

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ATTACHEMENT ET ADAPTATION SOCIOÉOTIONNELLE CHEZ DES
ENFANTS HÉBERGÉS EN CENTRE JEUNESSE

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CLAUDE BISAILLON

NOVEMBRE 2008

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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

Ce travail a été rendu possible grâce à la contribution de plusieurs personnes. Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice, Ellen Moss, qui a su m'aider, parfois au prix d'une énergie considérable, à développer des aptitudes en recherche. Sa grande disponibilité et son expertise ont été des appuis inestimables. Un merci particulier à Jean Bégin, qui a fait preuve d'une patience légendaire afin que je puisse apprivoiser certains rudiments des statistiques. Je tiens aussi à témoigner ma reconnaissance à Jean-François Bureau, qui m'a soutenue intensément tout au long de l'analyse des données, telles qu'en témoignent les centaines de courriels échangés durant cette période. Merci aussi à Karine Dubois-Comtois et à Dominique Duchesne, qui ont su m'épauler à plusieurs moments propices.

L'idée de ce projet de recherche revient à Pierre Foucault, formateur au Centre jeunesse de Laval, de concert avec les éducateurs du Service de réadaptation pour enfants. Je lui dois l'éveil de mon intérêt pour le domaine de l'attachement. Par la suite, ce projet a pu prendre forme grâce à l'appui indéfectible de Danièle Dulude, alors directrice générale adjointe du Centre jeunesse de Laval, dont l'enthousiasme initial a constitué un tremplin essentiel. Merci aussi à Francine Marcil, alors coordonnatrice des services professionnels et supérieure hiérarchique, qui a veillé à faciliter la réalisation concrète des différentes étapes de l'expérimentation. Je ne peux passer sous silence la contribution importante de Guylaine Lehoux, psycho-éducatrice, qui m'a secondée dans l'organisation de l'expérimentation et qui a chapeauté la réflexion clinique portant sur l'attachement en réadaptation. Par moments, elle a fait office de base de sécurité, témoignant de son encouragement et de sa confiance sans jamais douter de mes capacités. La collaboration de Véronique Lamontagne comme expérimentatrice a été très

appréciée, de même que celle de tous les intervenants sociaux et éducateurs du Centre jeunesse qui ont participé au recrutement et à l'expérimentation avec le dévouement qui les caractérise si bien.

Je tiens aussi à mentionner l'apport précieux d'Annie Bisaillon et de Lily Gingras, qui ont généreusement accepté de réviser les dernières versions de ce manuscrit dans des délais très courts.

Finalement je souhaite exprimer une immense reconnaissance à mon conjoint qui a dû si souvent faire les frais de ma disponibilité limitée. Et surtout, j'espère que l'attachement de mes enfants n'aura pas trop souffert des exigences parfois énormes liées à ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----|
| LISTE DES TABLEAUX..... | vi |
| RÉSUMÉ..... | vii |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| CHAPITRE I | |
| REVUE DE LA DOCUMENTATION..... | 6 |
| 1.1 Caractéristiques des enfants placés..... | 6 |
| 1.1.1 Facteurs de risque familiaux..... | 6 |
| 1.1.2 Facteurs de risque liés au placement..... | 8 |
| 1.1.3 Adaptation des enfants placés..... | 11 |
| 1.2 Attachement et développement de l'enfant..... | 13 |
| 1.2.1 Définitions et fonctions de l'attachement..... | 13 |
| 1.2.2 Les modèles opérants internes..... | 14 |
| 1.2.3 Mesures et classifications de l'attachement..... | 16 |
| 1.2.4 L'attachement en tant que facteur de risque ou de protection en lien avec l'adaptation de l'enfant..... | 23 |
| 1.2.5 Antécédents de l'attachement désorganisé..... | 27 |
| 1.2.6 Conséquences associées à l'attachement désorganisé..... | 29 |
| 1.3 Résumé..... | 36 |
| 1.4 Questions et hypothèses de recherche..... | 37 |
| CHAPITRE II | |
| MÉTHODOLOGIE..... | 43 |
| 2.1 Participants..... | 43 |
| 2.2 Procédure expérimentale et instruments..... | 46 |
| 2.3 Plan d'analyses..... | 59 |
| 2.4 Aspects déontologiques..... | 62 |

| | |
|---|-----|
| CHAPITRE III | 64 |
| RÉSULTATS..... | |
| 3.1 Analyses préliminaires..... | 64 |
| 3.2 Comparaisons entre les enfants Désorganisés et non-Désorganisés sur le plan des facteurs de risque..... | 66 |
| 3.3 Comparaisons entre les enfants Désorganisés et non-Désorganisés au niveau de l'adaptation socioémotionnelle et cognitive..... | 68 |
| 3.4 Comparaisons entre les enfants Désorganisés et non-Désorganisés en vérifiant l'effet modérateur de l'attachement sur le lien entre le niveau de risque global et l'adaptation socioémotionnelle et cognitive..... | 70 |
| 3.5 Correspondances entre les mesures comportementales et représentationnelles d'attachement..... | 73 |
| CHAPITRE IV | |
| DISCUSSION..... | 76 |
| 4.1 Résultats..... | 76 |
| 4.2 Implications cliniques..... | 88 |
| 4.3 Limites..... | 92 |
| 4.4 Recherches futures..... | 96 |
| APPENDICE A | |
| LETTRES D'INVITATION, FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE..... | 98 |
| APPENDICE B | |
| QUESTIONNAIRES, INVENTAIRES ET GRILLES..... | 106 |
| RÉFÉRENCES..... | 137 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Moyennes (et écart-types) des mesures d'adaptation en fonction du sexe des sujets..... | 66 |
| Tableau 2 : Moyennes (et écart-types) des facteurs de risque en fonction de la classification d'attachement représentationnelle..... | 68 |
| Tableau 3 : Moyennes (et écart-types) des mesures d'adaptation des enfants en fonction de la classification d'attachement représentationnelle..... | 69 |
| Tableau 4 : Résultats de la régression hiérarchique linéaire évaluant l'effet modérateur du statut représentationnel d'attachement sur le lien entre l'indice global de risque et l'adaptation selon les problèmes généraux au CBCL..... | 71 |
| Tableau 5 : Résultats de la régression hiérarchique linéaire évaluant l'effet modérateur du statut représentationnel d'attachement sur le lien entre l'indice global de risque et l'adaptation selon l'échelle « intériorisation » du CBCL..... | 72 |
| Tableau 6 : Résultats de la régression hiérarchique linéaire évaluant l'effet modérateur du statut représentationnel d'attachement sur le lien entre l'indice global de risque et l'adaptation selon l'échelle « extériorisation » du CBCL..... | 73 |
| Tableau 7 : Correspondances entre la classification d'attachement comportementale et 3 échelles de désorganisation des Récits narratifs..... | 75 |

RÉSUMÉ

L'objectif de cette thèse doctorale est de présenter un portrait détaillé d'un échantillon d'enfants hébergés par un centre jeunesse, en examinant leur statut d'attachement et leur adaptation socioémotionnelle et cognitive. À cette fin, nous avons évalué le statut d'attachement représentationnel, l'adaptation psychosociale et cognitive et documenté différents facteurs de risque liés à la figure d'attachement principale et à l'histoire de maltraitance et de placement de 27 enfants. Pour ce faire, 27 dyades enfant/figure d'attachement principale ont participé à une visite en laboratoire au cours de laquelle plusieurs mesures ont été administrées et les adultes présents dans le milieu de vie de l'enfant ont rempli des questionnaires concernant l'enfant. Au niveau de l'attachement, les Récits narratifs (Solomon, George & De Jong, 1995) ont été administrés aux enfants afin d'évaluer leurs représentations et la Procédure de séparation-réunion (Main & Cassidy, 1988) a été administrée aux dyades afin d'évaluer les stratégies comportementales. Les participants ont ensuite été regroupés selon qu'ils démontraient des représentations Désorganisées ou Organisées, dans le but de vérifier différentes hypothèses. Afin de vérifier les effets principaux associés à la classification d'attachement en deux catégories, les enfants Désorganisées ont été comparés aux enfants non-Désorganisées au niveau de différents facteurs de risque et au niveau de leur adaptation psychosociale et de leur rendement intellectuel. Ensuite, des analyses ont permis de vérifier l'effet modérateur de l'attachement sur le lien entre les facteurs de risque et l'adaptation.

Au niveau des effets principaux de la classification d'attachement, les résultats n'appuient pas les hypothèses proposant que le niveau de risque des enfants Désorganisées soit plus élevé que celui des enfants non-Désorganisées. Le nombre d'événements de vie stressants ne diffère pas selon les groupes, tandis qu'au niveau de la santé mentale, contrairement aux prédictions, ce sont les enfants du groupe Organisé dont les figures d'attachement démontrent des taux significativement plus élevés de détresse psychologique et de dissociation. Dans le même sens, le risque sociodémographique tend à être plus élevé chez les figures d'attachement principales des enfants non-Désorganisées. Le risque lié à l'histoire de maltraitance et de placement ne permet pas de distinguer les enfants Désorganisées des enfants non-Désorganisées. Au niveau de l'adaptation socioémotionnelle et cognitive, la classification représentationnelle d'attachement ne révèle pas de différence significative. Néanmoins, les résultats de cette thèse confirment le rôle modérateur de l'attachement sur le lien entre les facteurs de risque contextuels et l'adaptation socioémotionnelle.

lien entre les facteurs de risque contextuels et l'adaptation socioémotionnelle. Chez les enfants présentant des représentations d'attachement désorganisées, le niveau de risque contextuel est significativement lié aux difficultés globales d'adaptation. Ces résultats appuient l'importance d'utiliser des protocoles d'évaluation validés auprès des enfants placés et de leur faire bénéficier de modalités d'interventions spécifiques visant à promouvoir des représentations d'attachement non désorganisées et à améliorer leur gestion de l'agressivité.

INTRODUCTION

Chaque année au Québec, des milliers d'enfants dont la sécurité ou le développement est considéré compromis sont pris en charge par les services de la Protection de la jeunesse. Par exemple, au cours de l'année 2005-2006, 31 000 jeunes au Québec bénéficiaient de ces services, parmi lesquels près du tiers était des enfants âgés de 6 à 12 ans. Le principal motif de compromission pour ce groupe était la négligence (77% des cas). En combinant cette problématique avec les abus physiques, les abus sexuels et l'abandon, on obtient une proportion de 92% d'enfants suivis pour mauvais traitements, soit près de 11 000 enfants (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, 2007). Parmi ceux-ci, plus de 4000 par année sont retirés de leur milieu familial pour une durée variable (Ministère de la santé et des services sociaux, 2008).

Les enfants suivis par les services de la Protection de la jeunesse constituent une population particulièrement vulnérable, car en plus de la maltraitance dont la majorité a fait l'objet, les recherches révèlent chez ceux-ci un cumul de facteurs de risque sur le plan socio-économique et au niveau des caractéristiques parentales, qui mettent en péril leur adaptation générale. Par exemple, l'étude de Pausé et de ses collaborateurs (2000), effectuée dans plusieurs centres jeunesse du Québec, présente le portrait d'un échantillon représentatif de 188 enfants de 6 à 11 ans et de leur famille

inscrits à la prise en charge de la protection de la jeunesse. Sur le plan socio-économique, les familles de ces enfants sont pour la majorité caractérisée par la monoparentalité et la pauvreté chronique. On retrouve aussi dans les milieux d'origine différents indices de difficultés parentales ou familiales et des troubles psychologiques ou d'adaptation chez les enfants.

Certains outils d'évaluation sont utilisés par les services de protection de la jeunesse afin de documenter la situation d'un enfant et de sa famille, tels que le Système de soutien à la pratique (Sogique, 2000) et l'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (Vézina, Bradet & Pelletier, 1990), mais leur utilisation est variable et aléatoire entre les différents centres jeunesse et même à l'intérieur d'un même centre jeunesse, puisqu'il n'existe pas à ce jour de normes provinciales en matière d'évaluation. Le Système de soutien à la pratique professionnelle est une grille informatisée construite en fonction des alinéas de la Loi sur la protection de la jeunesse qui consiste en un système d'analyses et d'arborescences permettant d'orienter la décision concernant la compromission de la situation d'un enfant au niveau de sa sécurité ou de son développement. Cet instrument comprend différentes rubriques comme l'état de dangerosité pour l'enfant, la gravité de la matérialité des faits, la vulnérabilité de l'enfant et les compétences parentales. Toutefois, nombre d'items dans chacune de ces rubriques comportent une grande part de subjectivité, comme par exemple l'appréciation des ressources intellectuelles

et de la maturité d'un parent, qui ne comprend aucun critère précis d'évaluation.

L'ICBE (Vézina et al., 1990) est une grille validée basée sur l'observation en milieu familial, qui permet de circonscrire les forces et les faiblesses des approches éducatives des parents et les gradients de risque caractérisant leur situation. Cet outil comprend 43 échelles, dont la surveillance, la discipline, la stimulation, l'acceptation et l'approbation à l'égard de l'enfant, la reconnaissance des problèmes, la motivation des parents et la collaboration avec les services. Actuellement, une minorité d'intervenants sont formés pour utiliser cet outil, qui ne fait pas l'objet d'une politique d'utilisation formelle.

La Loi sur la protection de la jeunesse a été modifiée récemment (projet de loi n°125, chapitre 34, 2006) et comprend maintenant des durées de placement maximales en vue de permettre aux enfants de bénéficier dans les meilleurs délais d'un projet de vie permanent. Bien que la loi continue de privilégier le maintien et la réunification dans la famille d'origine, les durées maximales de placement prévues sont maintenant de 12 mois pour les enfants de moins de 2 ans, de 18 mois pour les enfants de 2 à 5 ans et de 24 mois pour les enfants de 6 ans et plus. Ces balises ont pour but de favoriser la stabilité des liens et la continuité des soins aux enfants dont les parents ne peuvent exercer adéquatement leurs responsabilités parentales, afin de favoriser un développement normal. Pour ce faire, le milieu de vie de

l'enfant doit être en mesure d'offrir des garanties solides sur les plans de l'attachement, de la continuité et de la stabilité afin d'éviter les conséquences néfastes liées à l'instabilité et au ballottage. Ces modifications à la loi confèrent plus que jamais une portée majeure aux décisions prises en regard de l'hébergement des enfants.

Les enfants hébergés par les services de protection apparaissent aux prises avec plusieurs facteurs de risque importants qui mettent en péril leur adaptation générale. Les modalités d'évaluation utilisées auprès d'eux s'avèrent très variables malgré les impacts majeurs des décisions qui peuvent en découler, notamment les mesures de placement. Cette étude vise ainsi à recueillir un portrait clinique détaillé d'un échantillon d'enfants âgés entre six et dix ans, hébergé sur le territoire du Centre jeunesse de Laval. Nous allons comparer les enfants ayant un attachement désorganisé et ceux ayant un attachement organisé au niveau de leur profil d'adaptation, de leur trajectoire de maltraitance et de placement et des caractéristiques de leur figure d'attachement principale.

Il est souhaité que ce protocole d'évaluation puisse contribuer à l'amélioration des modalités d'évaluation actuelles dans les services de protection afin de mieux déterminer l'orientation et les interventions pertinentes auprès des enfants placés.

Le premier chapitre présentera une recension des écrits portant sur les caractéristiques des enfants suivis par les services de protection. Nous

examinerons d'abord la contribution des facteurs de risque familiaux et des facteurs de risque liés à l'histoire de maltraitance et de placement, à l'adaptation de ces enfants. Dans un deuxième temps, nous discuterons de la pertinence de la théorie de l'attachement afin de développer une meilleure compréhension des besoins de ces enfants. Suivra une revue des études empiriques qui ont documenté les associations entre les différents patrons d'attachement et l'adaptation, avec une emphase sur la population des enfants maltraités et placés. Cette revue de la documentation servira de fondement pour les questions de recherche. Nous décrivons dans le second chapitre la méthodologie utilisée dans le cadre de la présente étude. Le troisième chapitre présentera les résultats obtenus et le dernier chapitre consistera en une discussion des contributions et limites de cette recherche et des pistes d'intervention et de recherche qui s'en dégagent.

CHAPITRE I

REVUE DE LA DOCUMENTATION

1.1 Caractéristiques des enfants placés

1.1.1 Facteurs de risque familiaux

Plusieurs facteurs de risque familiaux importants ont été associés à la maltraitance. Un statut socio-économique défavorisé et du côté des parents, différentes formes de psychopathologie, des problèmes dans l'exercice des compétences parentales, la présence de détresse psychologique, l'isolement social, la toxicomanie et la criminalité sont fréquents (Cicchetti & Toth, 2000; Éthier, Lacharité, Gagnier & Couture, 1995 ; Rutter, 2000). Parmi ces facteurs de risque, certains influencent l'orientation du placement. Des études suggèrent que des éléments comme la toxicomanie, les activités criminelles, les problèmes ou l'absence de logement influencent de manière significative les orientations en terme de placement (Frame, Berrick & Lim Brodowski, 2000 ; Rzepnicki, Schuerman & Johnson, 1997). La première enquête longitudinale d'envergure effectuée auprès des enfants suivis par les systèmes de protection américains, comprenant un sous échantillon de 700 enfants placés depuis un an, révèle davantage de facteurs de risque chez ce groupe comparativement aux enfants suivis par la protection de la jeunesse mais qui sont maintenus dans leur milieu d'origine (National survey of child and adolescent well-being – NSCAW - The one year in foster care (OYFC)

component, 2003). Le facteur de risque familial le plus commun pour le placement est l'absence d'un deuxième dispensateur de soins adéquat. De façon générale, on constate chez les enfants placés une diversité de facteurs de risque familiaux antérieurs au placement. En plus de provenir pour la plupart de milieux défavorisés sur le plan socio-économique, plusieurs de ces enfants ont subi les effets négatifs de facteurs tels que l'absence de soutien auprès du dispensateur de soins principal, un dysfonctionnement familial à la naissance, l'occurrence d'abus chez le dispensateur de soins dans sa propre enfance et chez les enfants plus vieux et des rapports antérieurs de maltraitance (Clyman, Harden & Little, 2002 ; Committee on early childhood and adoption and dependent care, 2000 ; Dozier, Higley, Albus & Nutter, 2002; McIntyre & Keesler, 1998).

Les enfants placés âgés de 6 à 11 ans de l'échantillon de Pauzé et de ses collaborateurs (2000) cumulent généralement davantage de facteurs de risque (deux et plus) que les enfants maintenus dans leur milieu d'origine. Sur le plan sociodémographique, ces facteurs peuvent être la monoparentalité, l'assurance emploi ou un revenu familial inférieur à \$20 000. Du côté des parents, on note des éléments tels qu'un dysfonctionnement familial, des problèmes de toxicomanie, un diagnostic de dépression au cours des six derniers mois, une santé physique passable ou mauvaise, un réseau social pauvre, l'incidence de violence familiale et des difficultés relationnelles

parent/enfant. L'occurrence de placements antérieurs pour l'enfant constitue un facteur de risque additionnel.

1.1.2. Facteurs de risque liés au placement

Suite à l'évaluation de la situation d'un enfant, une mesure d'hébergement est recommandée lorsque les parents ne sont pas en mesure de remédier aux facteurs qui entravent la sécurité ou le développement de l'enfant. Près du quart des enfants de l'étude de Pausé et ses collaborateurs (2000), citée plus haut, fait l'objet d'un hébergement en milieu substitut, qui implique évidemment une séparation avec une ou des figures significatives. Les impacts potentiellement négatifs de ces ruptures, qualifiées même de traumatiques par certains, sont largement reconnus (Rosenfeld et al., 1997), particulièrement sur le plan de l'attachement (Dozier, Higley, Albus & Nutter, 2002 ; Stovall & Dozier, 2000) et devraient être soigneusement considérés avant d'envisager le placement dans un milieu substitut. Le Guide concernant les normes relatives au retrait familial des enfants (Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 2005), souligne les lacunes sur le plan de l'évaluation des besoins des enfants et l'absence de critères déterminants et reconnus pour recourir au placement. Ce guide préconise une évaluation exhaustive des caractéristiques psychologiques, développementales et familiales des enfants basée sur des critères et des outils valides et pertinents, qui ne sont toutefois pas précisés. L'étude de

Pauzé et de ses collaborateurs (2000) démontre d'ailleurs le faible lien entre les facteurs de risque familiaux et le placement, critique aussi formulée par Cicchetti (2004), qui déplore l'absence de critères validés pour justifier le retrait de même que la réunification dans les services de protection américains.

Lors d'un placement, la rupture relationnelle, souvent soudaine, avec les figures significatives de l'enfant, même si les soins reçus étaient inadéquats, constitue une expérience de perte notable qui peut entraîner une perturbation comportementale et physiologique (Dozier, Stovall, Albus & Bates, 2001 ; Dozier & al., 2002 ; Fisher, Gunnar, Chamberlain & Reid, 2000; Stovall-McClough & Dozier, 2004). De plus, bien que la majorité des enfants placés expérimente un ou deux milieux d'accueil (Berrick, Needell, Barth & Jonson-Reid, 1998), d'autres font l'objet de placements multiples, au nombre de trois par exemple pour 21% des enfants américains placés en 1998 (U.S. house of representatives, 2000). Au Québec, peu de données sont disponibles quant au nombre de placements des enfants. L'étude de Ouellette, Charbonneau, Palacio-Quintin & Jourdan-Ionescu (2001), effectuée auprès de 367 enfants de 4 à 8 ans du Centre jeunesse de la Montérégie ayant connu au moins un placement, révèle des données comparables aux études américaines, avec trois placements pour plus du quart de leur échantillon, alors que la plupart des enfants a expérimenté une ou deux familles d'accueil.

Selon Barbell & Freundlich (2001), les durées de séjour des enfants ont tendance à augmenter, ce qui serait associé à de plus grands risques de placements multiples. Ainsi, les déplacements d'un milieu d'accueil à un autre augmentent le risque de développer des difficultés d'attachement. En effet, l'enfant peut alors présenter des comportements très problématiques liés aux échecs antérieurs, qui risquent à leur tour d'affecter la qualité des soins offerts par les parents substituts (Dozier & al., 2002 ; Stovall & Dozier, 2000). En effet, ces comportements problématiques, et plus particulièrement les manifestations d'agressivité, augmentent en retour la probabilité de déplacement, créant ainsi un cycle potentiel d'échecs successifs (Dozier & al., 2002 ; Fanshel, Finch & Grundy, 1989; Newton & al., 2000 ; Rosenfeld & al., 1997). La plupart des enfants suivis par les services de protection a développé un attachement insécurisé dans son milieu d'origine et celui-ci peut influencer leurs comportements face à leurs parents substituts, du moins initialement. Les taux d'attachement insécurisé des enfants placés dépassent en effet les 50% dans plusieurs études, avec des taux d'attachement désorganisé variant entre 20% et 34% (Dozier et al., 2001 ; Stovall-McClough & Dozier, 2004 ; voir la méta-analyse de van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999).

Par ailleurs, quelques études ayant évalué le statut d'attachement des parents d'accueil révèlent des taux de classification insécurisée et plus particulièrement non résolue (variant entre 24 et 35%) plus élevée que dans

la population générale (Dozier et al., 2001 ; Duchesne, Dubois-Comtois & Moss, 2007). Les nouvelles relations d'attachement en situation de placement se construisent ainsi souvent sur des expériences antérieures problématiques, autant pour l'enfant que pour le parent d'accueil. Par conséquent, le risque de perpétuer les difficultés d'attachement des enfants devient considérable. Certains auteurs préconisent d'ailleurs une formation spécifique des familles d'accueil dans le but de développer leurs habiletés thérapeutiques et ainsi promouvoir l'établissement d'un attachement sécurisé (Dozier & al., 2002 ; Duchesne et al., 2007).

1.1.3 Adaptation des enfants placés

Les recherches empiriques démontrent que la plupart des enfants placés présente davantage de problèmes émotionnels et comportementaux que la population en général (Committee on early childhood and adoption and dependant care, 2000 ; Heflinger, Simpkins & Combs-Orme, 2000 ; Rutter, 2000). Même les enfants placés qui ne manifestent pas de difficulté sont considérés à risque en raison des facteurs présents dans leur milieu familial d'origine (Rosenfeld et al., 1997 ; Rutter, 2000). Les études américaines, effectuées principalement auprès de bébés ou de jeunes enfants, mettent en évidence chez ceux-ci des taux élevés de problèmes physiques, de retards de développement, ainsi que des difficultés psychologiques, cognitives et comportementales plus importantes que dans

la population générale (Clausen, Laudsverk, Ganger, Chadwick & Litronwnik, 1998; Dozier, Higley, Albus & Nutter, 2002 ; Leslie, Gordon, Ganger & Gist, 2002 ; Leslie, Laudsverk, Ezzet-Lofstrom, McIntyre & Keesler, 1998 ; Leslie, Landsverk, Ezzet-Lofstrom, Tschann, Slymen, & Garland, 2000 ; National survey of child and adolescent well-being, 2003 ; Pilowsky, 1995 ; voir Clyman, Harden & Little, 2002, pour une revue). La majorité des enfants (de 60 à 80%) présente au moins une maladie physique lors de leur entrée en famille d'accueil et le quart démontre trois conditions physiques chroniques ou plus (ex. retard de croissance, malformation congénitale, troubles auditifs, anémie ou asthme). Près de 40% de ces enfants sont nés prématurés ou présentent un petit poids. Sur le plan du développement, on retrouve des retards chez plus de la moitié des enfants placés, soit un taux de quatre à cinq fois plus important que dans la population générale. Environ le tiers d'entre eux affiche un taux particulièrement élevé de troubles de comportement et des taux élevés de problèmes mentaux tels que des symptômes de stress post-traumatique (Clausen & al., 1998 ; Dale, Kendall & Sheehan, 1999; McIntyre & Keesler, 1998 ; Pilowsky, 1995).

L'étude de Pautz et de ses collaborateurs (2000) révèle de façon générale des difficultés plus importantes chez les enfants placés, soit un niveau d'habileté verbale faible, la présence de problèmes intériorisés et extériorisés, un retard scolaire d'un an ou plus et la victimisation sexuelle. De plus, la majorité de ces enfants a reçu au moins un diagnostic psychiatrique.

1.2 Attachement et développement de l'enfant

1.2.1 Définition et fonctions de l'attachement

La notion d'attachement occupe depuis de nombreuses années une place prépondérante dans la conception du développement affectif de l'enfant, d'abord en tant que processus essentiel à la survie et aussi comme élément-clé de la construction de la personnalité et de l'adaptation sociale (Bowlby, 1969/1982). L'importance de ce processus par lequel le jeune enfant établit et cherche à maintenir un lien stable et de qualité avec une figure adulte sensible et protectrice, source de sécurité et de réconfort, n'est plus à démontrer, comme en témoigne l'abondance des recherches dans ce domaine au cours des vingt dernières années. Il est maintenant reconnu qu'un lien sécurisant peut favoriser chez l'enfant l'exploration optimale de son environnement et promouvoir un développement psychologique et social sain (Hesse & Main, 2006 ; voir Thompson, 1999 pour une revue).

Bowlby (1973,1980), s'appuyant sur les études en éthologie, a basé sa théorie sur l'observation structurée des réactions d'enfants soumis à des séparations avec leur figure parentale principale. Ses observations ont permis de démontrer à quel point ce besoin d'un lien protecteur spécifique constituait un facteur d'une importance aussi primordiale pour l'enfant que la réponse à ses besoins physiques. Les conséquences néfastes des perturbations significatives du processus d'attachement, par exemple lors de séparations précoces, telles la séquence de réactions de protestation, de

désespoir et finalement de détachement - cette dernière étape impliquant la perte de la capacité d'attachement – ont aussi été documentées. Selon Bowlby (1969/1982), les expériences d'attachement de l'enfant sont intériorisées vers l'âge de trois ans sous la forme de *modèles opérants internes*, formés de représentations mentales de soi, des figures d'attachement et des attentes vis-à-vis de ces figures.

1.2.2 Les modèles opérants internes

Bowlby (1969/1982) a proposé la notion de modèles opérants internes (*internal working models*) afin de définir une structure intériorisée qui se développerait vers l'âge de trois ans à partir de la synthèse des expériences d'attachement vécues par l'enfant avec ses figures principales d'attachement. Cette synthèse, formée de composantes cognitives et affectives, comprend, d'une part, une appréciation du *self*, perçu comme plus ou moins acceptable et digne de soins et de protection et, d'autre part, une perception du désir, de la capacité et de la disponibilité de la figure d'attachement à fournir la protection et les soins (Solomon & George, 1999). Les modèles internes opérants se construisent en fonction des attentes basées sur les expériences antérieures de l'enfant et vont influencer la façon dont celui-ci va se comporter dans de nouvelles situations d'attachement, cette généralisation expliquant leur relative stabilité et leur résistance au changement.

Par contre, si des changements surviennent sur le plan des attitudes des dispensateurs de soins d'un enfant et ce, de manière suffisamment persistante, certaines modifications des modèles intériorisés de l'enfant pourront s'opérer. Des événements tels des pertes significatives chez les parents (ex. maladie chronique, perte d'emploi, deuil) sont reconnus comme pouvant altérer la sensibilité et l'empathie du parent vis-à-vis de son enfant. De plus, l'autonomie grandissante de l'enfant nécessite un ajustement au niveau des attitudes parentales, ce qui implique une évolution des modèles internes opérants au cours du développement de l'enfant, évolution qui sera favorisée par un contexte de communication ouverte et cohérente (Bretherton & Munholland, 1999).

La nature des modèles internes opérants gagnerait à être mieux définie, certains auteurs plus contemporains les concevant comme des structures cognitives stables liées à des schèmes relationnels plus généraux (Baldwin, 1992) tandis que d'autres (Waters, Rodrigues & Ridgeway, 1998) les décrivent davantage comme des scripts plus spécifiques, basés sur la connaissance d'une séquence d'événements autour des comportements de recherche de refuge (*secure haven*) et de base de sécurité (*secure base*).

Lorsque l'on parle d'attachement chez le nourrisson, on réfère davantage aux comportements d'attachement qui, au fil d'interactions répétées, évolueront pour la plupart vers des stratégies comportementales. Ces stratégies représentent l'organisation des comportements de l'enfant en

vue de maximiser la réponse du dispensateur de soin face aux besoins de protection (Bowlby, 1980). Vers l'âge de trois ans, les stratégies comportementales déployées par l'enfant seront ainsi considérées comme un reflet des représentations d'attachement qui composent ses modèles internes opérants, tout comme le sont d'autres méthodes telles les récits narratifs, exposés plus loin et qui permettent aussi d'accéder aux représentations d'attachement.

1.2.3 Mesures et classifications de l'attachement

1.2.3.1 Mesures et classifications comportementales

Ainsworth et ses collaborateurs (1978) ont poursuivi les études de Bowlby au niveau empirique, développant un protocole d'évaluation innovateur qui a donné lieu à la première classification des types d'attachement. Ces différents types ou modèles d'attachement ont été associés à la qualité des réponses maternelles face aux besoins de réconfort et de proximité manifestés par les enfants. La *Situation Étrangère* (Ainsworth et al., 1978) comprend une séquence de deux courtes séparations suivies de deux épisodes de réunion et a été validée auprès des jeunes enfants de 12 à 24 mois. (Bar-Haim & al., 2000; Egeland & Farber, 1984; Frodi, Grolnick & Bridges, 1985; Main & Weston, 1981; Waters, 1979). Ce protocole vise à provoquer un stress modéré chez le jeune enfant, afin d'activer son système d'attachement, qui donne lieu à l'émission de comportements d'attachement

observables. Ces comportements, organisés en stratégies, sont considérés comme un portrait fidèle des représentations d'attachement, aussi désignées sous le terme de modèles internes opérants (Solomon & George, 1999).

Certaines modifications ont été apportées à la méthode d'Ainsworth et de ses collaborateurs afin d'identifier de façon valide le type d'attachement d'enfants plus vieux, principalement en augmentant la durée des épisodes de séparation à cinq minutes (enfants de 2 à 5 ans) et jusqu'à près d'une heure pour les enfants de six et sept ans (Cassidy & Marvin, 1992, Main & Cassidy, 1988 ; Moss et al., 2004). Les études de validation de ce protocole, désigné sous le vocable de *Procédure de séparation-réunion*, ont démontré qu'il s'agissait d'une mesure fiable pour les enfants âgés de 3 à 7 ans (Mos, Bureau, Cyr, Mongeau & St-Laurent, 2004 , Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsy & Dubois-Comtois, 2005). À ce jour, il n'existe pas de mesure comportementale validée pour les enfants de plus de 7 ans.

La classification d'Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978), issue des études auprès des jeunes enfants, est la plus répandue. Celle-ci permet, à partir de l'observation des comportements de l'enfant, de distinguer trois types d'attachement, soit *sécurisé* (B), *insécurisé-évitant* (A) ou *insécurisé-ambivalent* (C), selon l'équilibre observé chez l'enfant entre ses besoins de réconfort et d'exploration, celui-ci étant étroitement lié à la qualité des soins maternels reçus. Ainsi, chaque type d'attachement est lié à des stratégies comportementales distinctes. Les enfants *sécurisés* recherchent la proximité

de leur figure d'attachement en situation de détresse et sont rapidement réconfortés et en mesure de reprendre leur exploration. Ces enfants arrivent généralement à exprimer une gamme d'émotions incluant la détresse en présence de leur figure maternelle. Celle-ci est habituellement sensible, attentive aux signaux de l'enfant, auxquels elle répond rapidement et adéquatement. Les enfants *insécurisés* éprouvent des difficultés à utiliser leur mère comme base de sécurité. Les enfants *insécurisés-évitants* tendent à minimiser l'expression directe de leur détresse et vont plutôt surinvestir l'exploration en présence de leur mère, souvent décrite elle-même comme distante ou rejetante. Les enfants *insécurisés-ambivalents*, quant à eux, démontrent des difficultés à explorer l'environnement en présence de leur mère et vont plutôt maintenir une proximité relationnelle insatisfaisante, exprimant leurs émotions « négatives » (colère, tristesse) de manière exagérée. Les mères sont habituellement décrites comme inconstantes dans leurs attitudes et encourageant la dépendance chez leurs enfants.

L'attachement *désorganisé/désorienté*, défini par Main et Solomon (1986, 1990) a été observé chez des nourrissons qui, lors de la *Situation étrangère* d'Ainsworth, démontraient des comportements difficiles à classifier dans l'une des trois catégories d'attachement organisées (sécurisés, insécurisés-évitants, insécurisés-ambivalents). Ces enfants présentaient des comportements atypiques ou incohérents comme du gel (*freezing*) ou des séquences contradictoires d'approche et d'évitement, témoignant d'un

effondrement des stratégies comportementales de l'enfant, causé par un conflit insoluble entre la peur et le besoin de la mère (*fright without solution*). En effet, les mères d'enfants désorganisés auraient tendance à se montrer impuissantes devant les besoins de protection de leur enfant, besoins qui semblent soulever chez elles de la peur et une crainte de perdre le contrôle sur leurs émotions (George & Solomon, 1999).

Auprès des enfants de 3 à 7 ans, la classification des types d'attachement comprend essentiellement les 3 groupes d'Ainsworth avec l'ajout de la catégorie *insécurisée-contrôlante* (Cassidy & Marvin, 1992 ; Main & Cassidy, 1988). L'élargissement des études sur l'attachement, de la petite enfance à l'âge scolaire, a démontré que la majorité des enfants classifiés *désorganisés/désorientés* à la petite enfance évoluait vers une stratégie de contrôle vis-à-vis du parent (Cassidy & Marvin, 1992; Main & Cassidy, 1988 ; Wartner, Grossman, Fremmer-Bombik & Suess, 1994). Sur le plan interne toutefois, il est proposé que ces enfants demeurent désorganisés, comme en témoignent les contenus de perte traumatique et de catastrophes élaborés par ceux-ci dans le cadre d'une tâche de construction de récits à thématique d'attachement (George, 1996 ; Solomon, Jorge & De Jong, 1995).

L'attachement *désorganisé* est considéré comme la forme la plus grave d'attachement insécurisant, en raison de ses précurseurs problématiques et de ses conséquences négatives, plus particulièrement en terme de mésadaptation sociale (voir Lyons-Ruth & Jacobvitz, pour une revue).

1.2.3.2. Mesures et classifications représentationnelles de l'attachement

C'est principalement par le biais d'évaluations comportementales que les types d'attachement des enfants ont été évalués dans les recherches. Toutefois, à mesure que l'enfant grandit et que ses capacités d'expression verbale et de symbolisation se développent, l'attachement peut aussi être mesuré à partir d'instruments représentationnels. La modalité la plus couramment utilisée pour mesurer les modèles représentationnels d'enfants, couvrant la période de 3 à 11 ans, consiste en l'administration des Récits d'attachement (Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, Emde & the MacArthur narrative group, 1990). Dans cette procédure, qui s'apparente à du jeu symbolique, des histoires à compléter sont présentées à l'aide de figurines. Les histoires proposées comportent des thèmes anxigènes susceptibles d'activer le système d'attachement de l'enfant. Il n'existe pas actuellement de consensus quant à la méthode d'analyse de ces récits. Deux courants se distinguent, le premier étant basé sur une analyse des thèmes présents dans les récits tandis que le second propose une classification selon quatre catégories s'apparentant aux catégories comportementales obtenues à partir de la *Procédure de séparation-réunion*. Le *MacArthur story-stem battery and coding system* (MSSB; Bretherton & al., 1990 ; Robinson, Mantz-Simmons, Macfie & the MacArthur narrative coding group, 1992) permet de répertorier les thèmes présents dans les récits, pour les regrouper selon trois

dimensions principales : prosociale (aide et empathie), disciplinaire (discipline non physique et obéissance) et agressive (comportement anti-social, blessures personnelles et thèmes négatifs atypiques). Il est attendu que les modèles représentationnels des enfants insécurisés, tels qu'activés par la construction des Récits d'attachement, vont démontrer des degrés moindres de caractéristiques prosociales, d'obéissance face aux adultes, de cohérence et davantage de conflits. L'étude de Bureau, Béliveau, Moss & Lépine (2006), effectuée auprès d'un échantillon normatif, a décelé une plus grande quantité de thèmes de conflits dans les narratifs des enfants désorganisés sur le plan comportemental.

Le système de classification de George et Solomon (1990, 1996, 2000), basé sur les processus défensifs décrits par Bowlby (1980), est un des rares systèmes permettant de classer les productions des enfants selon quatre catégories comparables aux types comportementaux. Les enfants *Confiants* (catégorie semblable à la catégorie comportementale sécurisée) sont en mesure de faire face à la situation menaçante sur le plan de l'attachement, confiants que leur figure d'attachement pourra les protéger du danger et ils n'ont pas besoin de faire appel à des processus défensifs. Les enfants *Désinvoltés* (évitants) utilisent la désactivation du système d'attachement, minimisant la menace potentielle ou y faisant face par eux-mêmes, comme s'ils cherchaient à éviter le rejet anticipé par le manque de réponse appropriée de la figure d'attachement. Les enfants *Occupés*

(ambivalents) utilisent la déconnexion cognitive, tentant de ne pas affronter le problème d'attachement soit en l'exagérant ou en prétendant être trop occupé pour s'y attarder. Les enfants *Effrayés* (désorganisés) expriment de la peur, du chaos ou de la violence extrême dans leurs narrations ou démontrent un comportement inhibé, se montrant incapables de raconter une histoire. Les études effectuées avec le système de George et Solomon ont démontré des correspondances significatives entre les classifications représentationnelles et les classifications comportementales, mesurées pour la plupart à la petite enfance (Gloger-Tippelt et al., 2002 ; Greenberg et al., 1997). D'autres études ont obtenu des correspondances satisfaisantes entre les classifications comportementales et représentationnelles de façon concomitantes chez des enfants d'âge scolaire (Bureau, en soumission ; Cassidy, 1988 ; Comtois-Dubois & Moss, sous presse ; Solomon et al., 1995), sauf pour les catégories *Ambivalent/Occupé* pour lesquelles les correspondances se sont avérées non significatives.

Solomon et ses collaborateurs (1995) ont remarqué que les récits d'attachement d'enfants de six ans classifiés *désorganisés-contrôlants* selon une évaluation comportementale, étaient caractérisés par des représentations mentales de manque de protection (*failed protection*). Chez plusieurs de ces enfants, les contenus des histoires révélaient en effet des événements catastrophiques et des personnages hors de contrôle, potentiellement destructeurs ou impuissants. Un autre groupe d'enfants se

montrant particulièrement inhibé et apeuré devant la tâche demandée.

George & Solomon (1998) ont ainsi créé un système de codification supplémentaire et distinct de la désorganisation, en regroupant les indicateurs de manque de protection selon trois échelles : absence de figure d'attachement, qualité effrayante du récit et violence/hostilité. Ces échelles mesurent la fréquence et l'intensité de ces thèmes dans les histoires, permettant d'évaluer la qualité et l'intensité de la désorganisation des récits, cette cotation s'effectuant de manière additionnelle, sans égard à la classification par catégorie.

1.2.4 L'attachement en tant que facteur de risque ou de protection en lien avec l'adaptation de l'enfant

Le domaine de la psychopathologie développementale a d'abord été défini comme l'étude des origines et des trajectoires des patrons individuels de mésadaptation comportementale (Sroufe & Rutter, 1984). À cet égard, la connaissance du développement normal, avec ses tâches critiques propres à certaines périodes spécifiques, s'avère essentielle afin de distinguer les trajectoires saines des trajectoires problématiques, tout en présupposant qu'un même individu peut passer d'une à l'autre (Cicchetti, 1993). C'est ensuite la prise en compte des facteurs de risque et des facteurs de protection qui permet d'expliquer la qualité de l'adaptation des individus à différents moments. Les facteurs de risque sont définis comme des éléments

présents chez l'individu ou dans son entourage qui peuvent potentiellement contribuer à un dysfonctionnement alors que les facteurs de protection favorisent le développement normal ou atténuent l'effet des facteurs de risque (Greenberg, 1999). Nous décrivons ici brièvement le modèle développemental-écologique de Belsky et Cassidy (1994), le modèle organisationnel de Sroufe (1988) et finalement, le modèle écologique-transactionnel de Cicchetti et Lynch (1995), qui apparaissent particulièrement riches et utiles pour comprendre les trajectoires de développement d'enfants maltraités.

Modèle développemental-écologique

Le modèle développemental-écologique de Belsky et Cassidy (1994), ou modèle de la troisième variable, suggère que l'attachement précoce exerce un effet modérateur qui varie en fonction des facteurs de risque socio-contextuels. On retrouverait ainsi une continuité des modèles d'attachement dans des conditions de risque faible, tandis que dans des conditions de risque élevé, les modèles d'attachement seraient moins stables.

Inversement, en termes de conséquences, la puissance prédictive de l'attachement précoce serait plus grande dans des conditions de risque élevé. Les facteurs de risque contextuels considérés par Belsky et Cassidy (1994) sont principalement les suivants : niveau de fonctionnement parental faible, relation conjugale pauvre, tempérament infantile plus négatif et moins positif, soutien social pauvre, degré élevé de stress associé à la conciliation

travail/famille et niveau socio-économique faible. À ce sujet, Belsky et Pasco Fearon (2002), à l'instar de Rutter (2000), suggèrent de considérer le caractère multiple ou cumulatif des facteurs de risque, dont l'influence dépasserait celui d'un facteur unique.

Modèle organisationnel

Le modèle de Sroufe (1988) présente plusieurs points communs avec celui de Belsky et Cassidy mais insiste davantage sur l'influence réciproque des expériences antérieures et actuelles. Selon Sroufe, il est peu probable qu'un attachement insécurisé à la petite enfance entraîne en soi des troubles psychologiques, mais il s'agit d'un facteur de risque substantiel, qui en augmente la probabilité. Ainsi, c'est l'adaptation antérieure qui représente la « troisième variable » selon cet auteur. Ce dernier s'est beaucoup inspiré de (1969/1982, 1973) en utilisant la métaphore d'un arbre ou d'un réseau de chemin de fer avec ses voies principales et secondaires, soulignant que l'emprunt d'une voie mésadaptée augmente le risque de conséquences négatives et que ce risque augmente selon la durée de cette trajectoire (Sroufe, 1997). L'enfant et son environnement se transforment mutuellement et ainsi, bien que l'attachement précoce revête une signification particulière, les expériences ultérieures vont se construire sur les premières et les modifier. Cette vision des trajectoires normales et problématiques ouvre la voie au potentiel de changement que peut procurer un environnement plus sain pour un enfant. Dans cette perspective, l'attachement peut relever d'une

théorie de la psychopathologie et d'une théorie du développement normal, selon qu'il s'avère insécurisé ou sécurisé (Sroufe et al., 1999).

Modèle écologique-transactionnel

Cicchetti et Lynch (1995), qui ont concentré leurs recherches auprès des enfants maltraités, ont proposé le modèle écologique-transactionnel. Pour ces auteurs, c'est le poids relatif des facteurs de risque et de protection à chaque niveau de l'écologie (microsystème et macrosystème) de l'enfant qui détermine la qualité de son adaptation, en insistant toutefois sur l'effet plus direct du microsystème sur le développement. Les concepts d'équifinalité (différentes combinaisons de facteurs de risque et de facteurs de protection peuvent entraîner les mêmes conséquences négatives) et de multifinalité (les mêmes combinaisons de facteurs de risque et de facteurs de protection peuvent entraîner des conséquences différentes) sont utilisés afin de décrire la complexité des trajectoires adaptées et mésadaptées des enfants. Parmi les facteurs de risque considérés, c'est la maltraitance qui entraîne chez les enfants les probabilités les plus élevées de conséquences développementales négatives et de psychopathologie. D'autres facteurs de risque fréquemment cités sont l'attachement désorganisé, la pauvreté, la psychopathologie parentale, le stress chronique et la violence. Cicchetti (2004), à l'instar de Belsky et Pasco Fearon, (2002) souligne la faible valeur prédictive d'un ou deux facteurs de risque, alors que la présence de facteurs multiples entraînerait habituellement des conséquences plus sérieuses.

Il existe donc un consensus au sein de ces différents modèles développementaux de la psychopathologie quant à la prépondérance de la notion d'attachement sur l'adaptation, qui n'exercerait toutefois pas d'effet principal. Les différents auteurs considèrent l'attachement insécurisé et plus particulièrement désorganisé comme un facteur de risque, tandis que l'attachement sécurisé constitue un facteur de protection. La prise en compte de l'effet cumulatif des facteurs de risque fait aussi consensus, mais les critères de pondération des différents facteurs et la notion de nombre critique demeurent imprécis dans ces différents modèles, bien que l'impact de l'attachement désorganisé et celui de la maltraitance soient parmi les plus reconnus. À ce sujet, Greenberg (1999) propose un modèle un peu plus explicite comptant quatre domaines de risque, regroupés de la façon suivante : insécurité, adversité familiale, caractéristiques atypiques de l'enfant et attitudes parentales inefficaces. Selon lui, il existe un risque significatif de développer un trouble quand au moins deux domaines sont affectés.

1.2.5 Antécédents de l'attachement désorganisé

La maltraitance est considérée comme un des principaux précurseurs de l'attachement désorganisé (Crittenden & Ainsworth, 1989 ; Cicchetti & Barnett, 1991 ; George, 1996 ; voir van IJzendoorn et al., 1999, pour une revue). Les études les plus importantes, utilisant les classifications comportementales, ont mis en évidence chez cette population des taux

d'association d'une étendue considérable, variant entre 32% et 82% (Barnett, Ganiban & Cicchetti, 1999; Carlson et al., 1989 ; voir Morton & Browne, 1998 pour une revue). D'un point de vue théorique, cette association peut s'expliquer du fait que d'emblée, les comportements maternels liés à la maltraitance, que ce soient par exemple le recours à la violence physique ou l'absence de dispensation des soins de base, se situent à l'opposé des attitudes maternelles sensibles et attentives qui caractérisent les mères d'enfants dont l'attachement est sécurisant (Ainsworth et al., 1978). Une étude canadienne sur les signalements en protection de la jeunesse révèle d'ailleurs que la mère biologique est le principal auteur présumé de mauvais traitements (61% des cas), tous types confondus (Trocmé et al., 2001).

Bien que l'évaluation de l'attachement représentationnel chez les enfants maltraités soit un domaine d'étude relativement nouveau, les études utilisant le système de codification par thèmes ou dimensions révèlent des caractéristiques distinctes chez cette population. Les enfants maltraités présentent davantage de thèmes d'agressivité, de négligence, de comportements sexualisés, d'un soi mauvais davantage de représentations maternelles et de soi négatives (Robinson, Herot, Haynes & Mantz-Simmons, 2000 ; Toth et al., 1997). Des études récentes auprès d'enfants suivis par les services de protection, utilisant le système de George et Solomon (1990, 1996, 2000) ont obtenu des taux équivalents de classification Effrayée, qui correspond à la catégorie comportementale Désorganisée, soit 18% (Venet,

Bureau, Gosselin & Capuano, sous presse; Webster, Hackett, Sampson & Permanente, 2007).

Les représentations d'attachement de la figure maternelle constituent un autre précurseur important de l'attachement désorganisé. Main et Hesse (1990) ont proposé le terme « maternage effrayant-effrayé » pour décrire les réactions de peur chez les mères (ex. gel, fuite, expressions faciales ou mouvements de frayeur), qui peuvent à leur tour susciter de la peur chez les enfants. D'ailleurs, la classification adulte de désorganisation, soit le type non résolu (Main & Goldwyn, 1998) fait appel aux notions de perte et de traumatisme (Dozier et al., 1999). L'idée que les représentations d'attachement de la mère influencent de façon notable la qualité de l'attachement de son enfant à son endroit est théoriquement fondée, même si les taux de transmission élevés s'avèrent significatifs surtout pour les modes d'attachement sécurisés (voir Solomon & George, 1999, pour une revue).

1.2.6 Conséquences associées à l'attachement désorganisé

1.2.6.1 Les troubles de comportement

La mésadaptation sociale constitue une des incidences les plus documentées de l'attachement désorganisé chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire et la majorité des études effectuées dans ce domaine a été basée sur des évaluations comportementales. Un lien d'attachement sécurisant a été associé à une meilleure adaptation sociale (Carlson et

Sroufe, 1995) tandis qu'un lien qualifié de désorganisé dès la petite enfance prédit certaines psychopathologies comme les troubles de comportement et la dissociation (Carlson, 1998 ; voir la méta-analyse de van IJzendoorn et al., 1995)

Les études effectuées auprès des populations normales ne font toutefois pas consensus. Bien que la majorité des études montre des liens significatifs entre l'attachement *désorganisé-contrôlant* et les troubles de comportement extériorisés et à un degré moindre, intériorisés (Moss, Cyr et Dubois-Comtois, 2004 ; Moss et al., 1998; Moss et al., 1999; Moss et al, 2006 ; Solomon, George & De Jong, 1995), d'autres études n'ont pas démontré de liens significatifs entre ce type d'attachement et la présence de troubles de comportement à un seuil clinique (Belsky & Fearon, 2002). Il est plausible de penser que le degré de risque familial ou sociodémographique est plus homogène chez des enfants provenant de milieux non cliniques, ce qui pourrait contribuer à réduire les différences entre ceux-ci sur le plan adaptatif.

Chez les populations à risque, les enfants dont l'attachement est désorganisé à la petite enfance sont plus susceptibles de développer des comportements mésadaptés et des problèmes mentaux (Cicchetti, Toth & Hennessy, 1989). L'attachement désorganisé à la petite enfance s'avère un prédicteur des troubles de comportement et des comportements d'agression à l'âge préscolaire et scolaire dans les échantillons défavorisés (Lyons-Ruth, Alpern & Repacholi, 1993 ; Lyons-Ruth, Easterbrooks & Cibelli, 1997 ; Shaw,

Owens, Vondra, Keenan & Winslow, 1996). Notons toutefois que la plupart de ces études a effectué les mesures d'attachement (comportementales) uniquement à la petite enfance. Certaines études antérieures à la classification désorganisée ou ne comportant pas suffisamment de sujets de cette catégorie, permettaient déjà de démontrer une relation entre l'insécurité de l'attachement et les troubles de comportement mais ce, auprès d'échantillons défavorisés, suggérant un effet d'interaction de ces deux facteurs de risque (Easterbrooks, Davidson & Chazan, 1993 ; Lewis, Feiring, McGuffog Jaskir et al., 1984).

Alors que la majorité des chercheurs considère l'attachement désorganisé comme un facteur de risque majeur, pour les cliniciens, ce type d'attachement est considéré comme atypique dans des conditions spécifiques. En soi, l'attachement désorganisé représente une manifestation de psychopathologie lorsqu'il s'accompagne de perturbations significatives sur les plans cognitifs, comportementaux, émotionnels et lorsque son origine apparaît liée à des privations ou des perturbations dans la relation avec les dispensateurs de soins (voir Greenberg, 1999 pour une revue).

1.2.6.2 La dissociation

Dans une étude longitudinale de la petite enfance à l'âge adulte auprès d'un échantillon provenant de milieux défavorisés, l'étude de Carlson (1998) a démontré, en plus de l'association avec les troubles de

comportement, une incidence significative d'indices de dissociation à l'adolescence chez les sujets désorganisés à la petite enfance. Ce lien suggère d'élargir la notion de psychopathologie associée, souvent décrite uniquement par le biais des troubles de comportement, en incluant une mesure d'éléments de dissociation, liés également aux pathologies traumatiques (voir Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999 pour une revue).

Sur le plan théorique, la définition de la dissociation proposée par certains auteurs comme Spiegel (1986), réfère à un paradoxe auquel est confronté l'enfant dont le dispensateur de soins est à la fois une source d'affection, de soins et d'abus. Cette définition rejoint la description de Main et Solomon (1986, 1990) à propos du mécanisme sous-tendant l'attachement désorganisé. George et Solomon (1998), dans le même sens que Bowlby (1980) considèrent que l'édification de systèmes ségrégués, permettant d'empêcher l'accès à la conscience d'affects trop douloureux, est le mécanisme défensif à la base de l'attachement désorganisé sur le plan représentationnel. Bowlby (1980) suggère que ce mécanisme, apparenté au refoulement dans la théorie psychodynamique, puisse à plus long terme donner lieu à diverses conditions problématiques comme les états dissociatifs et les manifestations agressives.

Bien que les connaissances théoriques et empiriques sur les phénomènes de dissociation chez les adultes se soient beaucoup développées dans les années 90, les données concernant ces troubles chez

les enfants demeurent actuellement beaucoup plus limitées (voir Silberg, 2000 pour une revue). Le principal obstacle à cet effet est l'absence d'outil d'évaluation validé, ne permettant pas d'établir de prévalence suffisamment fiable et précise, malgré la popularité d'outils de dépistage dont le plus répandu est le *Child dissociation checklist* de Putnam (1990). Les critères diagnostiques du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV- American psychiatric association, 1994) décrivent les troubles dissociatifs comme des états perturbés ou non intégrés de la conscience, de la mémoire ou de l'identité. Toutefois, les différentes catégories diagnostiques adultes (trouble de dépersonnalisation, amnésie dissociative, fugue dissociative, trouble dissociatif de l'identité et trouble dissociatif non spécifié) ne sont pas clairement différenciées chez les enfants. Pour cette raison, il est recommandé d'étudier les processus de dissociation chez cette population dans une perspective plus large, sans référer à des diagnostics précis (Silberg, 2000). À cet égard, la perspective développementale propose de considérer la dissociation comme étant l'opposé de la constitution d'un *self* intégré, tributaire notamment d'expériences d'attachement sécurisantes permettant d'intérioriser des modèles représentationnels cohérents de soi en relation avec autrui (Macfie, Cichetti & Toth, 2001).

Les connaissances empiriques actuelles révèlent que les enfants présentant des troubles de dissociation affichent des difficultés comparables sur le plan de l'identité, de la mémoire et de la perception, les cas de

dissociation les plus sévères révélant une incidence particulièrement élevée de traumatismes liés à la maltraitance (abus physique, exposition à la violence, traumatismes médicaux répétés, abandon et négligence, maltraitance émotionnelle) (Silberg, 2000). Cette association élevée entre traumatisme et dissociation fait sens lorsque l'on définit les processus dissociatifs comme des réactions défensives permettant de composer avec des traumatismes envahissants. Le lien entre la maltraitance et la dissociation a ainsi été clairement démontré sur le plan empirique, mais il reste à clarifier quels sont les types de maltraitance les plus probants à cet effet (Macfie, Cichetti & Toth, 2001 ; Ogawa et al., 1997). D'autres facteurs de risque se sont aussi avérés liés à la dissociation, comme le retrait d'un enfant de son milieu ou l'absence de la mère biologique, mais ceux-ci ont été recueillis de façon rétrospective, soit à l'âge adulte (Malinosky-Rummel & Hoier, 1991).

1.2.6.3 Les difficultés cognitives

Les enfants désorganisés, d'un point de vue théorique, ne pourraient exercer une exploration optimale de leur environnement, contrairement aux enfants sécurisés, chez qui on retrouve un meilleur équilibre entre les besoins de proximité, de protection et l'exploration du monde (Bowlby, 1982). Plus spécifiquement, certaines associations ont été établies entre l'attachement comportemental désorganisé et le fonctionnement cognitif et

académique. Ainsi, des enfants *désorganisés-contrôlant* provenant de populations normatives ont démontré une performance scolaire plus pauvre que les enfants des groupes ambivalents, évitants ou sécurisés (Moss & St-Laurent, 2001). Selon ces auteurs, les difficultés autorégulatoires de ces enfants ne toucheraient pas seulement le traitement de l'information socioémotionnelle mais aussi le traitement de l'information cognitive. Au niveau métacognitif, les difficultés d'organisation de ces enfants seraient aussi significativement plus importantes. Dans des études mesurant les représentations d'attachement, une comparaison globale des groupes sécurisés/insécurisés a révélé également une meilleure performance scolaire chez ces derniers (Jacobsen & Hofmann, 1997) et les enfants désorganisés se sont montrés particulièrement désavantagés dans des tâches de raisonnement déductif (Jacobsen, Edelstein & Hofmann, 1994).

Les études ayant comparé certaines mesures du fonctionnement intellectuel des enfants selon leur type d'attachement n'ont pas démontré d'associations significatives. La plupart utilisait uniquement une échelle de vocabulaire ou une combinaison de sous-échelles verbale et non verbale, ou encore le quotient intellectuel inféré constituait une variable de contrôle (Cassidy, 1988 ; Moss, St-Laurent & Parent, 1999). Toutefois, certaines études ont démontré les effets négatifs de la maltraitance sur le fonctionnement cognitif des enfants, notamment sur les plans de l'attention visuelle, de la motricité fine, des fonctions visuographiques et de la motivation

à l'apprentissage (Aber & Allen, 1987 ; Nolin, 2002). À notre connaissance, il n'existe pas d'étude portant sur la relation entre l'attachement et le rendement intellectuel chez des enfants placés.

1.3 Résumé

Cette recension des écrits signale à quel point les enfants placés sont une population vulnérable, en raison de la maltraitance dont la majorité a fait l'objet, des multiples facteurs de risque qui caractérisent souvent leur milieu familial et de leurs nombreuses difficultés d'adaptation contemporaines. La théorie de l'attachement apparaît comme une perspective utile afin de mieux comprendre la situation de ces enfants, qui ont souvent développé un attachement problématique dans leur milieu d'origine, ce qui contribue au défi d'adaptation à leur milieu substitut. Des études récentes ont souligné le rôle important des relations d'attachement de ces enfants en tant que modérateur de leur développement. Plus particulièrement, il a été démontré que la désorganisation était associée au risque contextuel et au risque développemental. Malgré le fait que plusieurs études aient examiné les facteurs de risque chez les enfants placés, que d'autres aient examiné les caractéristiques des différents modes d'attachement des enfants, peu d'études ont examiné les caractéristiques d'enfants placés qui présentent des modes d'attachement différents. Par conséquent, si on retrouve une proportion substantielle de désorganisation chez les enfants placés, les

caractéristiques distinctes de ceux-ci et leur niveau de risque comparativement aux enfants ne présentant pas d'attachement désorganisé n'ont pas été étudiés de façon systématique. Un tel portrait apparaît néanmoins important afin de répondre au besoin actuel d'élaborer des projets de vie pour ces enfants. Concrètement, cette préoccupation se traduit par l'octroi aux enfants placés de milieux aptes à leur assurer des liens stables et des soins continus.

En conséquence, le but de la présente étude est de dresser un portrait clinique détaillé d'un échantillon d'enfants Québécois âgés entre 6 et 10 ans, faisant l'objet d'une mesure d'hébergement au sein d'un centre jeunesse du Québec. Deux groupes distincts d'enfants seront constitués en fonction de leur statut d'attachement et ces groupes seront comparés au niveau de leur profil d'adaptation, de leur trajectoire de maltraitance et de placement et des caractéristiques de leur figure d'attachement principale.

1.4 Questions et hypothèses de recherche

Les questions et hypothèses de recherche suivantes seront examinées en référence à un échantillon d'enfants âgés de 6 et 10 ans hébergés par un centre jeunesse québécois. Malgré qu'il aurait été intéressant, idéalement, de comparer les différents types d'attachement de façon distincte, compte tenu de la petite taille d'échantillon, de son niveau élevé de risque et de la documentation plus spécifique de la désorganisation de l'attachement, nous

effectuerons nos analyses en constituant deux groupes : les enfants présentant un attachement Désorganisé (qualifié d'Effrayé, sur le plan représentationnel) et ceux présentant un attachement non-Désorganisé (regroupant les catégories *Confiants*, *Occupés* et *Désinvoltés* dans les systèmes de classification représentationnels). Considérant l'âge des enfants, nous utiliserons des mesures représentationnelles d'attachement qui sont plus appropriées pour ce groupe d'âge et pour des fins de clarté, nous utiliserons les vocables Désorganisés et non-Désorganisés, habituellement dévolus à la classification comportementale.

Dans un premier temps, nous allons comparer les groupes d'attachement représentationnel désorganisé (D) et non-Désorganisé (non-D) sur plusieurs facteurs, soient les facteurs de risque et l'adaptation. À titre expérimental, comme dernière question de recherche, nous examinerons la correspondance entre les mesures représentationnelles d'attachement Désorganisé et non-Désorganisé et les mesures comportementales qui n'ont pas été validées pour tous les enfants dans ce groupe d'âge.

1. « Est-ce que les enfants D se distinguent des enfants non-D au niveau du risque associé aux caractéristiques de leur figure d'attachement principale et à leur histoire de maltraitance et de placement ? »

Afin d'examiner cette question nous allons comparer les enfants présentant un attachement Désorganisé aux enfants présentant un attachement non-Désorganisé par rapport à plusieurs facteurs qui ont été associés au risque contextuel pour cette population. Les variables suivantes seront examinées individuellement et de façon cumulative : le statut sociodémographique, la santé mentale et les événements de vie stressants de la figure d'attachement principale ; l'histoire de maltraitance et de placement de l'enfant. Le statut sociodémographique de la figure d'attachement principale inclut le statut marital, le niveau de scolarité et le revenu familial. La santé mentale inclut les symptômes psychiatriques et la dissociation. Concernant l'enfant, nous examinerons l'âge de début, la sévérité et la nature de la maltraitance et le nombre de placements, qui seront recueillis à l'aide de la Grille de classification de la maltraitance de Barnett, Manly et Cicchetti (1993).

Les figures d'attachement principales des enfants Désorganisés devraient démontrer davantage d'éléments de risque sociodémographique, d'événements de vie stressants et d'indices de psychopathologie que les figures d'attachement principales des enfants non-Désorganisés. De plus, l'histoire de maltraitance et de placement des enfants Désorganisés devrait être plus problématique que celle des enfants non-Désorganisés.

2. « Est-ce que les enfants D se distinguent des enfants non-D sur le plan de l'adaptation, autant au niveau socio-émotionnel que cognitif ? »

Afin d'examiner cette question, nous allons comparer les enfants D aux enfants non-D au niveau de leur adaptation socioémotionnelle et de leur développement cognitif. L'adaptation socioémotionnelle sera mesurée à l'aide de différentes échelles d'adaptation de la Liste des comportements de l'enfant, soient l'échelle globale, intériorisation, extériorisation et problèmes sociaux ainsi qu'à partir d'indices de dissociation obtenue à l'Inventaire de dissociation de l'enfant. Le développement cognitif sera mesuré à l'aide du quotient intellectuel obtenu au WISC-III.

Les enfants D devraient démontrer des taux plus élevés de difficultés globales d'adaptation, d'intériorisation, d'extériorisation, de problèmes sociaux et d'indices de dissociation que les enfants non-D et un quotient intellectuel moins élevé.

3. « Est-ce que les associations entre le risque contextuel et le risque lié à l'histoire de maltraitance et de placement des enfants placés, et leur adaptation socioémotionnelle et cognitive, sont modérées par le statut d'attachement de l'enfant ? »

Afin de répondre à cette question, nous allons d'abord créer un indice de risque cumulatif composé de facteurs énumérés à la question 2. Des analyses de régressions distinctes seront effectuées en utilisant cet indice cumulatif de risque au niveau (1) de l'adaptation socioémotionnelle (échelles globale, intériorisation, extériorisation et problèmes sociaux de Liste des comportements de l'enfant, Inventaire de dissociation de l'enfant) et (2) du quotient intellectuel (WISC-III).

Nous prévoyons que les enfants Désorganisés attestant d'un niveau de risque plus élevé démontreront davantage de difficultés d'adaptation et un rendement intellectuel moins élevé que les enfants Désorganisés avec un niveau de risque plus bas et que les enfants non-Désorganisés, peu importe le niveau de risque.

4. « Existe-t-il une correspondance significative entre la distribution des classifications d'attachement comportementale et représentationnelle (Désorganisé vs non-Désorganisé) dans cet échantillon ? ».

Afin d'approfondir cette question plus exploratoire, en raison de l'âge des sujets, pour lequel l'évaluation comportementale de l'attachement n'est pas validée, nous allons aussi vérifier la correspondance entre la classification comportementale D vs non-D et trois échelles principales de désorganisation créées par George et Solomon, soient les échelles globales (1) *absence de*

figure maternelle, (2) indice de frayeur/incontrôlabilité et (3) fréquence de violence/hostilité.

Nous prévoyons une correspondance significative entre la classification à deux groupes (D vs non-D) tirée de la *Procédure de séparation-réunion* et la classification à deux groupes (D vs non-D) tirée des *Récits d'attachement*, puisque chacune est sensée mesurer un construit similaire, soit le modèle interne opérant d'attachement. Nous prévoyons aussi que les enfants du groupe comportemental D devraient démontrer des scores plus élevés de désorganisation tels que mesurés par trois échelles principales de désorganisation de George et Solomon.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

2.1 Participants

L'échantillon final pour cette étude est un échantillon de convenance composé de 27 enfants (12 filles, 15 garçons) recrutés parmi la population d'enfants hébergés par le Centre jeunesse de Laval entre octobre 2003 et juillet 2005, afin de participer à une étude portant sur le lien d'attachement des enfants.

Critères d'inclusion et d'exclusion pour les participants. Les conditions pour participer à l'étude étaient une durée de placement minimale de trois mois et un âge situé entre 6 et 10 ans. Les critères d'exclusion pour les enfants étaient la présence d'un handicap physique majeur, d'une déficience intellectuelle ou un hébergement hors territoire. Selon ces critères, le bassin initial comprenait 67 dyades potentielles. Nous avons identifié, avec les intervenants sociaux responsables des dossiers, la figure d'attachement principale pour chacun des 67 enfants éligibles. Pour ce faire, nous avons d'abord déterminé quelle personne avait été la plus présente auprès de l'enfant au cours de ses deux premières années de vie. Par exemple, dans le cas d'un enfant placé en famille d'accueil depuis l'âge de quatre mois, c'est le parent d'accueil qui a été invité à participer avec l'enfant. Dans le cas d'un enfant placé à l'âge de trois ans, ayant grandi auparavant avec son parent

naturel qu'il continue de rencontrer régulièrement, c'est le parent biologique qui a été sollicité. Le rationnel de cette définition était plutôt théorique ; en terme de hiérarchie des figures d'attachement, la figure principale étant sensée influencer davantage les relations d'attachement futures et l'adaptation. Deux enfants ont dû être écartés à cette étape car leur figure d'attachement principale faisait l'objet d'une détention judiciaire à long terme.

Procédure de recrutement. Une lettre d'invitation a été acheminée à la figure d'attachement principale des 65 participants potentiels, par la poste ou en mains propres par l'intervenant social lorsqu'une rencontre était prévue dans des délais rapprochés. Une relance téléphonique était ensuite effectuée quelques semaines plus tard par la chercheure. Parmi les figures d'attachement contactées, 34 ont accepté de participer. Les 31 qui n'ont pas accepté, 14 n'ont pas pu être rejointes (soit parce qu'elles n'avaient plus de domicile fixe, qu'elles refusaient toute collaboration avec les services ou parce qu'elles n'ont pas retourné les appels), une avait été diagnostiquée comme souffrant d'une maladie grave et 16 autres se sont déclarées non disponibles ou non intéressées. Nous avons vérifié si le groupe de participants se distinguait du groupe non-participant au niveau de l'âge et du sexe de l'enfant et selon la figure d'attachement principale invitée à l'étude. Le test-t pour échantillons indépendants et les khi carré n'ont révélé aucune différence significative entre les deux groupes.

Sur les 34 figures d'attachement principales ayant accepté de participer avec l'enfant, 4 avaient deux enfants en placement. Nous leur avons demandé de sélectionner l'enfant avec lequel elles souhaitaient participer, ce qui a ainsi exclu 4 enfants. Une seule dyade ne s'est pas présentée au rendez-vous. Deux autres enfants ont dû être exclus après l'expérimentation en raison d'une erreur constatée après-coup dans l'identification de leur figure d'attachement principale.

L'échantillon final est constitué de 27 dyades enfant/figure d'attachement principale. Les enfants sont tous d'origine canadienne française et au moment de l'étude, ils étaient âgés entre 6 et 10 ans (8 ans 2 mois en moyenne, *É.T.* = 19,99 mois). La majorité, soit 21, était hébergée en famille d'accueil (77,8%) alors que les 6 autres (22,2%) étaient hébergés en foyer de groupe ou en centre de réadaptation. La durée de placement des enfants variait entre 31 et 121 mois (70 mois en moyenne, *É.T.* : 25,40 mois). La figure d'attachement principale des enfants, qui a participé à la visite au laboratoire, était la mère dans la majorité des cas, soit pour 17 enfants (63%), alors qu'il s'agissait d'un parent d'accueil pour 9 enfants (33%) et du père pour un seul enfant. Les données sociodémographiques concernant les figures d'attachement principales montrent que la majorité d'entre elles est monoparentale, soit 70,4%. Le niveau de scolarité complété est assez variable, soit de niveau primaire (44%) ou secondaire (37%) pour la majorité, alors que deux figures d'attachement ont complété des études collégiales ou

universitaires (7%). Les données concernant le niveau de scolarité sont manquantes pour 3 participants. Le revenu annuel familial est très variable, 40,7% ayant un revenu de moins de 10 000, 18,5% entre 10000 et 19 000 et 37% de 20 000 et plus. Une donnée était manquante au niveau du revenu familial.

2.2 Procédure expérimentale et instruments

Deux procédures générales ont été appliquées, selon que la personne identifiée comme étant la figure d'attachement principale de l'enfant vivait (7 cas) ou ne vivait pas (20 cas) au quotidien avec lui. Dans le premier cas, chaque dyade enfant–figure d'attachement principale a participé à une visite au laboratoire d'une durée d'environ 2h15, au cours de laquelle toutes les mesures ont été administrées. Dans les cas des 20 autres participants, la visite au laboratoire s'est déroulée de façon similaire, mais les questionnaires concernant l'enfant (Liste des comportements de l'enfant et Inventaire de dissociation de l'enfant) ont été acheminés par la poste (famille d'accueil) ou par courrier interne (éducateurs) à la personne qui était la plus présente au quotidien avec l'enfant et qui ainsi pouvait le mieux décrire ses comportements.

Procédure de la visite au laboratoire

La visite au laboratoire commençait par une introduction à la salle pour la dyade et par la signature du formulaire de consentement. L'enfant et

sa figure d'attachement étaient ensuite laissés seuls environ 5 minutes avec comme consigne de s'occuper comme bon leur semblait dans la salle équipée d'une table, de quelques chaises, de revues et de matériel de jeu adapté à l'âge des enfants. Après cette période, la même expérimentatrice revenait dans la salle pour administrer différentes mesures à l'enfant, pendant que la figure d'attachement se rendait dans un autre local en compagnie d'un(e) assistant(e) pour remplir des questionnaires.

L'expérimentatrice administrait alors à l'enfant 4 sous-tests du WISC-III, tandis que la figure d'attachement, de son côté, remplissait le Questionnaire sociodémographique, la Liste des comportements de l'enfant (dans le cas où l'enfant vivait avec elle) et la Liste des événements de vie en demandant de l'aide à l'assistant(e) au besoin. Lorsque l'administration du test auprès de l'enfant était terminée, soit généralement au bout de 45 minutes, une procédure modifiée de la Situation Étrangère, la Procédure de séparation-réunion (Main & Cassidy, 1988) était administrée. De nouveaux jouets étaient introduits dans la salle et l'examinatrice adoptait une position plus retirée tout en demeurant disponible pour l'enfant. Après environ 5 minutes, la figure d'attachement recevait la consigne de revenir dans la salle retrouver l'enfant. La période de 5 minutes suivante constituait le premier épisode de réunion. Ensuite, une période de collation d'environ 10 minutes précédait le deuxième épisode de séparation, où l'expérimentatrice revenait dans la salle avec l'enfant, la figure d'attachement quittant à nouveau avec l'assistant(e)

pour remplir d'autres questionnaires, soient le SCL-90-R, le DES-II et le CDC (dans le cas où l'enfant vivait avec elle). Pendant ce temps, l'expérimentatrice administrait à l'enfant les Récits narratifs. Une autre période de jeu libre dont le déroulement était identique à la première précédait le retour de la figure d'attachement dans la salle. L'enfant et la figure d'attachement se retrouvaient ensemble pour une période de 5 minutes, constituant le deuxième épisode de réunion et clôturant l'expérimentation.

Dans les cas où la figure d'attachement principale de l'enfant ne vivait pas au quotidien avec celui-ci, la Liste des comportements de l'enfant et l'Inventaire de dissociation de l'enfant ont été postés à la famille d'accueil ou acheminés par courrier interne à l'éducateur responsable de l'enfant, selon le cas, après la visite au laboratoire, puisque les adultes vivant au quotidien avec l'enfant sont susceptibles de recueillir des observations les plus complètes. De plus, pour tous les participants, la Liste des comportements de l'enfant, version enseignant, a été posté à l'enseignant(e) de l'enfant.

Instruments de recherche

Histoire de maltraitance et de placement. La Grille de classification de la maltraitance (Barnett, Manly et Cicchetti, 1993) a été remplie à partir du dossier en protection de la jeunesse par une autre assistante de recherche. Cette grille permet de documenter l'historique, la sévérité et les types de mauvais traitements subis par l'enfant (négligence, abus physique,

combinaison de ces mauvais traitements) selon les informations disponibles dans le dossier de protection de l'enfant, en évaluant la sévérité des mauvais traitements selon une échelle de 1 à 5. L'historique des placements de l'enfant, qui documente le nombre et la durée des placements, a aussi été effectué à partir du dossier en Protection de la jeunesse. La grille couvre la période du début des services de protection jusqu'à un mois suivant l'administration du protocole de recherche.

Mesures complétées par la figure d'attachement principale de l'enfant.

Le Questionnaire sociodémographique fournit différentes informations socio-économiques, soient le statut marital, le degré de scolarité, l'occupation et le revenu familial de la figure d'attachement principale.

La Liste des événements de vie (LEV, Sarason, Johnson & Siegel, 1978) est un inventaire auto-révélé qui permet de consigner les événements de vie potentiellement stressants vécus depuis la naissance de l'enfant et au cours de la dernière année. La fidélité test-retest de cet instrument est adéquate, avec des corrélations de 0,88 et 0,53 pour les événements négatifs et positifs respectivement, sur une période de six semaines (Saranson et al., 1978). Nous avons calculé le nombre d'événements stressants rapportés qui sont reconnus comme étant susceptibles d'exercer un impact sur les expériences d'attachement des enfants (Bowlby, 1953 ; Waters, Hamilton & Weinfield, 2000), soient un divorce ou une séparation parentale, l'hospitalisation d'un parent pour une maladie sérieuse ou à la

suite d'un accident, le décès d'un proche d'un parent, incluant un conjoint, un membre de la fratrie, un parent ou un ami intime. Le score obtenu pouvait ainsi varier entre 0 et 3.

L'Inventaire des symptômes psychiatriques (SCL-90-R, Derogatis, 1994) est un questionnaire auto-révéle de 90 items qui permet de cibler les symptômes psychologiques ou psychiatriques selon 9 échelles (somatisation, obsession/compulsion, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, phobie, idéation paranoïde, traits psychotiques). L'indice de sévérité globale, qui correspond à la moyenne des scores obtenus fournit un portrait de l'état général de détresse psychologique. Les études ont démontré des caractéristiques psychométriques acceptables, avec des coefficients alpha de 0,77 à 0,90 pour la consistance interne et une fidélité test-retest de 0,68 à 0,90 sur une période de 10 semaines (Derogatis, Richels & Rock, 1976 ; Horowitz et al., 1988). Le coefficient de consistance interne alpha de Cronbach de notre échantillon est de 0,97.

L'Échelle de dissociation (DES-II - Carlson & Putnam, 1997, voir appendice B.4) est une mesure auto-révéle de trait de dissociation, qui mesure la fréquence d'expériences de perturbations de la mémoire, de l'identité, de la conscience et des cognitions. Cette échelle (voir appendice B.4), comporte 28 énoncés, auxquels les participants attribuent des pourcentages gradués par 10, allant de 0% (jamais) à 100% (toujours). Les études démontrent des caractéristiques psychométriques très acceptables,

avec une consistance interne variant de 0,83 à 0,93 (*split-half*), un coefficient alpha de Cronbach de 0,95 et des coefficients de fidélité test-retest variant entre 0,79 et 0,96 (Bernstein & Putnam, 1986 ; Frischholz et al., 1991 ; Pitblado & Sanders, 1991). Le score global correspond à la moyenne des scores obtenus. Le coefficient de consistance interne alpha de Cronbach de notre échantillon est de 0,93.

Mesures complétées par la personne présente dans le milieu de vie de l'enfant. La Liste des comportements de l'enfant (*Child behavior checklist – CBCL*, Achenbach et Edelbrock, 1983) est un questionnaire qui évalue les compétences sociales et les problèmes émotionnels et de comportements de l'enfant. Les compétences sont évaluées dans trois domaines : 1) les activités ; 2) les relations sociales ; 3) la performance scolaire. L'instrument mesure les problèmes émotionnels et comportementaux de l'enfant selon onze échelles : 1) comportements agressifs ; 2) anxiété/dépression ; 3) problèmes d'attention ; 4) comportements délinquants ; 5) problèmes sociaux ; 6) plaintes somatiques ; 7) problèmes de la pensée ; 8) retrait social ; 9) extériorisation ; 10) intériorisation et 11) autres problèmes. Ce questionnaire démontre d'excellentes qualités psychométriques, avec une stabilité test-retest moyenne de 0,75 après un an et de 0,71 après deux ans sur toutes les échelles (Achenbach & Edelbrock, 1981). La validité de contenu est excellente, presque tous les items de cet instrument permettant de distinguer

entre des groupes d'enfants clinique et non clinique. La validité de construit est démontrée par des corrélations significatives entre les échelle du CBCL et des échelles similaires du *Parent Questionnaire* (Conners, 1973) et du *Revised behavior problem checklist* (Quay, 1983). Dans un souci de limiter le nombre d'analyse, nous avons utilisé le score total, soit problèmes généraux, ainsi que les résultats obtenus aux échelles intériorisation, extériorisation et problèmes sociaux. Le score de problèmes généraux est calculé en additionnant les scores obtenus pour toutes les échelles. Les échelles intériorisation et extériorisation sont des échelles regroupées (incluant comportements délinquants et comportements agressifs et incluant anxiété/dépression, retrait social et plaintes somatiques, respectivement). .

Tel que présenté dans la revue de la documentation, les problèmes de comportements intériorisés et extériorisés sont les plus documentés dans le domaine de l'attachement. L'échelle problèmes sociaux apparaît pertinente à examiner de manière plus précise puisqu'elle permet d'obtenir un portrait du fonctionnement interpersonnel, fonctionnement qui est reconnu comme étant lié aux expériences d'attachement, en raison du postulat de généralisation des modèles internes opérants. Le coefficient de consistance interne alpha de Cronbach de notre échantillon est de 0,94.

L'Inventaire de dissociation de l'enfant (*Child dissociative checklist* - CDC, Putnam, 1990) a aussi été rempli par l'adulte présent dans le milieu de l'enfant et permet de mesurer la présence de symptômes de dissociation

chez l'enfant. Il est constitué de 20 items (voir appendice B.3) répondus selon une échelle Likert de 3 points, allant de 0 (pas du tout) à 1 (quelquefois vrai) à 2 (très vrai). Les indices de validité et de fidélité sont acceptables, avec un alpha de Cronbach de 0,86 dans trois études et une fidélité test-retest de 0,74 dans deux études (Malinosky-Rummel et Hoier, 1991 ; Putnam et al., 1993 ; Putnam et Peterson, 1994 ; Wherry, Jolly, Feldman, Adam et Manjanatha, 1994). Le score total est constitué de la somme des scores obtenus pour chacun des items. Le coefficient de consistance interne alpha de Cronbach de notre échantillon est de 0,81.

Mesure complétée par l'enseignant(e) de l'enfant. La Liste des comportements de l'enfant, version enseignant (*Teacher report form – TRF – Achenbach & Edelbrock, 1983*), a été posté à l'enseignant de l'enfant. Ce questionnaire permet de mesurer les performances académiques, le fonctionnement adaptatif et les problèmes émotionnels et de comportement de l'enfant. Les performances académiques sont mesurées dans trois domaines : 1) matières scolaires ; 2) performance cognitive et 3) réussites. Le fonctionnement adaptatif est mesuré au niveau de 1) son travail ; 2) ses apprentissages ; 3) son humeur et 4) son comportement. L'instrument mesure les problèmes émotionnels et comportementaux selon les mêmes échelles que la version parent, décrites plus haut. Nous avons dû retirer cet

instrument de nos analyses, puisqu'un trop grand nombre de protocoles (5 sur 27, soit près de 20%) n'a pas été retourné par les enseignants.

Mesures d'attachement

Attachement de l'enfant. Les Récits d'attachement, qui mesurent les représentations d'attachement de l'enfant, ont été administrés à l'enfant par une expérimentatrice. Cet instrument consiste en une adaptation d'une procédure de jeu de poupée semi-structurée développée par Bretherton et ses collaborateurs (*MacArthur story-stem battery*; Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, Emde & the MacArthur narrative group, 1990) pour les enfants âgés de trois ans. Dans un premier temps, l'enfant est invité à former une famille inventée à partir d'un choix de personnages enfants et adultes. Ensuite, l'amorce d'une première histoire neutre est présentée, à laquelle succèdent 4 amorces d'histoires à thématiques d'attachement (Genou blessé, Bruit dans la nuit, Séparation et Réunion). Les enfants complètent les histoires à l'aide des personnages et d'une maison ; les réponses verbales et comportementales sont enregistrées sur vidéo et transcrites pour l'analyse.

Le système de classification de George et Solomon (1990, 1996, 2000) permet de distinguer 4 types : confiant, effrayé, désinvolte et occupé, qui correspondent aux types d'attachement de la classification comportementale, malgré leurs appellations distinctes. Les enfants *Confiants* (correspondant au type comportemental sécurisé) font face à la situation

menaçante sur le plan de l'attachement sans recourir à des processus défensifs, confiants que leur figure d'attachement pourra les protéger du danger. Les enfants *Désinvoltés* (évitants, selon la classification comportementale) cherchent à désactiver leur système d'attachement en minimisant la menace potentielle ou y faisant face par eux-mêmes, dans une tentative pour éviter le rejet anticipé par le manque de réponse approprié de la figure d'attachement. Les enfants *Occupés* (ambivalents, selon la classification comportementale) tentent de ne pas affronter le problème d'attachement en utilisant la déconnexion cognitive, soit en l'exagérant ou en prétendant être trop occupé pour s'y attarder. Finalement, les enfants *Effrayés* (désorganisés, selon la classification comportementale) expriment de la peur, du chaos ou de la violence extrême dans leurs histoires, ou encore démontrent un comportement inhibé, se montrant incapables de raconter une histoire. Solomon, George et De Jong (1995) ont obtenu, chez des enfants de 6 ans, une correspondance de 79% entre la classification des récits narratifs et la classification comportementale selon la *Procédure de séparation-réunion*, une fidélité inter juges de 71% entre les différents types et un indice de fidélité de 95% entre les catégories organisées versus désorganisées. La répartition de notre échantillon ($N = 26$), déterminée par un codeur certifié par Carol George à qui les transcriptions ont été fournies exemptes de toute identification, est la suivante : B : 9 (35%), A : 4 (15%), C : 5 (19%), D : 8 (31%). Une donnée est manquante pour les

classifications représentationnelles en raison de la perte du matériel vidéo. Selon une classification à deux catégories, Désorganisées vs Non-Désorganisée, la répartition obtenue est de 8 (31%) et 18 (69%), respectivement.

Des échelles de désorganisation, comptant 6 indicateurs (absence de la mère, frayeur/incontrôlabilité, violence/hostilité, constriction mentale, peur et agitation, comportement contrôlant) ont été développées par George et Solomon (1998) afin d'analyser les caractéristiques de désorganisation des récits d'attachement. Ces indicateurs sont cotés pour chacune des histoires, soit en fréquence ou en intensité et permettent aussi d'obtenir des cotes globales. En raison des fortes corrélations obtenues entre plusieurs échelles, nous avons sélectionné les échelles suivantes pour analyser le dernier récit, Réunion, considéré par les auteurs comme le plus significatif sur le plan de l'attachement : (1) *absence de figure maternelle*, (2) *indice de frayeur/incontrôlabilité* et (3) *fréquence d'événements violents ou hostiles*.

L'échelle *absence de figure maternelle* est codée 1 (présente), 2 (marginale absente) ou 3 (absente ou non impliquée). L'*indice de frayeur/incontrôlabilité* relève les événements menaçants ou les comportements violents ou chaotiques des personnages et est codé de 0 (pas de matériel effrayant ou incontrôlable) à 3 (effrayant/ incontrôlable). L'échelle *fréquence d'événements violents ou hostiles* recense le nombre

d'événements tels que des verbalisations ou des comportements agressifs ou menaçants chez les personnages ou chez l'enfant lors de la tâche.

La Procédure de séparation-réunion a été administrée à la dyade figure d'attachement/enfant au cours de la visite au laboratoire. Cette procédure, largement utilisée dans les recherches américaines, a été validée auprès d'un échantillon normatif québécois (Moss et al., 2004). Elle consiste à observer les comportements de l'enfant lors de deux réunions d'une durée de cinq minutes qui suivent deux longues séparations (environ 45 minutes) de la figure d'attachement. Le système de Main et Cassidy (1988) permet de distinguer 5 groupes d'enfants : *sécurisés (B)*, *insécurisés-ambivalents (C)*, *insécurisé-évitants (A)*, *insécurisés-contrôlants (D-C)* et *insécurisés-autres (I/O)*. On retrouve chez les enfants *sécurisés* une interaction détendue et agréable avec leur figure d'attachement. L'enfant utilise la figure d'attachement comme base de sécurité pour faciliter son exploration. Les enfants *insécurisés-évitants* se montrent distants face à leur figure d'attachement, soit sur le plan physique ou affectif. Ces enfants favorisent l'exploration au détriment de la relation avec leur figure d'attachement. Les enfants *insécurisés-ambivalents* démontrent des comportements résistants ou une immaturité excessive. L'interaction avec la figure d'attachement semble interférer avec l'exploration de l'environnement. Les enfants *insécurisés-contrôlant* cherchent activement à contrôler ou à diriger leurs parents de manière bienveillante (contrôlant-attentionné) ou hostile

(contrôlant-punitif). Finalement, les enfants *insécurisés-autres* peuvent démontrer des comportements atypiques ou apeurés ou afficher une combinaison de stratégies insécurisées. La classification des comportements aux épisodes de réunion a été déterminée par un codeur aveugle quant aux caractéristiques des enfants et ayant obtenu une fiabilité satisfaisante dans ce système. Les participants de notre échantillon ($N = 27$) se répartissent de la manière suivante : B : 8 (30%), A : 5 (19%), C : 2 (7%), D : 12 (44%). En regroupant ces classifications en deux catégories, on retrouve 12 sujets (44%) Désorganisés et 15 sujets (56%) non-Désorganisés.

Quotient intellectuel. Le rendement intellectuel a été mesuré à partir d'une version abrégée de l'adaptation canadienne française du *Wechsler intelligence scale for children, third edition* (WISC-III, Wechsler, 1991), qui a été administré à l'enfant par une expérimentatrice. Kaufman, Kaufman, Balgopal et McLean (1996) ont proposé différentes versions abrégées permettant d'obtenir un quotient global inféré avec des coefficients de fiabilité de plus de 0,90, la plus recommandée comprenant les sous-tests Images à compléter, Similitudes, Arithmétique et Blocs. Les scores pondérés obtenus sont convertis à l'aide d'une formule mathématique pour obtenir le QI global inféré.

2.3 Plan d'analyses

Le devis utilisé était quasi expérimental, à groupes assignés, et les analyses reposent principalement sur des comparaisons entre deux groupes. Compte tenu de la petite taille d'échantillon et des questions de recherche, qui impliquent une comparaison entre les enfants Désorganisés et non-Désorganisés pour cette population à haut risque, une classification à 2 groupes a été utilisée pour les classifications comportementales et représentationnelles d'attachement, soit Désorganisé (D) vs non-Désorganisé (non-D). Après une vérification de la normalité des distributions des différentes mesures d'adaptation de l'étude (CBCL, CDC, WISC-III, SCL-90-R, DES-II), des analyses permettant de vérifier la présence de co-variables ont été effectuées. Selon la nature dichotomique ou continue des variables, des tests de khi carré ou des tests-t ont été utilisés afin de vérifier si les groupes de sujets étaient équivalents sur le plan sociodémographique.

Dans un deuxième temps, les mêmes tests ont été effectués afin de vérifier l'effet principal de la classification représentationnelle d'attachement, D vs non-D. Nous avons ainsi examiné si les groupes D et non-D se distinguent au niveau des facteurs de risque liés à la figure d'attachement principale (caractéristiques sociodémographiques, événement stressants et santé mentale) et des facteurs de risque liés à l'histoire de maltraitance et de placement. La classification d'attachement a été considérée comme une variable dépendante et les facteurs de risque ont constitué les variables

indépendantes. Afin de ne pas multiplier les analyses, conformément à la documentation sur l'impact cumulatif des facteurs de risque (Belsky et Pasco Fearon, 2002 ; Cicchetti, 2004 ; Rutter, 2000), deux indices de risque ont été créés en combinant : 1) les facteurs de risque sociodémographique et 2) les facteurs de risque liés à l'histoire de maltraitance et de placement.

Sur le plan sociodémographique, tel que proposé dans d'autres études (Parent, Gosselin & Moss, 2000 ; Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsy & Dubois-Comtois, 2005), un score de 1 point pour chacun des éléments suivants a été attribué : scolarité complétée de niveau primaire, monoparentalité et revenu familial inférieur à \$10 000 chez la figure d'attachement principale, pour un maximum possible de 3 points. Sur le plan de l'histoire de maltraitance et de placement, bien qu'il n'existe pas d'indice de risque cumulatif dans la littérature, nous avons compilé les facteurs suivants selon les éléments les plus souvent cités : le nombre total d'événements de maltraitance, la gravité maximale des événements rapportés, la présence concomitante de mauvais traitements et de négligence dans la trajectoire du sujet (ces trois critères sont tirés de la grille de classification de la maltraitance de Barnett, Manly & Cicchetti, 1993) la période développementale de l'enfant au moment du premier événement de maltraitance et le nombre total de placements. Concernant le nombre total d'événements de maltraitance, nous avons calculé la moyenne de notre échantillon pour déterminer un seuil critique au-delà duquel 1 point était accordé. Un point était donné lorsque les

événements de maltraitance comportaient au moins un degré de gravité de 4 ou 5, 5 étant le maximum. 1 point a été attribué lorsque l'enfant avait fait l'objet à la fois de mauvais traitements et de négligence. Afin de coter le risque lié à l'âge au moment du premier événement de maltraitance, nous avons constitué 3 tranches d'âge, selon la répartition habituelle utilisée en développement, soit 0-2 ans (petite enfance), 2-5 ans (enfance) et 6 ans et plus (âge scolaire). 2 points étaient attribués si l'enfant était âgé de 0 à 2 ans lors du premier événement de maltraitance, 1 point si l'enfant était âgé entre 2 et 5 ans et aucun point n'était attribué si l'enfant était âgé de 6 ans et plus. Cette répartition de points est basée à la fois sur un présupposé théorique suggérant que l'occurrence de maltraitance à un plus jeune âge compromet davantage le développement (Aber, Allen, Carlson & Cicchetti, 1989, Cicchetti, 1989, Wolfe, 1987), hypothèse qui est de plus en plus appuyée sur le plan empirique (Kaplow & Spatz Widom, 2007 ; Manly , Kim, Rogosch & Cicchetti, 2001). Finalement, nous avons calculé la moyenne du nombre de placements de notre échantillon afin de déterminer un seuil critique qui accorde 1 point. Le score maximal possible pour l'histoire de maltraitance et de placement était ainsi de 6 points.

Une régression linéaire a été effectuée afin de vérifier l'effet modérateur de l'attachement au niveau des liens entre les différents facteurs de risque et l'adaptation socioémotionnelle et cognitive de l'enfant, soient les différents résultats obtenus aux échelles intériorisation, extériorisation,

problèmes sociaux et problèmes généraux de la Liste des comportements de l'enfant, le résultat à l'Inventaire de dissociation de l'enfant et le quotient intellectuel obtenu à partir du WISC-III. La classification d'attachement et les facteurs de risque ont constitué alors les variables indépendantes et les différentes mesures d'adaptation, les variables dépendantes.

Finalement, des tests de khi carré ont été effectués pour vérifier si la classification comportementale Désorganisée/non-Désorganisée présentait une correspondance avec la classification similaire des récits d'attachement et avec les échelles de désorganisation de George et Solomon (1998).

À noter que dans les cas de perte de matériel (1 protocole de WISC-III, 1 CDC et 1 CBCL), les analyses ont été effectuées avec les résultats disponibles seulement, sans substitution pour les données manquantes.

2.4 Aspects déontologiques

Toutes les précautions ont été prises afin d'obtenir un consentement libre et éclairé des parents naturels ou des parents d'accueil des enfants, selon les cas. Les procédures et risques associés, principalement liés au bref rapport d'évaluation du lien d'attachement devant être versé au dossier de protection de l'enfant, ont été clairement expliqués aux parents naturels et aux parents d'accueil. Ce projet a été soumis au comité départemental de déontologie et a été jugé conforme à l'éthique en matière de recherche

impliquant la participation de sujets humains (voir le certificat de déontologie à l'appendice A.3).

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

3.1 Analyses préliminaires

Afin de satisfaire aux critères de normalité de distribution, seuls les résultats à l'Inventaire de dissociation (DES-II) ont dû subir une transformation logarithmique (\log_{10}).

Des tests-t pour échantillons indépendants ont révélé que le sexe des sujets est lié uniquement au résultat total du CBCL, où les garçons ont obtenu des résultats significativement plus élevés que les filles, $t(24)=2,44$, $p<0,05$ (voir tableau 1). Le sexe des sujets a donc été contrôlé dans les analyses pertinentes. Les corrélations de Pearson révèlent que l'âge des sujets n'est pas significativement lié aux mesures d'adaptation (Q.I. : $r = 0,30$, *n.s.*; CDC : $r = 0,13$, *n.s.* ; CBCL total $r = 0,07$, *n.s.*). Nous avons aussi vérifié si les classifications d'attachement comportementales et représentationnelles se distinguaient en fonction de l'âge et du sexe des sujets. Aucune différence significative n'a été démontrée entre les groupes D et non-D en fonction de l'âge (classification représentationnelle : $t(2,24) = 1,24$, *n.s.*; classification comportementale : $t(2, 25)=1,25$, *n.s.*) ou du sexe des sujets (classification représentationnelle : test exact de Fisher = 0,22, *n.s.* ; classification comportementale : $\chi^2(2, N=26) = 0,07$, *n.s.*). Les tests exacts

de Fisher effectués afin de vérifier si les caractéristiques sociodémographiques des figures d'attachement étaient liées aux variables dépendantes de l'étude n'ont révélé aucune correspondance significative (scolarité : $p < 0,67$, *n.s.* statut marital : $p < 0,14$, *n.s.* ; revenu familial : $p < 0,40$, *n.s.*). Afin de s'assurer que la classification des représentations d'attachement n'était pas tributaire du niveau d'habileté verbale des sujets, nous avons examiné à l'aide d'un test-t pour échantillons indépendants si l'appartenance au groupe D ou non-D différait en fonction du quotient verbal inféré et le résultat s'est avéré non significatif, $t(2,23) = 0,17$, *n.s.*

Tableau 1

Moyennes (et écart-types) des mesures d'adaptation en fonction du sexe des sujets

| | Filles (n=12) | Garçons (n=15) |
|------------------------|------------------|-------------------|
| Mesure | | |
| Problèmes généraux* | 40,09 (17,87) | 63,47 (27,71) |
| Problèmes sociaux | 5,55 (3,93) | 6,87 (3,58) |
| Problèmes extériorisés | 14,73 (10,90) | 23,27 (10,94) |
| Problèmes intériorisés | 7,27 (6,07) | 11,60 (6,48) |
| Dissociation | 6,72 (5,04) | 9,20 (5,70) |
| Quotient intellectuel | 90,97 (11,70) | 94,48 (17,05) |

* $p < 0,05$.

3.2 Comparaisons entre les enfants Désorganisés et non-Désorganisés sur le plan des facteurs de risque

Afin de vérifier notre première question de recherche, suggérant que les enfants du groupe D présenteraient davantage de facteurs de risque que les enfants du groupe non-D, nous avons procédé à quatre analyses en comparant les deux groupes au niveau des facteurs de risque liés à la figure d'attachement principale (indice sociodémographique, événements de vie

stressants et santé mentale) et du facteur de risque lié à l'histoire de maltraitance et de placement.

Comme le démontre le tableau 2, le test-t pour échantillons indépendants a révélé que les enfants du groupe non-D avaient tendance à démontrer des indices de risque sociodémographique plus élevés que les enfants du groupe D, $t(2,24) = 1,95, p < 0,10$. À l'aide de la Liste d'événements de vie, nous avons calculé le nombre d'événements stressants rapportés qui sont reconnus comme étant susceptibles d'exercer un impact sur les expériences d'attachement des enfants (Bowlby, 1953 ; Waters, Hamilton et Weinfield, 2000), soient un divorce ou une séparation parentale, l'hospitalisation d'un parent pour une maladie sérieuse ou à la suite d'un accident, le décès d'un proche d'un parent, incluant un conjoint, un membre de la fratrie, un parent ou un ami intime. Des tests-t n'ont révélé aucune différence significative entre les groupes D et non-D, $t(2,24)=1,56, n.s.$ L'examen des résultats aux questionnaires SCL-90-R et DES-II démontre que les figures d'attachement principales des enfants non-D (évaluation représentationnelle) se distinguent des figures d'attachement des enfants D par des scores significativement plus élevés, $t(2,24)=-2,91, p < 0,01$ et $t(2,23)=-2,29, p < 0,05$, respectivement.

Au niveau du risque associé à l'histoire de maltraitance et de placement, le test-t effectué en fonction de la classification d'attachement n'a

révélé aucune différence significative entre les deux groupes, $t(2,24) = 1,52$, *n.s.*

Tableau 2

Moyennes (et écarts-types) des facteurs de risque en fonction de la classification d'attachement représentationnelle

| | Désorganisée (n=8) | Non- Désorganisée (n=18) |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| Mesure | | |
| Indice de maltraitance et de placement | 3,63 (1,19) | 2,94 (0,10) |
| Indice sociodémographique† | 1,00 (1,07) | 1,78 (0,88) |
| Événements stressants | 1,00 (0,93) | 1,61 (0,92) |
| Symptômes psychiatriques** | 0,17 (0,15) | 0,70 (0,51) |
| Dissociation* | 0,65 (0,29) ^a | 1,03 (0,40) ^a |

† $p < 0,10$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ ^ascores transformés (log10)

3.3 Comparaison entre les enfants Désorganisés et non-Désorganisés au niveau de l'adaptation socioémotionnelle et cognitive.

Afin de vérifier si les groupes d'enfants se distinguent sur le plan des mesures d'adaptation et de quotient intellectuel, conformément à notre

deuxième question de recherche, des tests-t ont été effectués pour la classification représentationnelle, avec comme variables dépendantes le résultat global au CBCL, au CDC et au WISC-III. Comme le démontre le tableau 3, les groupes D et non-D ne se différencient sur aucune mesure. À noter que le résultat moyen au CBCL dépasse le seuil clinique pour les deux groupes.

Tableau 3

Moyennes (et écart-types) des mesures d'adaptation des enfants en fonction de la classification d'attachement représentationnelle

| | Désorganisée (n=8) | Non-Désorganisée (n=18) |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| Mesure | | |
| Problèmes généraux | 54,87 ^a (33,47) | 53,47 ^a (23,88) |
| Dissociation | 8,62 (6,23) | 8,12 (5,38) |
| Quotient intellectuel | 95,66 (10,49) | 93,59 (15,20) |

^amoyennes ajustées selon le sexe

3.4 Comparaisons entre les enfants Désorganisés et non-Désorganisés en vérifiant l'effet modérateur de l'attachement sur le lien entre le niveau de risque global et l'adaptation socioémotionnelle et cognitive

Afin de tester notre troisième hypothèse, concernant la modulation des associations entre les facteurs de risque et l'adaptation socioémotionnelle et cognitive par l'attachement représentationnel, nous avons procédé à des analyses de régression linéaire pour le CBCL, le CDC et le QI. L'indice de risque cumulatif global (obtenu par la somme de l'indice de risque sociodémographique et de l'indice de risque lié à l'histoire de maltraitance et de placement) et la classification d'attachement ont été entrés dans la première étape (sauf pour le résultat total du CBCL, où c'est la co-variable sexe qui a été entrée en première étape), suivie en deuxième étape du terme d'interaction créé avec ces deux variables. Les résultats (voir tableau 4) démontrent que chez les enfants D sur le plan représentationnel, le niveau global de risque est significativement lié aux difficultés d'adaptation. Dans ce groupe, on constate en effet un lien élevé entre le risque cumulatif global et les difficultés d'adaptation telles que mesurés par le résultat global au CBCL, $r_p = 0,66$, $p < 0,05$. Chez les enfants non-D, on constate un lien inverse, mais beaucoup plus faible, $r_p = -0,24$, $p < 0,05$.

Tableau 4

Résultats de la régression hiérarchique linéaire évaluant l'effet modérateur du statut représentationnel d'attachement sur le lien entre l'indice global de risque et l'adaptation selon les problèmes généraux au CBCL

| Variables prédictrices | ΔR^2 | ΔF | dl | β |
|------------------------|--------------|------------|--------|---------|
| Étape 1 | 0,22 | 6,36* | (1,23) | |
| Sexe de l'enfant | | | | 0,47 |
| Étape 2 | 0,00 | 0,16 | (2,21) | |
| Attachement | | | | -0,02 |
| Risque | | | | -0,02 |
| Étape 3 | 0,19 | 6,22* | (1,19) | |
| Attachement X risque | | | | -0,70 |

* $p < 0,05$

Nous avons procédé à d'autres analyses de régression avec les échelles intériorisation, extériorisation et problèmes sociaux du CBCL afin de détailler ces résultats. Tel qu'indiqué par les tableaux 5 et 6, ces analyses révèlent que chez les enfants Désorganisés, le niveau de risque a tendance à être lié positivement aux problèmes d'intériorisation ($r_p = 0,68, p < 0,10$) et d'extériorisation ($r_p = 0,51, p < 0,10$). Chez les enfants non-D, on retrouve une tendance contraire, mais plus faible, soient des associations de 0,40 ($p <$

0,10) pour les problèmes intériorisés et de 0,09 ($p < 0,10$) pour les problèmes extériorisés. Pour le CDC et le rendement intellectuel (WISC-III), les analyses ne révèlent pas d'effet modérateur significatif de l'attachement représentationnel.

Tableau 5

Résultats de la régression hiérarchique linéaire évaluant l'effet modérateur du statut représentationnel d'attachement sur le lien entre l'indice global de risque et l'adaptation selon l'échelle « intériorisation » au CBCL

| Variables prédictrices | ΔR^2 | ΔF | dl | β |
|------------------------|--------------|------------|--------|---------|
| Étape 1 | 0,05 | 0,56 | (2,22) | |
| Attachement | | | | -0,06 |
| Risque | | | | -0,21 |
| Étape 2 | 0,13 | 3,38† | (1,21) | |
| Attachement X risque | | | | -0,70 |

† $p < 0,10$

Tableau 6

Résultats de la régression hiérarchique linéaire évaluant l'effet modérateur du statut représentationnel d'attachement sur le lien entre l'indice global de risque et l'adaptation selon l'échelle « extériorisation » au CBCL

| Variables prédictrices | ΔR^2 | ΔF | df | β |
|------------------------|--------------|------------|--------|---------|
| Étape 1 | 0,01 | 0,11 | (2,22) | |
| Attachement | | | | -0,90 |
| Risque | | | | 0,05 |
| Étape 2 | 0,12 | 2,95† | (1,21) | |
| Attachement X risque | | | | -0,56 |

† $p < 0,10$

3.5 Correspondances entre les mesures comportementales et représentationnelles d'attachement

En lien avec notre dernière question de recherche plus exploratoire, qui prédisait une correspondance significative entre la classification comportementale et la classification représentationnelle, nous avons employé la méthode exacte de Fisher qui permet de comparer deux échantillons dont

les éléments sont classés en deux catégories. Les résultats ne révèlent pas de correspondance à un seuil significatif, test exact de Fisher $p < 0,22$, *n.s.*

Afin de pousser plus loin ces analyses, nous avons vérifié la correspondance entre la classification comportementale et trois échelles de désorganisation tirées du système de codification supplémentaire de la désorganisation de George et Solomon (1998) pour les Récits narratifs. Ces échelles, qui ont été appliquées à l'histoire 4, Réunion, sont *l'absence de figure maternelle*, *l'indice de frayeur/incontrôlabilité* et *la fréquence d'événements violents ou hostiles*.

Nous avons dichotomisé les cotes de la façon suivante, car plus de 25% de celles-ci étaient similaires. Pour l'échelle *absence de la mère*, les cotes ont été regroupées selon l'absence marginale ou totale (2,3) versus la présence d'une figure maternelle (1). *L'indice de frayeur/incontrôlabilité* a été regroupé selon un niveau absent (0) versus minimal ou plus (1,2,3). *La fréquence d'événements violents ou hostiles* a été regroupée selon un niveau absent (0) versus minimale ou plus (1 à 5). Tel qu'illustré au tableau 7, les tests exacts de Fisher révèlent que les enfants Désorganisés sur le plan comportemental démontrent des indices plus élevés d'événements effrayants/incontrôlables et une fréquence plus élevée d'événements violents ou hostiles, $p < 0,05$ pour les deux indices. Toutefois, nous n'avons pas trouvé de correspondance significative entre l'indice *absence de figure maternelle* et la classification d'attachement comportementale, $p < 1,00$.

Tableau 7

Correspondances entre la classification d'attachement comportementale et 3 échelles de désorganisation des Récits narratifs

| | Désorganisée | Non-Désorganisée | Test exact de Fisher |
|--|--------------|------------------|----------------------|
| Échelle de désorganisation | | | |
| Absence de figure maternelle | | | |
| absence marginale ou totale | 3 | 5 | |
| présence | 8 | 10 | $p < 1,00$ |
| Indice de peur | | | |
| absence | 2 | 10 | |
| minimal ou plus | 9 | 5 | $p < 0,05$ |
| Fréquence d'événements violents ou hostiles | | | |
| absence | 5 | 14 | |
| minimale ou plus | 6 | 1 | $p < 0,05$ |

CHAPITRE IV

DISCUSSION

4.1 Résultats

Cette étude avait pour but de dresser un portrait comportemental et affectif détaillé d'un échantillon d'enfants d'âge scolaire hébergés en centre jeunesse, en comparant les enfants présentant un attachement désorganisé et ceux présentant un attachement non-désorganisé au niveau de leur profil d'adaptation, de leur trajectoire de maltraitance et de placement et des caractéristiques de leur figure d'attachement principale.

Compte tenu de la taille réduite de notre échantillon, de son caractère à haut risque et des caractéristiques distinctes des enfants Désorganisés dans la documentation, nous avons constitué deux groupes de sujets, soient Désorganisés (D) et non-Désorganisés (non-D), afin de les comparer au niveau de plusieurs facteurs de risque et de différentes mesures d'adaptation.

Au niveau des représentations d'attachement, notre échantillon révèle une majorité de classification insécurisée (regroupant les catégories *Occupé*, *Désinvolte* et *Effrayé*), soit 17 enfants. Un peu moins du tiers des enfants démontre une classification *Effrayée*, qui s'apparente à la classification comportementale désorganisée et pour laquelle nous avons utilisé le même vocable, par souci de clarté. Cette proportion, même si elle n'est pas aussi élevée qu'attendue, s'avère néanmoins plus considérable que celle obtenue

dans d'autres études auprès d'enfants suivis par les services de protection ou placés, qui s'élevaient à 18% (Venet, Bureau, Gosselin & Capuano, sous presse, Webster, Hackett, Samson & Permanente, 2007). Le contenu des narratifs des enfants Désorganisés est caractérisé par des personnages décrits comme effrayés, effrayants, chaotiques, abusifs, absents, impuissants ou abandonnés (George, West & Pettem, 1999). Les récits d'attachement semblent ainsi provoquer chez ces enfants une dysrégulation affective, liée à des sentiments de débordement ou de menace, qui se manifeste par exemple par une perte des repères spatiaux et temporels dans la trame des récits.

Concernant notre première hypothèse, qui prédisait davantage de facteurs de risque pour les enfants du groupe Désorganisé, nous n'avons pas obtenu de résultats dans le sens attendu. Sur le plan sociodémographique, les résultats obtenus vont même dans le sens contraire de nos prédictions, puisque ce sont les figures d'attachement des enfants non-Désorganisés qui ont démontré une tendance à un indice de risque plus élevé. Sur le plan des événements de vie stressants, les analyses n'ont pas révélé de différence significative entre les groupes Désorganisés et non-Désorganisés. Les mesures de santé mentale des figures d'attachement principales ont démontré des résultats contraires à nos prédictions, puisque ce sont les figures d'attachement principales des enfants non-Désorganisés qui ont rapporté un taux significativement plus élevé de détresse psychologique et de

dissociation. De plus, soulignons que le résultat moyen de ce groupe dépasse le seuil clinique pour les deux mesures (SCL-90-R et DES-II). Ce constat est d'autant plus surprenant que plusieurs études ont documenté les difficultés psychologiques des mères d'enfants désorganisés, plus particulièrement sur le plan des représentations d'attachement, et en termes de troubles similaires aux pathologies post-traumatiques (Dozier et al., 1999 ; George & Solomon, 1999 ; Main & Goldwyn, 1998 ; Main & Hesse, 1990). Soulignons que les pathologies post-traumatiques comportent des défenses assez primitives contre la détresse, qui peuvent certes affecter la perception de la réalité. Toutefois, ces études ne reposaient pas sur des mesures autorévélees, qui peuvent être affectées par des facteurs comme la désirabilité sociale et l'attitude défensive. Sur le plan des symptômes psychiatriques, des chercheurs ont d'ailleurs constaté des écarts importants entre les symptômes psychologiques autorévéleés et ceux obtenus à l'aide d'entrevues cliniques (Eaton, Neufeld, Chen & Cai, 2000 ; Parkes, 1980). Dans notre échantillon, la question se pose donc à savoir si les figures d'attachement des enfants Désorganisés ont présenté un portrait fiable de leur état psychologique et il est plausible de penser que les parents d'enfants non-Désorganisés aient démontré une perception plus réaliste et moins défensive de leur situation. De plus, si l'on considère que ce sont les parents biologiques qui constituaient la majorité des figures d'attachement principales des enfants Désorganisés, soit 5 sur 8, ces résultats iraient aussi à l'encontre

des études effectuées auprès des familles suivies par les services de protection, qui ont recueilli par le biais d'entrevues diagnostiques auprès des parents biologiques des taux de problèmes de santé mentale (ex. dépression majeure, dysthymie, trouble panique, anxiété généralisée, tentative de suicide) plus élevés que dans la population normale (Pauzé et al., 2000). Au niveau de l'histoire de maltraitance et de placement en tant que facteur de risque unique, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre nos groupes d'enfants.

Notre deuxième hypothèse, prédisant un taux plus élevé de difficultés d'adaptation chez les enfants Désorganisés ainsi qu'un fonctionnement intellectuel plus pauvre chez ceux-ci n'est pas appuyée par nos résultats. Cette absence d'effet principal de la classification d'attachement désorganisée, qui peut être liée à la petite taille d'échantillon, va à l'encontre des résultats d'études auprès de populations cliniques ayant démontré l'effet principal de l'attachement désorganisé dans la prédiction des troubles de comportements (Carlson, 1998 ; voir la méta-analyse de van IJzendoorn et al., 1999). Toutefois, rappelons que les deux groupes d'enfants, Désorganisé et non-Désorganisé, ont révélé des difficultés globales d'adaptation à un seuil clinique. Ce résultat peut être lié au caractère à haut risque de notre échantillon, autant sur le plan familial que sur le plan de leur histoire de maltraitance et de placement, qui a pu exercer un effet de plafonnement sur l'adaptation psychosociale. En effet, les caractéristiques des milieux d'origine

de ces enfants, telles qu'un statut socio-économique défavorisé et des taux de difficultés psychologiques élevés chez les parents, sont reconnues comme des facteurs de risque importants pour le développement de difficultés comportementales (Pauzé et al., 2000 ; Rosenfeld & al., 1997 ; Rutter, 2000). La maltraitance est aussi considérée comme un facteur de risque significatif (Cicchetti & Carlson, 1989 ; Starr & Wolfe, 1991) et l'expérience de placement a été associée à différentes difficultés comportementales telles que les manifestations d'agressivité et même à une augmentation des difficultés d'adaptation (Committee on early childhood and adoption and dependant care, 2000 ; Heflinger, Simpkins & Combs-Orme, 2000 ; Lawrence, Carlson & Egeland, 2006 ; Rutter, 2000). Soulignons aussi que le nombre insuffisant de questionnaires remplis par les enseignants nous a obligé à compiler uniquement les questionnaires de l'adulte vivant au quotidien avec l'enfant (parent d'accueil ou éducateur) et que les données concernant la performance scolaire des enfants, comprises dans la Liste des comportements de l'enfant, version enseignant, n'ont pas pu être analysées. Plusieurs études ont suggéré que l'utilisation de différents rapporteurs pouvait augmenter la fiabilité des portraits comportementaux des enfants et que les enfants eux-mêmes pouvaient s'avérer la meilleure source d'information concernant les troubles de comportement intériorisés (Moss et al., 2006 ; Youngstrom, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2000).

En lien avec quelques études qui ont trouvé des différences au niveau du fonctionnement cognitif d'enfants Désorganisés et non-Désorganisés (Aber et Allen, 1987 ; Jacobsen, Edelstein & Hofmann, 1994 ; Moss et St-Laurent, 2001 ; Nolin, 2002), nous avons comparé les deux groupes sur une mesure globale de rendement intellectuel. Les résultats des deux groupes étaient similaires, ce qui n'est probablement pas surprenant compte tenu du fait que dans la plupart de ces études, les associations établies entre la classification d'attachement et le fonctionnement cognitif s'appuyaient davantage sur l'évaluation spécifique de certaines fonctions exécutives ou métacognitives. Les mesures de rendement intellectuel global sont peu fréquentes dans les recherches sur l'attachement, la plupart recourant à des évaluations partielles qui sont utilisées comme variables de contrôle.

Notre troisième hypothèse, prédisant une modération, par l'attachement, des liens entre les facteurs de risque d'une part et l'adaptation socioémotionnelle et le rendement intellectuel d'autre part, est appuyée à plusieurs égards. Il ressort en effet que chez les enfants Désorganisés, le niveau de risque est significativement lié aux difficultés globales d'adaptation. De plus, ce lien est élevé et explique une partie importante (40%) de la variance. En examinant de plus près certaines échelles de ce questionnaire, il ressort que chez les enfants Désorganisés, le niveau de risque a aussi tendance à être significativement lié aux problèmes intériorisés et extériorisés. Ces résultats vont dans le sens des résultats d'autres études

qui ont constaté l'effet d'interaction entre l'attachement désorganisé (comportemental) à la petite enfance et les facteurs de risque familiaux dans la prédiction des troubles de comportements extériorisés (Munson, McMahon & Spieker, 2001 ; NICHD Early child care research network, 2001). Chez les enfants non-Désorganisés, nous avons trouvé un lien inverse, bien que beaucoup plus faible, suggérant que ce sont d'autres facteurs qui pourraient davantage expliquer le lien entre l'attachement organisé et les problèmes d'adaptation.

De manière globale, ces résultats vont dans le sens des principaux modèles théoriques de psychopathologie développementale (Belsky & Cassidy, 1994 ; Cicchetti & Lynch, 1995 ; Sroufe, 1988) qui reconnaissent l'influence majeure de l'attachement en tant que facteur de risque (attachement insécurisant et plus particulièrement, attachement désorganisé) ou de protection (attachement sécurisant). Plus spécifiquement, ces résultats appuient le modèle développemental-écologique de Belsky et Cassidy (1994) suggérant qu'un attachement sécurisé peut exercer un effet de protection face au stress contextuel (i.e. facteurs de risque) en permettant potentiellement le recours aux fonctions intériorisées de régulation affective et interpersonnelle liées au système d'attachement. Au contraire, l'insécurité et plus particulièrement la désorganisation peut rendre l'enfant plus vulnérable à ce type de stress et ainsi entraîner des difficultés socioémotionnelles qui témoignent alors du débordement des capacités de

gestion (*coping*) et d'adaptation de l'enfant ainsi que de ses problèmes de régulation affective (Carlson & Sroufe, 1995 ; Rutter, 1995 ; van IJzendoorn et al., 1999). On peut penser en effet que les enfants Désorganisés de notre échantillon, pour qui l'évaluation de l'attachement est contemporaine, contrairement à beaucoup d'études où l'attachement a été mesuré à la petite enfance, demeurent particulièrement sensibles à l'effet cumulé de conditions de vie adverses. Ces dernières se définissent par la conjonction de leur histoire de maltraitance et de placement et du statut socio-économique de leur figure d'attachement principale. La vulnérabilité qui s'ensuit se traduit essentiellement par un niveau élevé de difficultés globales d'adaptation.

Par ailleurs, nous n'avons trouvé aucun effet de modération de l'attachement entre les facteurs de risque et les indices de dissociation ou le rendement intellectuel. Ce dernier résultat peut s'expliquer par des motifs similaires à ceux invoqués concernant l'absence d'effet principal de l'attachement sur le rendement intellectuel, soient la petite taille d'échantillon et l'absence d'évaluation spécifique des fonctions exécutives ou métacognitives. Au niveau des indices de dissociation, nos résultats n'appuient pas non plus l'hypothèse modératrice de l'attachement.

Finalement, à titre expérimental, nous avons examiné la classification d'attachement comportementale des enfants, malgré que cette mesure ne soit pas validée pour les enfants de plus de 7 ans, qui constituent plus de la moitié de notre échantillon. Une convergence entre les mesures

représentationnelles et comportementales suggérerait que davantage d'efforts soient déployés afin de raffiner et d'adapter la classification comportementale pour les enfants plus vieux. La distribution des classifications d'attachement comportementales à 4 groupes des enfants composant notre échantillon révèle que la majorité présente un attachement insécurisant, soit 70%. De manière plus précise, sur le plan comportemental, 44% des enfants présentent un attachement désorganisé, ce taux se situant dans l'intervalle de 32% à 82% retrouvé dans les principales études auprès de cette population (Barnett, Ganiban & Cicchetti, 1999 ; Carlson et al., 1989 : voir Morton & Browne, 1998 pour une revue). Cette proportion importante de classification insécurisée nous indique que, sur le plan comportemental, la majorité de ces enfants n'arrive pas, en situation de détresse, à rechercher du réconfort auprès d'une figure significative afin d'être en mesure de reprendre l'exploration de leur environnement, laquelle à cet âge comprend notamment la fréquentation scolaire. Dans notre échantillon, près d'un enfant sur 5 (19%) adopte plutôt une stratégie visant à éviter le contact avec des figures d'attachement, 7% demeurent dans une position de dépendance tout en demeurant frustrés ou insatisfaits face à leur figure d'attachement, tandis que 44% affichent un mode désorganisé. Parmi cette proportion d'enfants désorganisés, pour la majorité, on retrouve l'adoption d'une stratégie de contrôle caractérisée par une inversion de rôle face à la figure d'attachement, où l'enfant structure l'interaction avec cette

dernière de manière attentionnée ou coercitive. Très peu d'enfants (3) démontrent une classification *insécurisée-autre*, qui sous-tend que l'enfant n'aurait pas réussi à développer de stratégie spécifique afin d'obtenir un minimum de réconfort ou de sécurité auprès de ses figures significatives, ce type d'attachement étant caractéristique des enfants pris en charge par les systèmes de protection (Cassidy & Marvin, 1987, 1992).

Toutefois, en lien avec notre dernière hypothèse plus exploratoire, nous n'avons pas trouvé de correspondance significative entre la classification comportementale et la classification représentationnelle. Ce résultat peut être lié à la petite taille d'échantillon et à l'absence de validation de l'évaluation comportementale pour les enfants plus vieux, tel que mentionné plus haut. Soulignons également que pour plusieurs enfants, l'évaluation comportementale a été effectuée avec une figure d'attachement de laquelle ils ont été séparés, ce qui questionne davantage la validité de celle-ci. Les études ayant démontré des correspondances satisfaisantes entre la classification comportementale et représentationnelle à 4 groupes ont d'ailleurs été effectuées avec des enfants de moins de 7 ans provenant de populations normatives et résidant dans leur milieu familial (Bureau & Moss, en soumission ; Cassidy, 1988 ; Dubois-Comtois, 2006 ; Solomon et al., 1995).

Par contre, les analyses portant sur les échelles de désorganisation révèlent que les enfants présentant un type d'attachement désorganisé sur le

plan comportemental, démontrent davantage d'indices de frayeur, de violence et d'hostilité dans les contenus de leurs Récits narratifs, ce qui constitue un résultat novateur auprès d'une population d'enfants placés. Cette correspondance appuie l'hypothèse d'une convergence entre ces deux modalités d'évaluation et va dans le même sens que l'étude de Bureau, Béliveau, Moss et Lépine (2006), qui a relevé davantage de thèmes de conflits dans les narratifs des enfants Désorganisés (évaluation comportementale). La similitude entre ces résultats suggère que le monde intérieur des enfants désorganisés serait caractérisé par des représentations effrayantes et agressives, de manière concomitante ou en alternance. Cette conception soutient la proposition de Main et Hesse (1990) concernant le rôle central de la peur chez les mères d'enfants désorganisés, peur qui s'exprimerait principalement par des comportements effrayés ou effrayants. George et Solomon (1999) considèrent que ces comportements maternels peuvent occasionner une détresse importante chez l'enfant, qui se retrouve ainsi confronté à une mère dont l'état émotionnel est très fluctuant, oscillant entre le retrait, l'impuissance et le débordement, ceci faisant en sorte que l'enfant pourra éventuellement renoncer à réclamer les soins et la protection qui lui font pourtant cruellement défaut. Les comportements de l'enfant risquent alors de traduire diverses formes de désorganisation telles que « la constriction, une soumission exagérée, la fuite, le gel, la défiance, la dissociation, la désorientation, l'engourdissement et l'agression » (p. 664,

traduction libre). La peur et l'agressivité qui gouverneraient ainsi l'état affectif de ces enfants pourraient fournir une voie explicative intéressante concernant le développement des problèmes de comportements. Bowlby (1973) soulignait déjà que la colère pouvait constituer une façon d'intensifier la communication face à une figure d'attachement, modalité qui, si elle ne réussissait pas à susciter de réponse adéquate, pourrait emprunter des formes de plus en plus extrêmes tout en demeurant liée à des sentiments sous-jacents de crainte ou de désespoir, se rattachant au manque de protection et de soins.

Une autre avenue de compréhension des troubles de comportement chez les enfants désorganisés repose sur la notion de régulation affective, qui selon plusieurs auteurs (Fonagy & Target, 2002 ; Schore & Schore, 2008) tient un rôle central dans la théorie de l'attachement contemporaine, en lien avec l'intégration de l'avancée des connaissances dans le domaine de la neurobiologie. Slade (1999) définit cette fonction comme la capacité d'expérimenter de façon modulée et de faire sens d'une gamme variée d'émotions, plus particulièrement la détresse et le plaisir. Selon cette auteure, les fondements de la régulation affective reposeraient sur la relation précoce mère enfant, où, dans un premier temps, ce serait la mère elle-même qui régulerait les états émotionnels de son bébé à partir de ses propres capacités régulatrices, ceci se produisant de façon optimale au sein d'une relation d'attachement sécurisante. Dans le cadre de relations

insécurisantes, les capacités régulatrices de l'enfant auraient moins de chance de se développer de façon saine, plus particulièrement dans le cas de l'attachement désorganisé, où l'expérience relationnelle de l'enfant aura souvent été dominée par une confrontation aux états émotionnels non régulés de la figure d'attachement, tel qu'expliqué plus haut au sujet du maternage effrayant/effrayé (George & Solomon, 1999 ; Main & Hesse, 1990).

Au niveau de l'échelle *absence de figure maternelle*, aucune correspondance significative n'a été démontrée avec la classification représentationnelle en deux groupes, contrairement à ce qui était attendu. Il est possible que les critères de cette échelle ne soient pas suffisamment élaborés pour fournir un portrait des représentations maternelles des enfants, contrairement au système de cotation du *MacArthur narrative coding group* (Robinson et al., 1992) qui permet d'évaluer la qualité positive ou négative de ces représentations de manière plus détaillée.

4.2 Implications cliniques

Les résultats de cette étude descriptive appuient l'importance d'utiliser un canevas d'évaluation validé auprès des enfants suivis par les systèmes de protection, afin de documenter leur adaptation psychosociale, leur statut représentationnel d'attachement et leur trajectoire de maltraitance et de placement. Les résultats de la Liste des comportements de l'enfant

démontrent des difficultés à un seuil clinique, ce qui souligne la pertinence de recourir à de tels outils d'évaluation. Malheureusement, on retrouve peu d'instruments validés dans les dossiers d'évaluation et de prise en charge des enfants en protection de la jeunesse. Malgré leur utilité, les évaluations plus formelles des représentations d'attachement se retrouvent presque uniquement dans les protocoles de recherche. En raison de l'effet d'interaction démontré dans cette étude entre les facteurs de risque et l'attachement sur l'adaptation socioémotionnelle, ces évaluations des représentations d'attachement permettraient de cibler les enfants qui pourraient bénéficier d'interventions spécifiques visant à modifier leurs représentations d'attachement, ce qui pourrait ensuite favoriser leur fonctionnement adaptatif.

Sur le plan de l'intervention, il nous apparaît essentiel de fournir à ces enfants des programmes d'intervention validés et adaptés à leurs difficultés et à leurs besoins, particulièrement au niveau de l'attachement. Certains programmes récents basés sur l'attachement ont déjà démontré des résultats très intéressants, comme par exemple le Programme visant à optimiser la sécurité affective et l'autorégulation chez les enfants placés en famille d'accueil (Dozier, Stovall et Albus, 1998 ; Duchesne, Dubois-Comtois & Moss, 2007) et le Programme à domicile pour familles maltraitantes (Moss, Tarabulsy, St-Laurent, Bernier & Cyr, 2007). Ces interventions structurées visent à améliorer la qualité des interactions parent-enfant, à favoriser le

développement d'un attachement sécurisé, à développer les capacités autorégulatoires des enfants et à prévenir conséquemment la mésadaptation des enfants.

D'autres modalités d'intervention novatrices sont en application dans certains milieux de réadaptation tel que le Centre jeunesse de Laval, qui a publié un guide de pratique en réadaptation basé sur la théorie de l'attachement (Centre jeunesse de Laval, 2007). Ce guide propose une grille d'observation des comportements d'attachement afin d'aider les intervenants à mieux décoder les besoins d'attachement qui sont à la base de certains comportements problématiques des enfants placés. Une meilleure compréhension de ces comportements peut permettre ainsi d'offrir une intervention plus relationnelle plutôt que majoritairement basée sur des modèles behavioristes d'extinction des comportements perturbateurs. Ces observations, bien que qualitatives et non validées, peuvent favoriser un meilleur repérage des manifestations d'attachement prédominantes chez les enfants. Ces manifestations peuvent alors être interprétées en termes d'expression de la détresse et des besoins de proximité et d'exploration. Ainsi, devant un enfant démontrant plusieurs indices de comportements évitants, une attention particulière sera portée afin de lui offrir plus de soutien lorsque l'on soupçonne chez lui de la détresse en raison d'un contexte propice. Dans le même esprit, les éducateurs veilleront à rassurer un autre enfant présentant des indices d'ambivalence, alors que celui-ci manifeste des

comportements inacceptables nécessitant son retrait du groupe, en insistant sur la disponibilité de l'adulte dans un délai donné lorsque le temps d'arrêt aura été respecté.

La présence de taux d'extériorisation au-dessus du seuil clinique pour nos deux groupes d'enfants souligne l'importance d'évaluer cette dimension chez les enfants placés afin de leur permettre de bénéficier de programmes spécifiques visant à les aider à mieux contrôler leur agressivité et à développer de meilleures habiletés sociales. Par exemple, depuis plusieurs années, le Centre jeunesse de Laval offre aux enfants suivis et hébergés ainsi qu'à leurs parents, une version adaptée de l'activité P.A.R.C. (Programme d'auto-contrôle, de résolution de problèmes et de compétences sociales – Potvin et al., 1994). Ce programme comprend un volet pour les parents en vue d'améliorer leurs attitudes et pratiques éducatives face aux comportements impulsifs ou agressifs de leurs enfants. Une attention particulière est portée en vue de favoriser des interactions parent enfant positives. Autant les parents que les enfants ayant participé à ce programme démontrent une meilleure perception d'eux-mêmes (Centre jeunesse de Laval, 2004).

Ces différents programmes et pistes d'interventions apparaissent prometteurs afin de tenter de modifier les représentations d'attachement des enfants placés. Ces représentations, définies sous le vocable de *modèles internes opérants* par Bowlby (1973), sont constituées de la synthèse

intériorisée des expériences d'attachement. Cette synthèse comprend, d'une part une appréciation du soi, perçu comme plus ou moins acceptable et digne de soins et de protection et, d'autre part, une perception du désir, de la capacité et de la disponibilité de la figure d'attachement à fournir la protection et les soins (Solomon & George, 1999). Les modèles internes opérants comportent donc des attentes basées sur les expériences antérieures et vont influencer la façon dont l'enfant va s'adresser à son entourage en situation d'attachement. En fournissant aux enfants placés l'occasion de vivre des expériences d'attachement plus sécurisantes, nous espérons contribuer à modifier positivement leurs modèles intériorisés d'attachement. Le cas échéant, ces enfants seront plus susceptibles de s'adresser aux personnes significatives de leur environnement de façon confiante, se percevant davantage comme étant dignes de soins et d'attention. Ainsi, des interactions plus positives seront favorisées et pourront réduire les risques d'échecs relationnels et de déplacements aux conséquences potentiellement si dommageables pour les enfants.

4.3 Limites

Cette étude comporte plusieurs limites importantes qui méritent d'être soulignées. Tout d'abord, il s'agit d'un devis corrélationnel transversal, ce qui ne permet pas de documenter la direction des effets décelés. Il serait

d'ailleurs intéressant de documenter l'évolution de ce portrait clinique descriptif et comparatif ponctuel à l'intérieur d'un devis longitudinal.

La limite principale de cette étude, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, repose sur la petite taille de cet échantillon de convenance. Le recrutement de populations cliniques à haut risque s'avère souvent ardu et l'exigence du protocole de recherche (visite au laboratoire d'une durée moyenne de 2h15 – donc près d'une demi-journée en considérant le temps de déplacement) a pu exercer un effet dissuasif auprès de certains parents biologiques ou parents d'accueil. Ce petit échantillon entraîne un manque de puissance si l'on considère les tailles d'effet habituellement obtenues dans des études sur l'attachement désorganisé, ses précurseurs et ses conséquences. Par conséquent, le risque de faux négatif dans les résultats d'analyses est substantiel, ce qui signifie que certaines associations ou différences entre nos groupes sont peut-être effectives mais n'ont pas pu être détectées. Aussi, la répartition des participants en deux groupes, bien que justifiée par la taille d'échantillon et par les caractéristiques distinctes des enfants désorganisés, ne nous a pas permis de vérifier les différences entre les enfants sécurisés et insécurisés, ce qui aurait pu enrichir notre connaissance de cette population.

Une autre limite importante repose sur le biais probable dans la sélection des participants. Tout d'abord, le milieu de la protection de la jeunesse et plus particulièrement la situation de placement implique dans la

plupart des cas une intervention judiciaire, donc d'autorité, où le degré de volontariat et de collaboration des clients n'est forcément pas le même que dans d'autres contextes de services socio sanitaires. Malgré notre souci d'appuyer l'importance d'un consentement libre et éclairé, il se peut que dans ce contexte particulier, certains parents ou parents d'accueil aient perçu une certaine pression à donner leur accord. Également, puisque les invitations à la recherche étaient, dans plusieurs cas, transmises de façon personnalisée par l'intervenant social, on peut penser que le degré de collaboration des figures d'attachement avec ce dernier a pu influencer leur décision de participer ou non à l'étude. Aussi, contrairement aux protocoles de recherche habituels, la confidentialité totale du matériel recueilli ne pouvait être assurée, puisqu'un rapport d'évaluation devait obligatoirement être versé au dossier de l'enfant. Cette condition singulière a pu susciter de la méfiance ou des craintes chez certains parents qui ont décidé de ne pas participer. De plus, les appréhensions possibles concernant l'utilisation subséquente de ces données ont également pu influencer le comportement en entrevue des adultes participants et leurs réponses aux différents questionnaires.

Le choix de la figure d'attachement principale de chaque enfant a aussi pu affecter la validité de l'étude. Pour la majorité des enfants, le critère de sélection reposant sur l'identification de l'adulte présent dans les deux premières années de vie de l'enfant et maintenant des contacts réguliers avec lui, a été suffisamment discriminatif, tant et si bien que nous n'avons pas

rencontré de situation ambiguë à cet égard. Par contre, il reste que certaines erreurs ont pu être commises de façon involontaire. De plus, il n'est pas certain que ce choix était le plus approprié. L'identification de la figure d'attachement principale d'un enfant placé demeure une question controversée. Du fait que ce protocole soit appliqué en centre jeunesse, où les pratiques doivent s'établir conformément à l'esprit de la Loi sur la protection de la jeunesse, laquelle accorde une préséance au milieu biologique de l'enfant, il se peut que l'importance accordée au lien biologique ait été amplifiée par rapport à celle du dispensateur de soins actuel.

L'absence de validation de la Procédure de séparation réunion chez les enfants de plus de 7 ans est un autre élément majeur qui a pu affecter la qualité de cette étude. Rétrospectivement, compte tenu que les enfants placés ont tous fait l'expérience de figures d'attachement multiples, l'évaluation des représentations d'attachement, constituant la synthèse de ces expériences, apparaît la plus pertinente. C'est la raison pour laquelle nous avons concentré nos analyses sur l'attachement représentationnel plutôt que sur l'attachement comportemental. L'attachement comportemental caractérise en effet un lien particulier et sa validité est de plus, contestable dans le contexte de séparation extrême que constitue le placement. Par conséquent, nous n'avons pas documenté les caractéristiques sociodémographiques des figures d'attachement actuelles de plusieurs enfants, ce qui aurait probablement été pertinent.

4.4 Recherches futures

Les études auprès des enfants hébergés par les services de protection posent des défis importants au niveau du recrutement. Afin de pallier à cette difficulté, la participation de plusieurs centres jeunesse doit être favorisée, afin d'obtenir des échantillons plus substantiels. Aussi, des devis longitudinaux seraient très avantageux afin de vérifier la direction des effets observés, de documenter l'évolution de ces enfants, de documenter les motifs justifiant les prolongations de placement et les motifs de réunifications. Compte tenu du fait que ces enfants ont connu des figures d'attachement multiples, l'évaluation représentationnelle de l'attachement semble la plus pertinente et permet de dresser un portrait d'ensemble des expériences d'attachement. Cette modalité a aussi l'avantage d'être moins exigeante en terme de temps d'expérimentation pour les participants. Afin d'obtenir une description plus fiable des caractéristiques psychologiques des dispensateurs de soins antérieurs et contemporains de ces enfants, il apparaît important de recourir à des outils cliniques administrés par des évaluateurs, ces outils pouvant être comparés à des mesures auto-révélées. Enfin, au niveau des données concernant les enfants, des sources multiples de rapporteurs seraient susceptibles d'enrichir les portraits obtenus, en incluant des données fournies par l'enfant lui-même.

Pour terminer, le recours au placement est une mesure sérieuse qui, malgré l'objectif de procurer de meilleurs soins aux enfants, comporte aussi

des risques importants. De plus, cette mesure peut s'avérer émotionnellement chargée pour les intervenants. Avant d'envisager un placement ou une réunification, il apparaît primordial de documenter les caractéristiques du milieu familial des enfants suivis par les services de protection, leur histoire de maltraitance et de placement, leur statut d'attachement ainsi que leur adaptation psychosociale, en lien avec une des contributions importantes de cette étude qui repose sur l'identification d'une trajectoire de mésadaptation pour les enfants dont l'attachement est désorganisé. Les modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse, qui prévoient l'élaboration de projets de vie pour les enfants dans des délais relativement courts, appuient également la nécessité d'une cueillette exhaustive afin de mieux évaluer la situation des enfants et leur évolution. À cet effet, l'utilisation d'instruments validés aurait avantage à être plus répandue dans les services de protection. Bien qu'aucun outil ne pourra jamais se substituer aux qualités essentielles de la relation d'aide, telles que l'empathie et le soutien, l'utilisation de protocoles validés pourra néanmoins favoriser chez les intervenants une meilleure objectivation, celle-ci étant nécessaire afin de mieux éclairer les recommandations et les décisions dont les impacts peuvent s'avérer majeurs dans la vie de ces enfants si vulnérables.

APPENDICE A

LETTRES D'INVITATION, FORMULAIRES DE CONSENTEMENT ET CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE

- A.1 Lettre d'invitation
- A.2 Formulaire de consentement
- A.3 Certificat de déontologie

A.1 Lettre d'invitation

(Nom de la figure d'attachement principale)

Objet : *évaluation du lien d'attachement de votre enfant (ou de l'enfant qui vous est confié en tant que famille d'accueil)*

Madame (ou Monsieur),

Je travaille au Centre jeunesse de Laval et je souhaite vous inviter à participer à une évaluation portant sur le lien d'attachement des enfants âgés de 6 à 10 ans hébergés par le centre jeunesse, effectuée dans le cadre d'une recherche en collaboration avec le Service de réadaptation pour enfants. Le but de cette évaluation est d'observer le type de lien d'attachement que l'enfant a développé avec la personne la plus significative de son milieu.

Cette évaluation vise à nous aider à améliorer 1) notre intervention auprès de votre famille et 2) les relations de l'enfant avec toutes les personnes qui l'entourent. De plus, les informations recueillies au cours de cette évaluation seront utilisées de façon anonyme pour établir un portrait global des enfants hébergés par le centre jeunesse.

Déroulement de l'évaluation :

Durée : environ 2h30

Participants : Vous, l'enfant et des expérimentatrices

Déroulement :

- Périodes d'activités libres entre vous et l'enfant
- Questionnaire à remplir pendant que l'enfant fera diverses tâches avec une expérimentatrice
- Période de collation pour vous et l'enfant

Cette rencontre sera filmée sur caméra vidéo, sauf pendant les périodes où vous remplirez les questionnaires. De plus, après la rencontre, des questionnaires seront aussi envoyés à l'enseignante et à la famille d'accueil ou l'éducateur responsable de votre enfant, selon le cas.

Une fois les résultats obtenus, vous pourrez, si cela vous intéresse, participer à une rencontre d'échange avec vos intervenants afin d'en apprendre plus sur le type de lien d'attachement de l'enfant et sur les pistes d'action possibles pour l'aider à vivre de meilleures relations avec vous, avec sa famille et avec son entourage.

Je vous contacterai d'ici quelques semaines afin que vous me communiquiez si vous acceptez de participer et aussi pour répondre à vos questions s'il y a lieu. Je vous remercie de l'attention que vous portez à ma demande.

Claud Bisailon, M.Ps.

Psychologue

Tél. : (450) 975-4134

A.2 Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
ÉVALUATION DU LIEN D'ATTACHEMENT
DANS LE CADRE D'UNE RECHERCHE

Je, soussigné(e), accepte de participer à une évaluation du lien d'attachement avec mon enfant (l'enfant qui m'est confié en tant que famille d'accueil). Cette évaluation est effectuée par Claud Bisailon, psychologue, dans le cadre d'une recherche doctorale en psychologie auprès d'enfants hébergés par le Centre jeunesse de Laval. Le but de cette recherche est d'obtenir un portrait clinique des enfants hébergés en vue d'améliorer l'intervention auprès d'eux et de leur famille.

Cette évaluation est filmée en majeure partie et est centrée principalement sur l'enfant. Toutefois, je remplirai aussi des questionnaires qui comportent des informations à mon sujet. Ces informations seront traitées de façon confidentielle et ne pourront être divulguées à qui que ce soit. Pour plus de sécurité, des codes seront utilisés pour préserver l'identité des participant(e)s. L'enseignant(e) de l'enfant sera aussi sollicité afin de remplir un questionnaire portant sur les attitudes et comportements de celui-ci (celle-ci).

Seules les données concernant le type de lien d'attachement de mon enfant seront utilisées pour la rédaction d'un rapport d'évaluation qui sera versé à son dossier psychosocial. Comme tous les documents contenus dans ce dossier, ce rapport sera accessible pour les intervenants oeuvrant auprès de l'enfant, de sa famille et de sa famille d'accueil le cas échéant. Je pourrai aussi participer à une rencontre pour que le contenu de ce rapport me soit présenté. Je suis aussi informé(e) que je peux en tout temps me retirer de la recherche sans préjudice.

(Nom du parent ou du parent d'accueil)

(Nom de l'enfant)

(Signature)

Claud Bisailon, chercheure

Signé à Laval, le ____ jour de _____ 20__.

Cette recherche est menée sous la direction d'Ellen Moss, Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, (514) 987-3000, poste 7880.

A.3 Certificat de déontologie



Université du Québec à Montréal

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC A MONTRÉAL

Comité départemental de déontologie

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

Le Comité de déontologie du département de psychologie, mandaté à cette fin par l'Université du Québec à Montréal, a examiné le protocole de recherche suivant:

Responsable : Claud Bisailon

Directeur : Ellen Moss

Département : Psychologie

Titre : La mesure de l'attachement chez les enfants hébergés en centre jeunesse.

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond entièrement aux normes établies par la "*Politique institutionnelle de déontologie*" de l'UQAM.

Le projet est jugé recevable sur le plan déontologique.

Membres du Comité:

| <i>NOM</i> | <i>POSTE OCCUPÉ</i> | <i>DÉPARTEMENT</i> |
|-------------------|---------------------|--------------------|
| Isabelle Rouleau | Professeure | Psychologie |
| Mara Brendgen | Professeure | Psychologie |
| Véronique Lussier | Professeure | Psychologie |
| Richard Bourhis | Professeur | Psychologie |

Isabelle Rouleau

Présidente du comité départemental

24 février 2005
Date

APPENDICE B

QUESTIONNAIRES, INVENTAIRES ET GRILLES

- B.1 Questionnaire sociodémographique
- B.2 Liste d'événements de vie (LEV)
- B.3 Inventaire de dissociation de l'enfant (CDC)
- B.4 Inventaire de dissociation de l'adulte (DES-II)
- B.5 Grille de classification de la maltraitance

B.1 Questionnaire sociodémographique

A. Renseignement généraux

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

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

Date à laquelle vous remplissez le questionnaire : _____

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA FAMILLE

ENFANTS ET AUTRES PERSONNES VIVANT À LA MAISON
(Incluant vous-même et l'enfant qui participe à cette recherche)

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

| LIEN DE PARENTÉ NAISSANCE | SEXE | DATE | DE |
|------------------------------|-------|------|-------|
| Mère | | | _____ |
| Père | | | _____ |
| Enfant qui participe | _____ | | _____ |
| Autre: _____ | _____ | | _____ |
| Autre: _____ | _____ | | _____ |
| Autre: _____ | _____ | | _____ |

**RÉSIDENCE
FAMILIALE**

Nombre de pièces de votre résidence : _____

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

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

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

| |
|------------------|
| ÉTAT MATRIMONIAL |
|------------------|

Mariée : _____ Union de fait: _____ Remariée: _____
 _____ Divorcée : _____ Séparée : _____ Veuve : _____

Précisions ou commentaires :

SECTION 3 : SCOLARITÉ

ENCERCLEZ LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉDUCATION GÉNÉRALE TERMINÉE :

MÈRE

Primaire 1 2 3 4 5 6

Secondaire 1 2 3 4 5 6

Collégial 1 2 3

Universitaire 1 2 3

Dernier diplôme obtenu _____

PÈRE

Primaire 1 2 3 4 5 6

Secondaire 1 2 3 4 5 6

Collégial 1 2 3

Universitaire 1 2 3

Dernier diplôme obtenu _____

SECTION 4 : OCCUPATIONS

INDIQUEZ LE PLUS PRÉCISÉMENT POSSIBLE VOTRE OCCUPATION PRINCIPALE:

(ex.: étudiant dans un programme d'études collégiales, bénéficiaire de l'aide sociale, directeur du département des achats chez Métro, chômeur, réceptionniste chez un concessionnaire automobile, propriétaire d'une quincaillerie,...) :

MÈRE: _____

Nbre de jours/semaine: _____

PÈRE: _____

NBRE DE JOURS/SEMAINE: _____

INDIQUEZ LES OCCUPATIONS SECONDAIRES, S'IL Y A LIEU

(2e emploi, bénévolat, loisirs,...)

MÈRE: _____

NBRE DE JOURS/SEMAINE: _____

PÈRE : _____

NBRE DE JOURS/SEMAINE: _____

ÉNUMÉREZ LA OU LES ACTIVITÉS ORGANISÉES AUQUELLES VOTRE ENFANT PARTICIPE, S'IL Y A LIEU.

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

SECTION 5 : REVENU FAMILIAL

INDIQUEZ VOTRE REVENU ANNUEL FAMILIAL BRUT:

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Moins de 10 000 _____ | 40 000 - 49 999 _____ |
| 10 000 - 19 999 _____ | 50 000 - 74 999 _____ |
| 20 000 - 29 999 _____ | 75 000 - 99 999 _____ |
| 30 000 - 39 999 _____ | 100 000 et plus _____ |

SECTION 6 : SANTÉ GÉNÉRALE

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

| | OUI | NON |
|---------|-------|-------|
| Mère | _____ | _____ |
| Père | _____ | _____ |
| Enfant | _____ | _____ |
| Fratric | _____ | _____ |

Si oui, précisez-en la nature : _____

b) Souffrez-vous de maladie chronique ?

| | OUI | NON |
|---------|-------|-------|
| Mère | _____ | _____ |
| Père | _____ | _____ |
| Enfant | _____ | _____ |
| Fratric | _____ | _____ |

Si oui, précisez-en la nature : _____

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

| | OUI | NON |
|---------|-------|-------|
| Mère | _____ | _____ |
| Père | _____ | _____ |
| Enfant | _____ | _____ |
| Fratric | _____ | _____ |

Si oui, précisez-en lesquels : _____

d) Depuis les 12 derniers mois, à quelle fréquence **votre enfant** a-t-il bénéficié des services professionnels suivants :

| | Jamais Régulier | Rarement | Occasionnel | |
|----------------------|--------------------|----------|-------------|-------|
| Médecin (pédiatre) | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Dentiste | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Travailleuse sociale | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Psychologue | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Orthopédagogue | _____ | _____ | _____ | _____ |

| | | | | |
|------------------|-------|-------|-------|-------|
| Orthophoniste | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Autres, précisez | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | | | | |

SECTION 7 : CONTACTS SOCIAUX

MÈRE

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

PÈRE

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

ACTIVITÉS FAMILIALES

| Nature de l'activité | Fréquence |
|----------------------|-----------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

HISTOIRE DE MALADIE DE L'ENFANT

À votre connaissance, est-ce que l'enfant a déjà souffert de dommage au cerveau ou d'autres maladies diagnostiquées à sa naissance ou peu après (ex. syndrome d'alcoolisme fœtal, insuffisance respiratoire, etc.) ?

Questions à la mère biologique seulement :

Est-ce que pendant votre grossesse pour cet enfant, vous avez consommé des drogues ou de l'alcool ? _____

Si oui, en quelle quantité ? _____

Est-ce que l'enfant a déjà été diagnostiqué comme souffrant de maladie suite à cette consommation ? _____

Si oui, veuillez préciser : _____

B.2 Liste d'événements de vie (LEV)

Voici une liste d' événements de la vie. Veuillez lire attentivement chacun d' eux. Si vous avez vécu l' événement, une ou plusieurs fois, préciser en quelle(s) année(s) il a été vécu. Indiquez seulement les événements vécus après la naissance de l' enfant. Précisez aussi dans quelle mesure cela vous a affectée et dans quelle mesure vous pensez que cela a affecté l' enfant qui participe à cette recherche.

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------|
| Extrêmement bouleversant | Assez bouleversant | Peu bouleversant | Pas de tout bouleversant |

| | Événement | Si vécu, en <u>pas</u> vécu (cochez) | quelle(s) année(s) | <i>Pour vous,</i> l' événement a été : (encerclez) | <i>Pour l' enfant</i> l' événement a été : (encerclez) |
|---|---|--|---|--|--|
| 1 | Naissance d' un nouvel enfant dans la famille | _____ | a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 d) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 d) 1 2 3 4 |
| 2 | Maladie ou accident qui a nécessité l' hospitalisatio n de l' enfant qui participe à la recherche | _____ | a) _____ b) _____ c) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 |
| 3 | Maladie ou accident qui a nécessité l' hospitalisatio n d' un autre enfant de la famille | _____ | a) _____ - b) _____ - c) _____ - | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------|
| Extrêmement bouleversant | Assez bouleversant | Peu bouleversant | Pas de tout bouleversant |

| | Événement <u>pas</u> vécu (cochez) | Si vécu, en quelle(s) année(s) | <i>Pour vous,</i> l' événement a été : (encerclez) | <i>Pour l' enfant</i> l' événement a été : (encerclez) |
|---|--|--------------------------------------|--|--|
| 4 | Maladie ou accident qui a nécessité votre hospitalisation | _____ | a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 |
| 5 | Maladie ou accident qui a nécessité l' hospitalisatio n de votre conjoint | _____ | a) _____ b) _____ c) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 |
| 6 | Perte de votre emploi ou congédiement | _____ | a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 d) 1 2 3 4 |
| 7 | Perte d' emploi ou congédiement de votre conjoint | _____ | a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 d) 1 2 3 4 |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------|
| Extrêmement bouleversant | Assez bouleversant | Peu bouleversant | Pas de tout bouleversant |

| | Événement <i>pas</i> vécu (cochez) | Si vécu, en quelle(s) année(s) | <i>Pour vous</i> , l' événement a été : (encerclez) | <i>Pour l' enfant</i> l' événement a été : (encerclez) |
|--|--|--------------------------------------|---|--|
| 8. Problèmes d' argent | _____ | a) _____ b) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 |
| 9. Séparation ou divorce | _____ | _____ | a) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 |
| 10. Votre remariage ou nouvelle union | _____ | a) _____ b) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 |
| 12. Décès du père de l' enfant qui participe à la recherche | _____ | _____ | a) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 |
| 13. Décès d' un de vos enfants | _____ | _____ | a) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 |
| 14. Décès d' une personne importante (d' un proche). Précisez le lien entre <u>vous</u> et la personne décédée : | _____ | a) _____ b) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 |
| | _____ | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------|
| Extrêmement bouleversant | Assez bouleversant | Peu bouleversant | Pas de tout bouleversant |

| | Événement | Si vécu, en <u>pas</u> vécu (cochez) | Si vécu, en quelle(s) année(s) | <i>Pour vous,</i> l' événement a été : (encerclez) | <i>Pour l' enfant</i> l' événement a été : (encerclez) |
|----|--|--|--|--|--|
| 15 | Un de vos enfants a quitté la maison pour aller habiter ailleurs (ex : mariage, aller au collège, aller en famille d' accueil...) | _____ | a) _____ b) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 |
| 16 | Déménagement | _____ | a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 d) 1 2 3 4 | a) 1 2 3 4 b) 1 2 3 4 c) 1 2 3 4 d) 1 2 3 4 |

B.3 Inventaire de dissociation de l'enfant (CDC)

Date : _____ Âge : _____ Sexe : M F Identification : _____

Voici une liste de comportements qui décrivent les enfants. Pour chaque énoncé qui décrit votre enfant maintenant ou dans les 12 derniers mois, veuillez encercler 2 si l'énoncé est très vrai pour votre enfant. Encercler 1 si l'énoncé est quelque peu ou parfois vrai pour votre enfant. Si l'énoncé n'est pas vrai pour votre enfant, encercler 0.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 1. L'enfant ne se souvient pas ou nie les expériences traumatisantes ou douloureuses qui se sont réellement produites. |
| 0 | 1 | 2 | 2. L'enfant entre dans un état d'hébétude ou d'allure de transe par moments ou apparaît souvent « perdu ». Les professeurs peuvent rapporter qu'il est souvent « dans la lune » à l'école. |
| 0 | 1 | 2 | 3. L'enfant démontre des changements rapides de personnalité. Il peut passer de gêné à sociable, de féminin à masculin, de timide à agressif. |
| 0 | 1 | 2 | 4. L'enfant oublie des choses de manière inhabituelle ou est confus à propos de choses qu'il devrait savoir, c'est-à-dire qu'il peut oublier les noms d'amis, de professeurs ou d'autres personnes importantes, ou qu'il perd ses effets ou se perd facilement. |
| 0 | 1 | 2 | 5. L'enfant a une très faible notion du temps. Il oublie à quel moment il en est ; il peut penser que c'est le matin alors qu'on est l'après-midi ; il peut confondre le jour de la semaine ou ne plus savoir quand tel ou tel événement s'est produit. |
| 0 | 1 | 2 | 6. L'enfant montre des variations marquées, d'une journée à l'autre ou même d'une heure à l'autre, dans ses habiletés, ses connaissances, ses préférences alimentaires, ses habiletés athlétiques, c'est-à-dire des changements dans l'écriture, pour ce qui est de sa mémoire pour des informations déjà apprises comme les tables de multiplication, l'épellation, l'utilisation d'outils ou l'habileté artistique. |

- 0 1 2 7. L'enfant montre des régressions rapides dans le niveau d'âge de son comportement, par exemple un enfant de 12 ans commence à parler en « bébé », suce son pouce ou dessine comme un enfant de quatre ans.
- 0 1 2 8. L'enfant a de la difficulté à apprendre de son expérience, par exemple les explications, la discipline normale ou les punitions ne changent pas son comportement.
- 0 1 2 9. L'enfant continue de mentir ou de nier un écart de conduite même lorsque les preuves sont évidentes.
- 0 1 2 10. L'enfant parle de lui-même à la troisième personne (c'est-à-dire par elle ou il) lorsqu'il parle de soi, ou par moments il insiste pour être appelé par un prénom différent. Il peut aussi prétendre que des choses qu'il a faites sont en fait arrivées à quelqu'un d'autre.
- 0 1 2 11. L'enfant a des plaintes physiques qui changent rapidement comme des maux de tête ou des maux d'estomac. Par exemple, il peut se plaindre d'un mal de tête une minute et sembler l'oublier complètement l'instant d'après.
- 0 1 2 12. L'enfant est inhabituellement précoce sur le plan sexuel et peut démontrer des comportements sexuels inappropriés pour son âge avec d'autres enfants ou des adultes.
- 0 1 2 13. L'enfant souffre de blessures inexplicables ou peut même se faire mal de manière délibérée à certains moments.
- 0 1 2 14. L'enfant rapporte entendre des voix qui lui parlent. Les voix peuvent être amicales ou fâchées et peuvent provenir d' « amis imaginaires » ou peuvent ressembler aux voix des parents, d'amis ou de professeurs.
- 0 1 2 15. L'enfant a un ou des amis imaginaires distincts. L'enfant peut insister pour dire que l'ami(e) imaginaire est (sont) responsable(s) des choses qu'il ou elle a faites.

- 0 1 2 16. L'enfant connaît des éclats de colère intenses, souvent sans cause apparente, et peut démontrer une force physique inhabituelle durant ces épisodes.
- 0 1 2 17. L'enfant est souvent somnambule.
- 0 1 2 18. L'enfant a des expériences inhabituelles la nuit, c'est-à-dire qu'il peut rapporter voir des « fantômes » ou que des choses se produisent la nuit qu'il n'arrive pas à expliquer (jouets brisés, blessures inexplicables).
- 0 1 2 19. L'enfant se parle souvent à lui-même, peut utiliser une voix différente ou par moments se disputer avec lui-même.
- 0 1 2 20. L'enfant a deux personnalités distinctes et séparées ou plus, qui prennent le contrôle de son comportement.

B.4 Inventaire de dissociation de l'adulte (DES-II)

DES-II

Eve Bernstein Carlson, Ph.D

Frank W. Putnam, M.D.

(traduction canadienne-française autorisée de Serge Saintonge, Ph. D.,
1999©)

Ce questionnaire se réfère à 28 situations que vous pouvez rencontrer dans la vie de tous les jours. Nous aimerions savoir la fréquence de telles expériences, en ne tenant compte seulement que des situations dans lesquelles vous n'êtes pas sous l'effet de la drogue ou de l'alcool.

Lire attentivement chaque situation et indiquez ensuite la fréquence à laquelle cela vous arrive, en encerclant le pourcentage qui convient le mieux.

Exemple :

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

Pour chaque situation, encerclez le pourcentage qui correspond à la fréquence à laquelle cela vous arrive.

1. Certaines personnes, alors qu'elles conduisent ou voyagent en automobile, en autobus ou en métro, réalisent soudain qu'elles ne se souviennent pas de ce qui s'est passé durant tout ou une bonne partie du trajet.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

2. Certaines personnes trouvent que parfois elles sont en train d'écouter quelqu'un parler puis elles réalisent soudain qu'elles n'ont entendu qu'une partie de ce qui se disait ou rien du tout.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

3. Certaines personnes se retrouvent dans un endroit sans n'avoir aucune idée de la façon dont elles s'y sont rendues.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

4. Certaines personnes se retrouvent habillés (es) de vêtements sans se souvenir les avoir mis.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

5. Certaines personnes trouvent de nouvelles choses dans leurs affaires sans se souvenir les avoir achetées.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

Pour chaque situation, encerclez le pourcentage qui correspond à la fréquence à laquelle cela vous arrive.

6. Certaines personnes trouvent parfois qu'elles se font aborder par des gens qu'elles ne connaissent pas et qui les appellent par un autre nom que le leur ou bien qui insistent en leur disant les avoir déjà rencontrées.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

7. Certaines personnes ont parfois l'impression d'être à côté d'elle-même ou bien de se regarder faire quelque chose et elles se voient vraiment comme si elles regardaient une autre personne.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

8. Il y a certaines personnes à qui on a dit que parfois elles ne reconnaissent pas leur amis ou les membres de leur famille.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

9. Certaines personnes trouvent qu'elles n'ont aucun souvenir de certains événements importants de leur vie (par exemple, leur mariage ou le jour de la remise d'un diplôme).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

10. Certaines personnes sont accusées d'avoir menti alors qu'elles ne pensent pas avoir menti.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

Pour chaque situation, encerclez le pourcentage qui correspond à la fréquence à laquelle cela vous arrive.

11. Certaines personnes se regardent dans le miroir mais elles ne se reconnaissent pas.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

12. Certaines personnes ont l'impression que les gens, les objets et le monde qui les entourent ne sont pas réels.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

13. Certaines personnes ont l'impression que leur corps ne semble pas leur appartenir.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

14. Certaines personnes se souviennent parfois avec une telle précision d'un événement vécu qu'elles ont l'impression de le revivre.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

15. Certaines personnes ne sont pas sûres de se souvenir d'événements qui leur sont réellement arrivés ou si elles les ont seulement rêvés.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

Pour chaque situation, encerclez le pourcentage qui correspond à la fréquence à laquelle cela vous arrive.

16. Certaines personnes se trouvent dans un endroit familier mais il leur semble étrange et inconnu.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

17. Certaines personnes trouvent que lorsqu'elles regardent une émission de télé ou un film au cinéma, elle deviennent tellement captivées par l'histoire qu'elles ne se rendent plus compte de ce qui se passe autour d'elles.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

18. Certaines personnes trouvent qu'elles deviennent si absorbées par une rêverie ou un fantasme qu'elles ont l'impression de les vivre réellement.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

19. Certaines personnes trouvent qu'elles sont parfois en mesure de ne pas ressentir de douleur.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

20. Certaines personnes trouvent qu'elles sont parfois assises, le regard fixe, sans penser à rien et sans se rendre compte du temps qui passe.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

Pour chaque situation, encerclez le pourcentage qui correspond à la fréquence à laquelle cela vous arrive.

21. Certaines personnes trouvent parfois qu'elles se parlent à haute voix quand elles sont seules.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais) (toujours)

22. Certaines personnes trouvent qu'elles peuvent se comporter si différemment dans deux situations qu'elles ont comme l'impression d'être deux personnes différentes.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais) (toujours)

23. Certaines personnes trouvent parfois qu'elles réussissent dans certaines occasions à faire des choses avec une facilité surprenante et naturellement alors qu'en temps normal, elles leur sont difficiles à réaliser (ex. : lors de la pratique d'un sport, au travail, dans des situations sociales, etc.).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais) (toujours)

24. Certaines personnes trouvent parfois qu'elles ne peuvent pas savoir si elles sont vraiment fait quelque chose ou si elles ont seulement pensé le faire (par exemple, elles ne savent pas si elles viennent de poster une lettre ou bien si elles n'ont que pensé à le faire).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais) (toujours)

25. Certaines personnes trouvent des preuves d'actes qu'elles ont accomplis mais dont elles n'ont aucun souvenir de les avoir faits.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais) (toujours)

Pour chaque situation, encerclez le pourcentage qui correspond à la fréquence à laquelle cela vous arrive.

26. Certaines personnes trouvent parfois parmi leurs affaires personnelles des écrits, des dessins ou des notes dont elles sont sûrement l'auteur mais dont elles ne peuvent se souvenir les avoir faits.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

27. Certaines personnes trouvent parfois qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou bien qui font des remarques sur leurs actes.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

28. Certaines personnes ont parfois l'impression de voir le monde à travers un brouillard si bien que les gens et les choses leur paraissent lointains ou brouillés.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(jamais)

(toujours)

B.5 Grille de classification de la maltraitance

Grille de classification de la maltraitance

Numéro de sujet :
 Évaluateur :
 Date :
 Date de naissance :

Âge de l'enfant au 1^{er} événement :
 Commentaire sur le 1^{er} événement :

¹ Note : Lorsque l'abuseur est le conjoint ou l'ex-conjoint, écrire les initiales de celui-ci plutôt qu'uniquement cocher la case.

| Événements | Référence dans le dossier Centre Jeunesse | Type | | | | | | | Âge de l'enfant | Abuseur | | | | | | |
|------------|---|-----------------|---------------------|---------------|-------------|---------------------------|-------------|--------------|-----------------|---------|------|-----------|---|--|-----------------|-------------------|
| | | Manque de soins | Manque surveillance | Abus physique | Abus sexuel | Maltraitance émotionnelle | Moral/Légal | Éducationnel | | Mère | Père | Fratricie | Conjoint de la mère (ou ex-conjoint) ¹ | Conjointe du père (ou ex-conjointe) ¹ | Famille élargie | Autre (spécifier) |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sévérité moyenne | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sévérité plus élevée | | | | | | | | | | | | | | | |

Séparations / Placements

| Âge | Type | | | Identité de la famille substitut ² | Particularités | | | | Placement avec fratrie | | | Type de contacts ³ | | | Période de « mois / année » à « mois / année » (ou jour/mois/année lorsque moins d'un mois) |
|-----|-----------------|-----------|---|---|----------------|-------|-----------|-----------|---|------------------|-----|-------------------------------|-----------|---------------------------|---|
| | Famille élargie | Entourage | Famille d'accueil / Banque Mixte ¹ | | Séparation | Répit | Dépannage | Placement | Modalités (si note particulière l'inscrire dans la section commentaire) | Oui (au moins un | Non | Ne s'applique pas | Téléphone | En personne Non supervisé | |
| 1. | | | | | | | | | | | | M | | | |
| | | | | | | | | | | | | P | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | M | | | |
| | | | | | | | | | | | | P | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | M | | | |
| | | | | | | | | | | | | P | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | M | | | |
| | | | | | | | | | | | | P | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | M | | | |
| | | | | | | | | | | | | P | | | |

1. Dans cette colonne, il faut inscrire FA ou BM plutôt qu'uniquement faire un crochet

2. Nom de la famille d'accueil ET s'il s'agit de la famille élargie, noter le lien avec l'enfant

3. Légende : A = aucun, O = occasionnel, F = fréquent, NSP = ne sait pas

Commentaires en lien avec les placements :

¹ Note : Lorsque l'abuseur est le conjoint ou l'ex-conjoint, il faut écrire les initiales de celui-ci plutôt qu'uniquement cocher la case

Informations supplémentaires

| Événements soupçonnés | Référence dans le dossier Centre Jeunesse | Type | | | | | | | Âge de l'enfant | Abuseur | | | | | |
|-----------------------|---|-----------------|---------------------|---------------|-------------|---------------------------|-------------|--------------|-----------------|---------|------|---------|---|--|-----------------|
| | | Manque de soins | Manque surveillance | Abus physique | Abus sexuel | Maltraitance émotionnelle | Moral/Légal | Éducationnel | | Mère | Père | Fratrie | Conjoint de la mère (ou ex-conjoint) ¹ | Conjointe du père (ou ex-conjointe) ¹ | Famille élargie |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sévérité moyenne | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sévérité plus élevée | | | | | | | | | | | | | | | |

Problème d'alcool :

Antérieur Qui²: _____
 Actuel Qui²: _____

Problème de drogue :

Antérieur Qui²: _____
 Actuel Qui²: _____

Violence conjugale :

Antérieure Verbale Qui envers qui :
 Physique Qui envers qui :
 Actuelle Verbale Qui envers qui :
 Physique Qui envers qui :

² Légende : M = Mère
 P = Père
 C = Conjoint
 A = Autre

RÉFÉRENCES

- Aber, J.L. & Allen, J.P. (1987). Effects of maltreatment on young children's socioemotional development: An attachment theory perspective. *Developmental psychology*, 23(1), 404-414.
- Aber, J.L., Allen, J.P., Carlson, V. & Cicchetti, D. (1989). The effects of maltreatment on development during early childhood :Recent studies and their theoretical, clinical, and policy implication. In D. Cicchetti & V. Carlson, (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 579-619). New York: Cambridge university press.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the society for research in child development*, 46, 1-25.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child behavior checklist and revised child behaviour profile*. Burlington: University of Vermont.
- 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.
- American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Washington, DC, 1994). Traduction française par J.D. Guelfi et al., Paris : Masson, 1996, 1056p.
- Baldwin, M.W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological bulletin*, 112, 461-484.
- Bar-Haim, Y., Sutton, B., Fox, N. & Marvin, R. (2000). Stability and change of attachment at 14, 24, and 58 months of age: Behavior, representation, and life events. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 41, 381-388.
- Barbell, K., & Freundlich, M. (2001). *Foster care today*. Washington, DC : Casey family programs.

- Barnett, D., Ganiban, J. & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, emotional reactivity and the development of Type D attachments from 12 to 24-months of age. In J. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical patterns of attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk* (pp.97-118). *Monographs of the society for research in child development*, 64 (no. 3, serial no. 258).
- Barnett, D., Manly, J.T. & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: the interface between policy and research. In D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development and social policy* (pp. 7-74). Norwood, NJ : Ablex.
- Belsky, J. & Cassidy, J. (1994). Attachment : Theory and evidence. In M. Rutter & D. Hay (Eds.), *Development through life* (pp. 373-402). Oxford: Blackwell.
- Belsky, J.B. & Pasco Fearon, R.M. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk and early development: A moderational analysis. *Development and psychopathology*, 14, 293-310.
- Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*, 174, 727-735.
- Berrick, J., Needell, B., Barth, R. & Jonson-Reid, M. (1998). *The tender years*. New York: Oxford university press.
- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse – directeurs provinciaux. Les centres jeunesse du Québec, 2006.
- Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of love*. Hammondsworth, England: Penguin.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of orthopsychiatry*, 52 (4), 664-678.

- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28, 759-775.
- Bretherton, I. & Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp. 89-114). New York: Guilford press.
- Bretherton, I., Oppenheim, D., Buchsbaum, H., Emde, R.N., & the MacArthur narrative group (1990). *MacArthur story-stem battery*. Manuel non publié.
- Bureau, J.-F., Béliveau, M.-J., Moss, E. & Lépine, S. (2006). Associations entre l'attachement mère-enfant et les récits d'attachement à la période scolaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 38 (1), 50-62.
- Bureau, J.-F., Moss, E. (2007). *Behavior precursors of attachment representations in middle childhood and links with child social adaptation*. Manuscrit soumis pour publication.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child development*, 69, 1970-1979.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K.D. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental psychology*, 25, 525-531.
- Carlson, E.B. & Putnam, F.W. (1997). Dissociative experiences scale-II (DES-II). In F.W. Putnam, *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Appendix one, pp. 349-353.
- Carlson, E.A. & Sroufe, L.A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Development and Psychopathology : vol. 1. Theory and methods*. Wiley series on personality processes (pp. 581-617). New York: Wiley.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-years-olds. *Child development*, 59, 121-34.
- Cassidy, J. & Marvin, R.S. & Attachment Working Group of the MacArthur Network on the transition from infancy to early childhood. (1987, 1992). *Attachment organization in the three-and four-years-olds: coding*

guidelines. Unpublished manual, psychology department, university of Virginia, Charlottesville, VA.

Centre jeunesse de Laval (2004). *Programme P.A.R.C. : adaptation pour la clientèle du Centre jeunesse de Laval*. Document non publié. Service de réadaptation pour enfants et Service d'intervention de milieu.

Centre jeunesse de Laval (2007). *L'intervention pour promouvoir la sécurité de l'attachement* (disponible au 308, boul. Cartier Ouest, Laval, Québec, H7N 2J2).

Cicchetti, D.(1989). How research on child maltreatment has informed the study of child development. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.377-431). New York: Cambridge university press.

Cicchetti, D. (1993). Developmental psychopathology: Reactions, reflections, projection. *Developmental review*, 13, 471-502.

Cicchetti, D. (2004). An odyssey of discovery: Lessons learned through three decades of research on child maltreatment. *American psychologist*, 59(8), 4-14.

Cicchetti, D. & Barnett, D.(1991). Attachment organization in pre-school-aged maltreated children. *Development and psychopathology*, 3, 397-411.

Cicchetti, D., Carlson, V. (1989) (Eds.). *Child maltreatment : Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York: Cambridge university press.

Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation* (Vol. 2, pp. 32-71). New York: Wiley.

Cicchetti, D., Toth, S..L. & Hennessy, K. (1989). Research on the consequences of child maltreatment and its application to educational settings. *Topics in early childhood special education*, 9, 33-35.

Cicchetti, D., Toth, S.L. (2000). Child maltreatment in the early ears of life. In J.D. Osofsky & H.E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH handbook of infant*

mental health : vol 4. Infant mental health in groups at high risk.
(pp.255-294). New York : Wiley.

- Clausen, J., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D. & Litronwnik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of child and family studies*, 7, 283-296.
- Clyman, R.B., Harden, B.J. & Little, C. (2002). Assessment, intervention and research with infants in out-of-home placement. *Infant mental health journal*, 23(5), 435-453.
- Committee on early childhood and adoption and dependent care (2000). *Pediatrics*, 106 (5), 1145-1150.
- Conners, C.K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacology Bulletin: Pharmacotherapy with children*. Washington, DC: U.S. Government printing office.
- Crittenden, P.M. & Ainsworth, M.D.S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432-463). New York: Cambridge university press.
- Dale, G., Kendall, J.S., & Sheehan, L. (1999). Screening young foster children for post-traumatic stress disorder and responding to their needs for treatment. *APSCA advisor*, 12, 6-9.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90: administration, scoring and procedures manual (3rd Ed.)*. Minneapolis, MN: National computer systems.
- Derogatis, L.R., Richels, K., & Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI : a step in the validation of a new self-report scale. *British journal of psychiatry*, 128, 280-289.
- Dozier, M., Chase Stovall, K. & Albus, K.E. (1998). A transactional intervention for foster infants' caregivers. In Cicchetti, D. & Toth, S.L. (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: developmental approaches to prevention and intervention*. Rochester NY, university of Rochester press.
- Dozier, M., Chase Stovall, K. & Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.),

Handbook of attachment: theory, research and clinical applications (pp.497-519). New York: Guilford press.

- Dozier, M., Higley, E., Albus, K.E. & Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants' caregivers: targeting three critical needs. *Infant mental health journal*, 23(5), 541-554.
- 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.
- Dubois-Comtois, K. (2006). Le développement des modèles internes opérants d'attachement durant la période scolaire : le rôle de l'environnement familial et des échanges parent-enfant. Thèse de doctorat non publiée, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Duchesne, D., Dubois-Comtois, K. & Moss, E. (2007). La théorie de l'attachement comme outil d'intervention auprès des parents d'accueil et des enfants placés. *Prisme*, 46, 96-113.
- Easterbrooks, A.M., Davidson, E.E. & Chazan, R. (1993). Psychosocial risk, attachment and behaviour problems among school-aged children. *Development and psychopathology*, 5, 389-402.
- Egeland, B., & Farber, E. (1984). Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child development*, 55, 753-771.
- Éthier, L., Lacharité, C., Gagnier, J.P. & Couture, G. (1995). Childhood adversity, parental stress and depression of negligent mothers. *Child abuse and neglect*, 19, 619-632.
- Fanshel, D., Finch, S.J. & Grundy, J.F. (1989). *Foster children in a life course perspective*. New York: Columbia university press.
- Fisher, P.A., Gunnar, M.R., Chamberlain, P. & Reid, J.B. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: impact on children's behavior, neuroendocrine activity and foster parent functioning. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 39, 1356-1364.
- Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early intervention, the development of self-regulation. *Psychoanalytic inquiry*, 22, 307-335.

- Frame, L., Berrick, J.D., & Lim Brodowski, M. (2000). Understanding reentry to foster care for reunified infants. *Child welfare, 79(4)*, 339-369.
- Frischholz, E., Braun, B., Sachs, R., Schwartz, D., Lewis, J., Shaeffer, D., Lewis, J., Shaeffer, D., Westergaard, C., & Pasquotto, J. (1991). Construct validity of the Dissociative experiences scale (DES): I. The relationship between the DES and other self-report measures of dissociation. *Dissociation, 4(4)*, 186-188.
- Frodi, A., Grolnick, W. & Bridges, L. (1985). Maternal correlates of stability and change in infant-mother attachment. *Infant mental health journal, 6*, 60-67.
- George, C. (1996). A representational perspective of child abuse and prevention: internal working models of attachment and caregiving. *Child abuse and neglect, 20(5)*, 411-424.
- George, C. & Solomon, J. (1990, 1996, 2000). *Six-year Attachment Doll Play Classification System*. Unpublished classification manual. Mills College, Oakland, CA.
- George, C. & Solomon, J. (1998). *Six-year attachment doll play supplement attachment disorganization coding*. Unpublished classification manual. Mills College, Oakland, CA.
- George, C. & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioural system. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp.649-670). New York: Guilford press.
- George, C., West, M. & Pettem, O. (1999). The adult attachment projective: Disorganization of adult attachment at the level of representation. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*, (pp.318-346). New York: Guilford press.
- Gloger-Tippelt, G., Gomille, B., Koenig, L. & Vetter, J. (2002). Attachment representations in 6 year-olds: Related longitudinally to the quality of attachment in infancy and mother's attachment representation. *Attachment and Human development, 4(3)*, 318-339.
- Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.) *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp. 469-496). New York: Guilford press.

- Greenberg, M.T., DeKlyen, M., Speltz, M.L. & Endriga, M.C. (1997). The role of attachment processes in externalizing psychopathology in young children. In L. Atkinson & K.J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 196-222). New York: Guilford press.
- Heflinger, C.A., Simpkins, C.G. & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and youth services review*, 22 (1), 55-73
- Hesse, E. & Main, M (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behaviour in low-risk samples: Description, discussion, and interpretation. *Development and psychopathology*, 18, 309-343.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B. S., Ureno, G. & Villaseno, V.S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical application. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 885-892.
- Jacobsen, T. & Hofmann, V. (1997). Children's attachment representations: longitudinal relations to school behaviour and academic competency in middle childhood and adolescence. *Developmental psychology*, 33(4), 703-710.
- Jacobsen, T., Edelstein, W. & Hofmann, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental psychology*, 30, 112-124.
- Kaufman, A.S., Kaufman, J.C., Balgopal, R. & McLean, J.E. (1996). Comparison of three WISC-III short forms: weighing psychometric, clinical, and practical factors. *Journal of clinical child psychology*, 25 (1), 97-105.
- Kaplow, J.B. & Spatz Widom, C. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of abnormal psychology*, 116 (1), 176-187.
- Kerns, K.A., Klepac, L. & Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental psychology*, 32, 457-466.
- Lawrence, C.R., Carlson, E.A. & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on the development of behaviour problems. *Development and psychopathology*, 18, 57-76.

- Leslie, L.K., Gordon, J.N., Ganger, W. & Gist, K. (2002). Developmental delay in young children in child welfare by initial placement type. *Infant mental health journal, 23*(5), 496-516. ;
- Leslie, L.K., Landsverk, J., Ezzet-Lofstrom, R., Tschann, J.M., Slymen, D.J. & Garland, A.F. (2000). Children in foster care: Factors influencing outpatient mental health service use. *Child abuse and neglect, 24*, 465-476.
- Lewis, M. Feiring, C., McGuffog, C. & Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in six-year-old from early social relations. *Child development, 55*, 123-136.
- Lyons-Ruth K., Alpern, L. & Repacholi, B (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behaviour in the preschool classroom. *Child development, 64*, 572-585.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, A.M. & Cibelli, C. (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. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp.520-554). New York: Guilford press.
- Macfie, J., Cicchetti, D. & Toth, S.L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and psychopathology, 13*, 233-254.
- McIntyre, A., & Keesler, T. (1998). Psychological disorders among foster children. *Journal of clinical and child psychology, 15*, 297-303.
- Main, M. & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6 : Predicted from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental psychology, 24*, 415-426.
- Main, M. & Cassidy, J. (1988). *Adult attachment scoring and classification system*. Version 6.3. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.

- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism ? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp.161-182). Chicago: University of Chicago press.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton & M.W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago press.
- Main, M. & Weston, D.R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: Related to conflict behaviour and readiness to establish new relationships. *Child development*, 52, 932-940.
- Malinosky-Rummell, R.R. & Hoier, T.S. (1991). Validating measures of dissociation in sexually abused and nonabused children. *Behavior assessment*, 13, 341-357.
- Manly, J.T., Kim, J.E., Rogosch, F.A. & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and psychopathology*, 13, 759-782.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2008). Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, Carole Lessard, Direction de la jeunesse et de la toxicomanie, Gouvernement du Québec.
- Morton, N. & Browne, K.D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child abuse and neglect*, 22(11), 1093-1104.
- 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(3), 323-334.

- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J.F., Tarabulsky, G.M. & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment between preschool and early school-age. *Developmental psychology*, 41, 773-783.
- Moss., E., Cyr, C. & Comtois-Dubois, K. (2004). Attachment at early school-age and developmental risk : Examining family contexts and behavior problems of controllable-caregiving, controlling-punitive and behaviorally-disorganized children. *Developmental psychology*, 40, 519-532.
- Moss E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D. & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child development*, 69, 1390-1405.
- Moss, E., St-Laurent, D., Rousseau, D., Gosselin, C., Parent, S. & Saintonge, J. (1999). L'attachement à l'âge scolaire et le développement des troubles de comportement. *Revue canadienne des sciences de comportement*, 31(2), 107-118.
- 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). Disorganized attachment and developmental risk at school age. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 160-187). New York: Guilford press.
- Moss, E., Tarabulsky, G.M., St-Laurent, D., Bernier, A. & Cyr, C. (2007). L'intervention auprès de familles maltraitantes fondée sur les principes de l'attachement. Dans C. Chamberlain, S. Léveillé & N. Trocme (Éd.). *Enfants à protéger : parents à aider – des univers à rapprocher*. Québec : Les presses de l'université du Québec.
- Munson, J.S., McMahon, R.J. & Spieker, S.J. (2001). Structure and variability in the developmental trajectory of children's externalizing problems: Impact of infant attachment, maternal depressive symptomatology and child sex. *Development and psychopathology*, 13, 277-296.

- National Survey of Child and Adolescent Well-Being - The one year in foster care (OYFC) component. Children's bureau of the administration children, youth and families, U.S. department of health and human services, 2003.
- NICHD Early child care research network (2001). Non-maternal care and family factors in early development: An overview of the NICHD Study of early child care. *Journal of applied developmental psychology*, 22, 457-492.
- Newton, R.R., Litrownik, A.J. & Landsverk, J.A. (2000). Children and youth in foster care: Distinguishing the relationship between problem behaviours and number of placements. *Child abuse and neglect*, 24(10), 1363-1374.
- Nolin, P. (2002). *Neuropsychologie et maltraitance chez l'enfant*. Conférence présentée au congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.
- Normes relatives au retrait familial des enfants. Guide de pratique publié par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2005.
- Ogawa, J.R., Sroufe, A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A. & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, 9, 855-879.
- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R. & Robinson, J. (1997). Theoretical foundation of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *Journal of community psychology*, 25 (1), 9-25.
- Quellette, F-R., Charbonneau, J., Palacio-Quintin, E. & Jourdan-Ionescu, C. (2001). Le placement en famille d'accueil : liens familiaux et dynamiques de réseaux. Montréal : Université du Québec – INRS-Urbanisation, culture et société, mai 2001.
- Parent, S., Gosselin, C., & Moss, E. (2000). From mother-regulated to child-regulated joint planning activity: A look at familial adversity and attachment. *Journal of applied developmental psychology*, 21, 447-470.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., & Frappier, J.-Y. (2000). *Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des*

premiers mois. Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.

- Pitblado, C., & Sanders, B. (1991). Reliability and short term stability of scores on the Dissociative experiences scale. In B. Braun (Ed.), *Proceedings of the eighth international conference on multiple personality/dissociative states* (p.19). Chicago, IL: Rush presbyterian-St-Luke's medical center.
- Pilowsky, D. (1995). Psychopathology among children in foster care. *Psychiatric services*, 46, 906-910.
- Potvin, P., Massé, L., Beaudry, G., Beaudoin, R., Beaulieu, J, Guay, L. & St-Onge, B. (1994). *Programme d'autocontrôle, de résolution de problèmes et de compétences sociales pour les élèves du primaire ayant des troubles de comportement.* Université du Québec à Trois-Rivières.
- Projet de loi n° 125 - *Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives.* 2006, chapitre 4. Éditeur officiel du Québec.
- Putnam, F.W. (1990). *Dissociation in children and adolescents.* New York: Guilford press.
- Putnam, F.W., Helmers, K., & Trickett, P.K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child abuse and neglect*, 17(6), 731-741.
- Putnam, F.W. & Peterson, G. (1994). Further validation of the Child dissociative checklist. *Dissociation*, 7(4), 204-211.
- Quay, H.C. (1983). A dimensional approach to behavior disorder : The revised behavior problem checklist. *School psychology review*, 12, 244-249.
- Rzepnicki, T.L., Schuerman, J.R. & Johnson, P. (1997). Facing uncertainty: Reuniting high-risk families. In J.D. Berrick, R.P. Barth (Eds.), *Child welfare research review*, Vol. 2. New York: Columbia university press.
- Robinson, J., Mantz-Simmons, L., Macfie, J. & the MacArthur narrative coding group (1992). *The narrative coding manual.* Unpublished manual.

- Robinson, J., Herot, C., Haynes, P. & Mantz-Simmons, L. (2000). Children's story stem responses: A measure of program impact on developmental risks associated with dysfunctional parenting. *Child abuse and neglect, 24*, 99-110.
- Rosenfeld, A.A., Pilowsky, D.J., Fine, P., Thorpe, M., Fein, E., Simms, M.D., et al. (1997). Foster care: an update. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry, 36*(4), 448-457.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. *Journal of child psychology and psychiatry, 36*, 549-571.
- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: some conceptual considerations and research implication. *Child and youth services review, 22* (9-10), 685-703.
- Sarason, I.G., Johnson, J.H. & Siegel, J.M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life experiences survey. *Journal of consulting and clinical psychology, 46*, 932-946.
- Schore, J.R. & Schore, A.N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical social work journal, 36*, 9-20.
- Shaw, D.S., Owens, E.B., Vondra, J.I., Keenan, K. & Winslow, E.B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behaviour problems. *Development and psychopathology, 8*, 679-699.
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, (pp. 575-594). New York: Guilford press.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, (pp. 287-316). New York: Guilford press.
- Solomon, J., George, C. & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology, 7*, 447-463.

- Silberg, J.L. (2000). Fifteen years of dissociation in maltreated children: where do we go from here ? *Child maltreatment*, 5, 119-136.
- Spiegel, D. (1986). Dissociating damage. *American journal of clinical hypnosis*, 29, 123-131.
- Sroufe, L.A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp.18-38). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L.A. (1997). Psychopathology as development. *Development and psychopathology*, 9, 251-268.
- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychology. *Development and psychopathology*, 11, 1-13.
- Sroufe, L.A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55, 17-29.
- Starr, R. & Wolfe, D. (Eds.) (1991). *The effects of child abuse and neglect : Issues and research*. New York : Guilford.
- Stovall, K.C., & Dozier, M. (2000). The evolution of attachment in new relationships: Single subjects analyses for ten foster infants. *Development and psychopathology*, 12, 133-156.
- Stovall-McClough, K.C. & Dozier, M. (2004). Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviours during the first 2 months of placement. *Development and psychopathology*, 16, 253-271.
- Système de soutien à la pratique* (2000). Québec : Sogique
- Thompson, R.A. (1999). Early attachment and later development. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.) *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp.265-286). New York : Guilford Press.
- Todd Manly, J., Kim, J.E., Rogosch, F.A. & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype. *Development and psychopathology*, 13, 759-782.
- Toth, S.L., Cicchetti, D., Macfie, J., & Emdee, R.N. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused and

- sexually abused preschoolers. *Development and psychopathology*, 9, 781-796.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M. et al. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : rapport final*. Ottawa (Ontario) : Ministre des travaux publics et services gouvernementaux, Canada.
- van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11, 225-250.
- Venet, V., Bureau, J.-F., Gosselin, C. & Capuano, F. (sous presse). Attachment representations in a sample of neglected preschool age children. *International school psychology journal*.
- Vézina, A. & Bradet, R. (1990). *Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE)*. Québec : MSSS et Centre de recherche sur les services communautaires.
- Wartner, U.G., Grossman, K., Fremmer-Bombik, E. & Suess, G. (1994). Attachment patterns at age six in south Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. *Child development*, 65, 1014-1027.
- Waters, E. (1979). The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment. *Child development*, 49, 483-494.
- Waters, E., Hamilton, C.E. & Weinfield, N.S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child development*, 71, 678-683.
- Waters, H.S., Rodrigues, L.M. & Ridgeway, D. (1998). Cognitive underpinnings of narrative attachment assessment. *Journal of experimental child psychology*, 71, 211-214.
- Webster, L., Hackett, R.K., Sampson, M. & Permanente, K. (2007). *The influence of defensive processes in a child maltreatment sample*. Paper presented at the annual meeting for the Society in child development, March 2007.

- Wherry, J.N., Jolly, J.B., Feldman, J., Adam, B. & Manjanatha, S. (1994). The Child Dissociative Checklist: Preliminary findings of a screening instrument. *Child sexual abuse*, 3, 51-66.
- Wechsler, D. (1991). Manual for the Wechsler intelligence scale for children-third edition (WISC-III). San Antonio, TX : Psychological corporation.
- Wolfe, D.A. (1987). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Youngstrom, E., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 1038-1050.