéristiques des enfants et de l'intervention*. Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval, 135 p.
- Ferland, F. (2002). *Et si on jouait? Le jeu chez l'enfant de la naissance à six ans*. Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Fisher, P.A., Ellis, 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.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran G.S. & Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- Frankel, K., & Bates, J. (1990). Mother-toddler problem solving: Antecedents in attachment, home behavior, and temperament. *Child Development*, 61, 810-819.
- Gagnier, N. (2006). *Ah! non... pas une crise : les crises de colère chez les 2 à 6 ans et même plus*. Montréal : Les Éditions La Presse.
- Goldberg, S., Benoit, D., Blokland, K., & Madigan, S. (2003). Atypical maternal behaviour, maternal representations, and infant disorganized attachment. *Development and Psychopathology*, 15, 239-257.
- Goldman, G.D., & Ryan, S.D. (2011). Direct and modifying influences of selected risk factors on children's pre-adoption functioning and post-adoption adjustment. *Children and Youth Services Review*, 33, 291-300.
- Gough, P., & Perlman, N. (2006). *Le trouble de l'attachement. Feuillelet d'information du CEPB #37F*. Toronto (Ontario) Canada : Université de Toronto, École de service social. En ligne. <www.vececw-cepb.ca/DocsFra/AttachementDisorder37F.pdf>. Consulté le 7 mars 2007.
- Green, J., & Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 835-846.

- Grossmann, K., Grossmann, K.E., Splaner, G., Suess, G., & Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 233-256.
- Groza, V., & Ryan, S.D. (2002). Pre-adoption stress and its association with child behaviour in domestic special needs and international adoptions. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 181-197.
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Reviews of Psychology*, 58, 145-173.
- Gunnar, M.R. & Vazquez, D.M. (2001). Low cortisol and a flattening of expected daytime rhythm: Potential indices of risk in human development. *Development and Psychopathology*, 13, 515-538.
- Hane, A.A., & Fox, N.A. (2006). Ordinary variation in maternal caregiving influence human infants' stress reactivity. *Psychological Bulletin*, 17, 550-556.
- Hertsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M. F., & Nachmias, M. (1995). Adrenocortical responses to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development*, 66, 1100-1106.
- Hesse, E. (2008). The adult attachment interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 552-598). New York: Guilford Press.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioural and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behaviour in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Developmental and Psychopathology*, 18, 309-343.
- Hoffman, K.T., Marvin, R.S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: the circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017-1026.
- Howe, D., & Fearnley, S. (2003). Disorders of attachment in adopted and fostered children: recognition and treatment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 369-387.

- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., McGauley, G.A., & Fonagy, P. (2001). Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*, 791-801.
- Institut canadien d'information juridique. (2011). *Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q. c. P-34.1*. En ligne. <http://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/lrq-c-p-34.1/derniere/lrq-c-p-34.1.html#CHAPITRE_I_INTERPRETATION_ET_APPLICATION_736>. Consulté le 21 janvier 2011.
- Institut national de la santé publique du Québec. (S.d.). *Enfance et jeunesse*. En ligne. <<http://www.inspq.qc.ca/domaines/index.asp?Dom=20&Axe=21>>. Consulté le 7 mars 2007.
- Institut national de la santé publique du Québec. (2007). *Naissances selon la durée de la grossesse et le poids à la naissance, Québec, 1975-2005*. En ligne. <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/naissance/418.htm>. Consulté le 15 octobre 2007.
- Jee, S.H., Conn, A-M., Szilagy, P.G., Blumkin, A., Baldwin, C.D. & Szilagy, M.A. (2010). Identification of social-emotional problems among young children in foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*, 1351-1358.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenberg, M.J., & van IJzendoorn, M.H., (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*, 263-274.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenberg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2008a). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Taylor & Francis.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenberg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2008b). Methods of the video-feedback programs to promote positive parenting alone, with sensitive discipline, and with representational attachment discussions. In F. Juffer, M.J. Bakermans-Kranenberg & M.H. van IJzendoorn (Eds). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. (pp. 11-21). New York: Taylor & Francis.
- Juffer, F., van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenberg, M.J. (2008). Supporting adoptive families with video-feedback intervention. In F. Juffer, M.J. Bakermans-Kranenberg & M.H. van IJzendoorn (Eds), *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. (pp. 139-153). New York: Taylor & Francis.
- Kalland, M., Sinkkonen, J., Gissler, M., Meriläinen, J., & Siimes, M.A. (2006). Maternal smoking behavior, background and neonatal health in Finnish children subsequently placed in foster care. *Child Abuse & Neglect*, *30*, 1037-1047.

- Keren, M., Dollberg, G., & Tyano, S. (soumis). Developmental significance of adoption failure; the need for a preventive intervention for adoptive parents of post-institutionalized infants.
- Kerns, K.A. (1994). A longitudinal examination of links between mother-child attachment and children's friendships in early childhood. *Journal of Social and Personal Relationships, 11*, 379-381.
- Kerns, K.A., Abraham, M.M., Schlegelmilch, A., & Morgan, T.A. (2007). Mother-child attachment in later middle childhood: Assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attachment & Human Development, 9*, 33-53.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M.H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology, 20*, 266-274.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., van IJzendoorn, M.H., Mangelsdorf, S.C., & Zevalkink, J. (2006). Preventing preschool externalizing behaviour problems through video-feedback intervention infancy. *Infant Mental Health Journal, 27*, 466-493.
- Klein Velderman, M., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2008). A case study and process evaluation of video feedback to promote positive parenting alone and with representational attachment discussions. In F. Juffer, M.J. Bakermans-Kranenburg & M.H. van IJzendoorn (Eds). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. (pp. 22-36). New York: Taylor & Francis.
- Labasi, D. & Duchesneau, H. (2007). Modèle d'intervention clinique en CLSC auprès des familles adoptantes et de leurs enfants. *PRISME, 46*, 310-323.
- Lacharité, C. & Éthier, L.S. (2003). *Service d'aide intégrée pour contrer la négligence. Description sommaire d'un modèle d'intervention, Document de travail du Groupe de recherche et d'intervention en négligence*, Université du Québec à Trois-Rivières, 23 p.
- Larin, S. (2002). *Évaluation de l'efficacité du programme d'intervention « Co-Naitre » auprès de mères et d'enfants extrêmement prématurés*. Thèse de doctorat, Québec, Université Laval, 241 p.
- Larin, S. (2007). *La sensibilité parentale*. Présentation powerpoint dans le cadre de la formation sur l'attachement comme outil d'intervention : Intervenir avec des dyades parent-enfant à court terme pour promouvoir la sécurité du lien d'attachement, Montréal.

- Larin, S., St-Georges, R., Jacques, C., Otis, N., & Desaulniers, R. (2006). *Programme en intervention relationnelle: Guide d'intervention*. Joliette : Direction de la qualité des services professionnels, les Centres jeunesse de Lanaudière.
- Lavoie, L., Noël, L. & Rochon, G. (1996). Le programme Banque-mixte : nouvelle réalité de l'adoption québécoise. *Défi jeunesse*. En ligne. Vol. 2, no 2, p. 10-14. <http://www.centrejeunesdemontreal.qc.ca/pdf/cmulti/defi/defi_junesse_9602/banque_mixte.htm>. Consulté le 13 décembre 2010.
- Lemieux, M. (2010). *Portrait de l'adaptation des jeunes enfants en familles d'accueil et en banque mixte au Québec*. Essai de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal, 92 p.
- Lieberman, A.F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New-York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 67-96.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R. & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 63-86.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M. A., & Cibelli, C. D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental psychology*, 33, 681-692.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). *Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies*. New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 666-697). New York: Guilford Press.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., Moran, G., Pederson, D.R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behaviour, and disorganization attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8, 89-111.
- Madigan, S., Moran, G., & Pederson, D.R. (2006). Unresolved states of mind, disorganized attachment relationships, and disrupted interactions of adolescent mothers and their infants. *Developmental Psychology*, 42, 293-304.

- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology, 24*, 415-426.
- Main, M., Kaplan, M., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*, 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago.
- Martello, E. (2007). *Enfin je dors... et mes parents aussi*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Marvin, R.S., & Britner, P.A. (2008). Normative development: the ontogeny of attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 269-294). New York: Guilford Press.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman K., & Powell, B. (2002). The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development, 4*, 107-124.
- Matas, L., Arend, R.A., & Sroufe, L.A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development, 49*, 547-556.
- McWey, L.M., & Mullis, A.K. (2004). Improving the lives of children in foster care: The impact of supervised visitation. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 53*, 293-300.
- Meaney, M. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Reviews in Neuroscience, 24*, 1161-1192.
- Mesman, J., Stolk, M.N., van Zeijl, J., Alink, L.R.A., Juffer, F., Bakermans-Kranenberg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Koot, H.M. (2008). Extending the video-feedback intervention to sensitive discipline: The early prevention of antisocial behavior. In F. Juffer, M.J. Bakermans-Kranenberg & M.H. van IJzendoorn (Eds), *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. (pp. 171-191). New York: Taylor & Francis.

- Mikulincer, M., Horesh, N., Levy-Shiff, R., Manovich, R., & Shalev, J. (1998). The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *British Journal of Medical Psychology*, *71*, 265-280.
- Ministère de la Justice du Québec. (2009). *Avant-projet de loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et d'autorité parentale*. 22 p. En ligne. <<http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/consultation/doc-consultation.pdf>>. Consulté le 17 janvier 2011.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. 184p. En ligne. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-01.pdf>>. Consulté le 17 janvier 2011.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Les services intégrés en périnatalité et petite enfance – Favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans – Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales*. 283p. En ligne. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-836-01.pdf>>. Consulté le 17 janvier 2011.
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A.J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *15*, 63-70.
- Moran, G., Forbes, L., Evans, G., Tarabulsky, M., & Madigan, S. (2008). Both maternal sensitivity and atypical maternal behaviour independently predict attachment security and disorganization in adolescent mother-infant relationships. *Infant Behaviour and Development*, *31*, 321-325.
- Moran, G., Pederson, D.R., & Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal*, *26*, 231-249.
- Moss, E., Bernier, A., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., St-Laurent, D., & Tarabulsky, G. (2006). *Rapport final d'évaluation du programme sur l'attachement en intervention relationnelle destinée à l'enfant (0 à 5 ans) et à son parent*. Rapport de recherche présenté au Centre national pour la prévention du crime (CNPC).
- 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., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychopathology, 40*, 519-532.
- Moss, E., Dozier, M., Bernier, A., Tarabulsy, G., & St-Laurent, D. (2006). *Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et l'auto-régulation des enfants placés en famille d'accueil*. Rapport scientifique remis au FQRSC.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Carignan, M., & St-André, M. (2009). *Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et le développement moteur et cognitifs des enfants placés en famille d'accueil*. Conseil canadien sur l'apprentissage.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G.M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology, 23*, 195-210.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, S. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development, 69*, 1390-1405.
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behaviour problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and Psychopathology, 18*, 425-444.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology, 37*, 863-874.
- Moss, E., St-Laurent, D., & Parent, S. (1999). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology, 37*, 863-874.
- Nadeau, L. (2007). *Les étapes du processus d'adoption au Centre jeunesse de Québec Institut universitaire*. 216 p. En ligne. <http://www.centrejeunessedequebec.qc.ca/institut/documents/etapes_processus_adoption.pdf>. Consulté le 12 janvier 2011.
- Noël, L. (2008). *Récits d'adoption: Cinq aventures familiales*. Montréal : Béliveau Éditeur.
- Noël, L., Dupuis, D., Lavoie, L., & Carbonneau, M. (2001). La réalité des postulants et des parents impliqués dans un projet d'adoption de type Banque-mixte. *Défi jeunesse*. En ligne. Vol. 7, no 2, p. 14-20. <http://www.centrejeunessemontreal.qc.ca/pub_revue.htm>. Consulté le 13 décembre 2010.

- Olds, D.L. (2005). The nurse-family partnership: Foundations in attachment theory and epidemiology. In L.J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson et M.T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy, Duke series in child development and public policy*. (pp. 217-249). New-York: The Guilford Press.
- Olds, D., Henderson, C.R., Cole, R., Eckenrode, J., Harriet, K., & Luckey, D. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour. *Journal of the American Medical Association*, *280*, 1238-1244.
- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R., & Robinson, J. (1997). Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *Journal of Community Psychology*, *25*, 9-25.
- Ontai, L.L., & Thompson, R.A. (2002). Patterns of attachment and maternal discourse effects on children's emotion understanding from 3 to 5 years of age. *Social Development*, *11*, 433-350.
- Pagé, G., Piché, A-M., Ouellette, F.R., & Poirier, M-A. (2008). Devenir parent sans donner naissance : la construction d'un lien avec un enfant en contexte d'adoption. In C. Parent & M. Brousseau (Eds.), *Visages de la parentalité*. (pp. 90-121). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Paquette, F. (2004). *À chaque enfant son projet de vie permanent : un programme d'intervention 0 à 5 ans*. Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 137 p.
- Park, K.A., & Waters, E. (1989). Security of attachment and preschool friendships. *Child Development*, *60*, 1076-1081.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.Y., Chamberland, C., & Robert, M. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps. Section 2 : Portrait des jeunes âgés de 0 à 5 ans*. Sherbrook : Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.
- Pederson, D.R., & Moran, G. (1995). A categorical description of infant-mother relationship 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., Sitko, C., Campbell, K., Ghesquire, K., & Acton, H. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: A q-sort study. *Child Development*, *61*, 1974-1983.
- Pederson, D.R., & Krupka, A. (1998). *Some things to watch and listen in tapes of parent-infant interaction*. University of Western Ontario.

- Perrault, I., & Beaudoin, G. (2008). *La négligence des enfants: Bilan de connaissances*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales. 46 p. En ligne.
<http://www.clipp.ca/doc/fr/attachments/Bilans_de_connaissance/neglignence_enfants.pdf>. Consulté le 3 février 2011.
- Peters, B.R., Atkins, M.S., & McKernan McKay, M. (1999). Adopted children's behavior problems: A review of five explanatory models. *Clinical Psychology Review*, 19, 297-328.
- Poirier, M-A., Carignan, M., Pagé, G., & Normandeau, S. (2009). *Les enfants adoptés via le programme Banque-mixte : quel est leur portrait 15 ans plus tard?* Atelier présenté au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Poirier, M.A., Simard, M., & Beaudry, M. (1998). Recension critique de programmes de visites supervisées. *La Revue internationale de l'éducation familiale*, 2, 57-70.
- Poirier, M.A., Simard, M.C., Dumont, R., & Richard, A.M. (2005). L'approche s'occuper des enfants (SOCEN) : une initiative visant le développement optimal des enfants placés en famille d'accueil. *Intervention*, 123, 28-36.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, R. (2007). The circle of security project: A case study – “It hurts to give that which you did not receive”. In D. Oppenheim et D.F. Goldsmith (eds.), *Attachment theory in clinical work with children: Bridging the gap between research and practice*. (pp. 172-202). New-York: The Guilford Press.
- Racine, B. (2008). *La discipline, un jeu d'enfant*. Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Raikes, H. A., & Thompson, R.A. (2006). Family emotional climate, attachment security and young children's emotion knowledge in a high risk sample. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 89-104.
- Savage, J., Brodsky, N.L., Malmud, E., Giannetta, J.M., Hurt, H. (2005). Attentional functioning and impulse control in cocaine-exposed and control children at age ten years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 42-46.
- Schneider, B.H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*, 37, 86-100.
- Schofield, G. & Beek, M. (2006). *Attachment handbook for foster care and adoption*. London: British Association for Adoption & Fostering.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M.J. & van IJzendoorn, M.H. (1999). Frightening maternal behaviour linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54-63.

- Service des jeunes et des familles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2007). *On a signalé la situation de votre enfant à la DPJ : Que devez-vous savoir maintenant?* 24 p. En ligne. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-838-02.pdf>>. Consulté le 24 janvier 2011.
- Slade, A. (1987). Quality of attachment and early symbolic play. *Developmental Psychology*, 23, 78-85.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7, 283-298.
- 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.
- Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Stams, G-J.J.M., Juffer, F., & van IJzendoorn, M.H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, 806-821.
- St-André, M., Carignan, M., & Marchand, D. (2007). *L'adoption – État des lieux*. Montréal: Éditions du CHU Ste-Justine.
- Steele, M., Kaniuk, J., Hodges, J., Haworth, C., & Huss, S. (2006). *The use of the adult attachment interview: Implications for assessment in adoption and foster care*. Appeared in *Assessment, Preparation and Support: Implications from Research published by British Agencies for Adoption and Fostering Publications*. En ligne. <<http://www.annafreudcentre.org/baaf.htm>>. Consulté le 6 janvier 2007.
- Steele, H., Steele, M., Croft, C., & Fonagy, P. (1999). Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years. *Social Development*, 8, 161-178.
- Steinhauer, P.D. (1988). The preventive utilization of foster care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 459-467.
- St-Laurent, D., Larin, S., Tarabulsky, G.M., Moss, E., Bernier, A., Dubois-Comtois, K., & Cyr, C. (2008). Intervenir auprès de familles vulnérables selon les principes de la théorie de l'attachement. *Infirmière clinicienne*, 5, 21-29.

- Stovall, K.C., & Dozier, M. (2000). The evolution of attachment in new relationships: Single subject analyses for ten foster infants. *Development and Psychopathology, 9*, 133-156.
- Toth, S.L., Maughan, A., Manly, J.T, Spagnola, M., & Cicchetti, D. (2002). The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models : Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology, 14*, 877-908.
- Toth, S.L., Rogosch, F.A., Manly, J.T., & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1006-1016.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J., & Larrivée, M.-C. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse du Québec (ÉIQ)*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).
- Turcotte, G., Cardinal, G. & Sanchez, I. (2007). *Le programme À chaque enfant son projet de vie permanent. Rapport d'évaluation d'implantation*. Montréal: IRDS.
- van Den Bergh, B.R.H., Mulder, E.J.H, Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioral development of the foetus and child: links and possible mechanism. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29*, 237-258.
- van den Boom, D.C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among low-class mothers with irritable infants. *Child Development, 65*, 1457-1477.
- van den Boom, D.C. (1995). Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development, 66*, 1798-1816.
- van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, 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 IJzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment : A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117*, 387-403.

- van IJzendoorn, M.H., Juffer F., & Duyvesteyn, M.G.C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment : A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 225-248.
- van IJzendoorn, M.H., Juffer, F., & Poelhuis, C.W.K. (2005). Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychological Bulletin*, 131, 301-316.
- 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, 225-249.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., Stolk, M.N., Koot, H.M., & Alink, L.R.A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behaviour problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 994-1005.
- Waters, E. & Deane, K.E. (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, 41-103.
- Webster-Stratton, C. (2005). *The incredible years: A trouble-shooting guide for parents of children aged 2-8 years*. Seattle: Incredible years.
- Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: conceptual and empirical aspects of security. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment second edition: Theory, research, and clinical applications* (pp. 78-101). New York: Guilford Press.
- Zima, B.T., Bussing, R., Freeman, S., Yang, X., Belin, T.R., & Forness, S.R. (2000) Behavior problems, Academic skill delays and school failure among School-aged children in foster care: Their relationship to placement characteristics. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 87-103.