

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
MARIE-FRANCE GARNEAU

INTERVENTION BASÉE SUR LA RELATION PARENT-ENFANT AFIN DE FAIRE  
DIMINUER LES TROUBLES INTÉRIORISÉS CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE  
PRÉSCOLAIRE PLACÉS EN FAMILLE D'ACCUEIL : ÉTUDE DE CAS

SEPTEMBRE 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

# **UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE (PROFIL INTERVENTION)**

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**INTERVENTION BASÉE SUR LA RELATION PARENT-ENFANT AFIN DE FAIRE DIMINUER LES  
TROUBLES INTÉRIORISÉS CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE PLACÉS EN FAMILLE  
D'ACCUEIL : ÉTUDE DE CAS**

**PAR  
MARIE-FRANCE GARNEAU**

---

Karine Dubois-Comtois, directrice de recherche    Université du Québec à Trois-Rivières

---

Carl Lacharité, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Chantal Cyr, évaluatrice externe

Université du Québec à Montréal

## Sommaire

Le présent essai vise à évaluer auprès de deux familles d'accueil l'efficacité d'une intervention relationnelle basée sur la théorie de l'attachement de courte durée. Plus précisément, l'étude tente de vérifier si, pour la famille qui reçoit l'intervention relationnelle, il est possible d'observer une augmentation de la qualité des échanges parent-enfant et une diminution des symptômes intérieurisés chez l'enfant contrairement à la famille ne recevant pas l'intervention relationnelle. Deux dyades composées d'une mère d'accueil et d'un enfant placé recrutées aux Centres jeunesse Mauricie Centre-du-Québec ont été sollicitées pour le projet. La qualité des interactions parent-enfant a été évaluée lors d'une activité non structurée alors que les comportements intérieurisés ont été identifiés par le parent d'accueil à l'aide d'un inventaire de comportements (*Child Behavior Checklist*). De manière aléatoire, une seule des deux familles d'accueil a reçu l'intervention relationnelle de huit semaines. Nos observations montrent que la dyade recevant l'intervention développe une meilleure qualité d'interactions mère-enfant après 8 semaines, alors que nous ne constatons pas de changements pour la dyade ne recevant pas l'intervention. Également, nous observons une certaine diminution des comportements intérieurisés chez l'enfant recevant l'intervention par rapport à l'enfant ne recevant pas l'intervention où davantage de stabilité est observée au niveau des manifestations intérieurisées.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	vii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	5
Les troubles intérieurisés dans l'enfance .....	6
La théorie de l'attachement pour comprendre les troubles intérieurisés .....	8
Interactions parent-enfant harmonieuses et adaptation affective .....	9
Interactions parent-enfant problématiques et troubles intérieurisés .....	12
Le placement en famille d'accueil .....	15
L'enfant placé et les troubles de comportements intérieurisés .....	16
Perturbation dans la relation parent biologique-enfant .....	17
Les enjeux dans la relation parent d'accueil-enfant placé .....	20
Efficacité des programmes d'interventions actuels .....	23
Objectifs de recherche .....	27
Méthodologie .....	28
Participants .....	29
Cueillette des données .....	30
Procédure générale et devis .....	30
Évaluation au pré-test .....	31
Évaluation au post-test .....	32

Instruments de mesure .....	32
Évaluation de la qualité des interactions parent d'accueil-enfant placé ...	32
Évaluation des troubles de comportements intérieurisés .....	35
Description du programme d'intervention .....	36
Résultats .....	39
La qualité des interactions parent-enfant .....	40
Évaluation du participant (A) .....	40
Évaluation au pré-test .....	40
Évaluation au post-test .....	42
Évaluation du participant (B) .....	43
Évaluation au pré-test .....	43
Évaluation au post-test .....	44
Les comportements intérieurisés .....	45
Évaluation du participant (A) .....	45
Évaluation au pré-test .....	45
Évaluation au post-test .....	47
Évaluation du participant (B) .....	48
Évaluation au pré-test .....	48
Évaluation au post-test .....	49
Discussion .....	50
Qualité des interactions parent-enfant .....	51
Troubles de comportements intérieurisés .....	55

Conclusion .....	62
Références .....	65

## **Liste des tableaux**

### Tableau

- 1 Comparaison des évaluations de la relation parent-enfant entre le prétest et le post-test pour les deux participants ..... 42
2. Comparaison des évaluations sur les troubles du comportement intérieurisé entre le prétest et le post-test pour les deux participants..... 47

### **Remerciements**

Je tiens à exprimer ma gratitude envers ma directrice d'essai, madame Karine Dubois-Comtois, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son aide, sa disponibilité, son soutien, sa rigueur et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de ce travail. Je la remercie d'avoir cru en mes capacités et de m'avoir guidée dans toutes les étapes de ma formation. Je suis également reconnaissante des opportunités qu'elle m'a données, me permettant que l'implantation du programme d'intervention relationnelle soit présent dans mon essai.

Je tiens à remercier mes amies pour leur soutien et leurs encouragements. Elles m'ont permis de garder le sourire et l'espoir tout au long de ce processus grâce à leur bonne humeur et à leur disponibilité. Je remercie également mes parents pour leur support et leur confiance en moi tout au long de mes études.

Finalement, je souhaite remercier chaleureusement mon conjoint pour son soutien exceptionnel tout au long de mes études doctorales. Ta patience, ton amour et ta compréhension ont grandement facilité mon cheminement et la rédaction de mon essai.

*Merci Patrick!*

## **Introduction**

Les enfants placés en familles d'accueil au Québec sont de plus en plus nombreux et ils sont à risque de développer des problèmes de comportements intérieurisés et de régulation émotionnelle, en plus de difficultés d'adaptation à long terme (Cardinal, Zdebik, Moss, Bernier, Tarabulsky, & St-Laurent, 2008; Duchesne, Dubois-Comtois, & Moss, 2006; Lawrence, Carlson, & Egeland, 2006; Fisher, & Kim, 2007; Oosterman, & Schuengel, 2008; Turgeon, & Gendreau, 2007). Des études récentes ont démontré que des interactions parent-enfant sensibles et harmonieuses permettent aux enfants de surmonter leurs difficultés dues à leurs conditions de vie antérieures au placement (Dozier, Stovall, Albus, & Bates, 2001; Juffer, Hoksbergen, Riksen-Walraven, & Kohnstamm, 1997). Par ailleurs, beaucoup de parents d'accueil, dont le rôle consiste à subvenir aux besoins d'enfants présentant ces problèmes ne possèdent pas les ressources pour promouvoir le développement optimal de ces enfants. Il importe donc d'intervenir rapidement auprès des parents d'accueil et des enfants placés pour diminuer les difficultés d'adaptation de l'enfant et l'apparition ou le maintien de troubles intérieurisés.

À l'aide de deux études de cas, cet essai vise à vérifier si 1) une intervention relationnelle de huit semaines permet d'accroître la qualité des échanges entre un parent d'accueil et son enfant d'âge préscolaire et de diminuer les troubles intérieurisés de cet

enfant et 2) l'absence d'une telle intervention résulte en une stabilité du fonctionnement relationnel de la dyade et des manifestations intérieurisées de l'enfant.

La première section de cet essai présente un *contexte théorique* comprenant trois parties : les troubles intérieurisés dans l'enfance, le placement en famille d'accueil et les programmes d'interventions actuels. La première partie vise à mieux comprendre les problèmes intérieurisés à l'aide de la théorie de l'attachement et donne un portrait des interactions parent-enfant harmonieuses et problématiques. La deuxième partie porte sur les troubles intérieurisés chez les enfants placés en famille d'accueil, la perturbation de la relation du parent biologique avec son enfant ainsi que les enjeux dans la nouvelle relation avec son parent d'accueil. Enfin, la troisième partie du contexte théorique aborde des études sur les programmes d'intervention actuels auprès de problématiques ou de populations semblables à ce que notre programme d'intervention souhaite accomplir.

La deuxième section de l'essai fait référence à la *méthode* employée. Elle contient la description des participants, la cueillette des données, les instruments de mesure utilisés ainsi que la description du programme d'intervention. La troisième section constitue les *résultats* obtenus sous forme d'observations descriptives des deux participants et la quatrième section présente la *discussion* des résultats. Dans la *discussion*, un retour sera fait sur les résultats globaux en lien avec les objectifs de

l'essai. Finalement, la conclusion et de nouvelles pistes de recherches viennentachever cet essai.

## **Contexte théorique**

Premièrement, cette section s'attarde aux troubles intérieurisés dans l'enfance. Il sera particulièrement intéressant de s'attarder aux problèmes intérieurisés puisque la plupart des études s'intéressent davantage aux troubles extériorisés chez une population d'enfants placés en famille d'accueil. Nous examinerons donc la problématique des troubles intérieurisés qui demeure peu étudiée et pourtant tout aussi importante. Dans cette sous-section, la théorie de l'attachement sera utilisée pour comprendre les troubles intérieurisés. Il sera d'abord question des interactions parent-enfant harmonieuses et de l'adaptation affective de l'enfant. Ensuite, les interactions parent-enfant problématiques en lien avec les troubles intérieurisés seront abordées. Deuxièmement, il sera d'abord question du placement en famille d'accueil. Dans cette sous-section, les troubles intérieurisés chez l'enfant placé seront abordés. Aussi, la perturbation dans la relation parent biologique-enfant et les enjeux dans la relation parent d'accueil-enfant placé seront présentés. Troisièmement, nous présenterons globalement l'efficacité des programmes d'interventions actuels. Enfin, les objectifs sur lesquels porte le présent projet de recherche seront présentés.

### **Les troubles intérieurisés dans l'enfance**

Selon les études, la prévalence globale des troubles intérieurisés varie de 10 % à 23 % chez les enfants et les adolescents (Canino et al., 2004; Costello, Egger, & Angold,

2005; Ford, Goodman, & Meltzer, 2003) et est plus élevée chez les filles que chez les garçons (Goodman et al., 2003; Marcelli, & Cohen, 2009). En général, plus l'enfant vieillit, plus la probabilité qu'il développe un trouble de cette nature augmente (Bergeron, Valla, & Gauthier, 2007; Marcelli et al., 2009). Les troubles intérieurisés sont souvent associés à des termes tels que l'isolement social, le repli sur soi, l'inhibition, le retrait, l'évitement, la crainte du contact avec les étrangers et la gêne excessive (Rubin, & Mills, 1988). Plusieurs auteurs désignent le trouble intérieurisé chez les enfants d'âge préscolaire par un ensemble de symptômes observables se rapportant à la présence de manifestations reliées à l'anxiété et à la dépression, à des comportements de retrait social et à des comportements de dépendance excessive envers l'adulte (Lafrenière, Dubeau, Janosz, & Capuano, 1990). D'autres auteurs ajoutent des plaintes somatiques et des difficultés d'adaptation pour définir les troubles intérieurisés (Verhulst, & Van der Ende, 1992).

Parmi les troubles intérieurisés chez les enfants on regroupe les troubles anxieux et les troubles dépressifs (DSM-IV). La prévalence globale des troubles anxieux les plus fréquents se situe entre 2,4 % et 21 % selon les études (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003; Bernstein, & Layne, 2004; Kendall, 1994 ; Turgeon et al., 2007; Vasey, & Dadds, 2001). On parle de troubles anxieux lorsqu'on regroupe un nombre important de difficultés ayant comme base commune des sentiments intenses, persistants et envahissants de peur et d'angoisse (Dumas, 2008). De leur côté, les études évaluent la prévalence de la dépression chez l'enfant entre 0,5 à 3 % de la population (Flemming, &

Offord, 1990; Fombonne, 1994). À l'âge préscolaire, les perturbations comportementales de la dépression sont souvent remarquables : isolement, retrait, calme excessif ou encore agitation et conduites agressives. On remarque aussi un impact habituellement chaotique de l'expression des affects : des demandes affectives intenses s'alternent avec des attitudes de refus relationnel. Les acquisitions sociales habituelles à cet âge sont en général troublées et les perturbations somatiques sont fréquentes.

Diverses théories permettent d'expliquer le développement et le maintien des troubles de nature intérieurisée chez l'enfant. D'après ces théories, les troubles intérieurisés se développeraient par l'interaction de plusieurs facteurs dont les vulnérabilités génétiques et neurobiologiques, le tempérament, l'autorégulation des émotions, la relation parent-enfant ainsi que les biais cognitifs (Vasey, & Dadds, 2001; Choate, Pincus, Eyberg, & Barlow, 2005; Turgeon et al., 2007). La relation parent-enfant étant au cœur du développement et de l'adaptation de l'enfant, le présent essai se penchera sur ce facteur explicatif des troubles intérieurisés bien que les autres facteurs soient également importants et méritent d'être considérés dans de prochaines études.

### **La théorie de l'attachement pour comprendre les troubles intérieurisés**

La théorie de l'attachement offre un cadre conceptuel intéressant pour comprendre les difficultés de régulation émotionnelle et la présence de troubles intérieurisés chez l'enfant. L'attachement fait habituellement référence au lien affectif que l'enfant établit avec les figures disponibles et disposées à répondre à ses signaux de détresse et à son

besoin d'être rassuré. Dans la petite enfance, ce sont les comportements de *sensibilité parentale* soit la capacité du parent à reconnaître, interpréter, répondre rapidement et de façon appropriée aux besoins de l'enfant qui sont à la base du développement d'un sentiment de sécurité chez ce dernier (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

À la période préscolaire, l'enfant acquiert de nouvelles habiletés et le concept de sensibilité doit s'adapter à ces changements. Selon Bowlby (1973), l'enfant d'âge préscolaire est capable de mieux reconnaître et d'interpréter les enjeux émotionnels associés aux interactions sociales. Il apprend ainsi à distinguer ses pensées de celles des autres personnes qu'il côtoie et il acquiert la capacité de reconnaître les demandes de son parent et de s'y ajuster. En effet, entre 3 et 5 ans nous observons une complexification chez l'enfant des habiletés langagières et des fonctions cognitives ainsi que la découverte de nouvelles émotions qui se reflètent également dans la relation parent-enfant (Bowlby, 1988; Thompson, 2003). Donc, à cet âge le rôle du parent n'est pas seulement d'être sensible aux signaux de détresse de l'enfant, mais également de l'aider dans l'exploration, la compréhension et l'expression de ses émotions à travers le langage. Ces nouvelles habiletés ont des répercussions sur la relation parent-enfant et le parent doit s'adapter à cette nouvelle réalité.

### **Interactions parent-enfant harmonieuses et adaptation affective**

À cette période de vie, l'interaction parent-enfant est caractérisée par un partenariat à but corrigé (Marvin, 1977). L'enfant peut soumettre ses intentions, comprendre celles

de son parent et s'engager dans une négociation (Dubois-Comtois, & Moss, 2004). Donc, l'enfant est davantage capable de prendre la perspective de l'autre et il est plus impliqué dans les échanges qui deviennent plus réciproques. Pour que cela soit possible, la sensibilité parentale aux signaux de communication de l'enfant constitue une variable importante dans la qualité des interactions parent-enfant. La capacité du parent à s'adapter aux habiletés grandissantes de son enfant et les nouveaux besoins qui les accompagnent auraient un effet considérable sur son développement (Ainsworth et al., 1978; Skinner, 1985). Aussi, ce que le parent dit dans les échanges verbaux et affectifs à son enfant a un impact important sur ce dernier (Bowlby, 1988; Dubois-Comtois, Cyr, & Moss, 2008; Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsky, St-Laurent, & Bernier, 2011; Main, 1985). D'ailleurs, Cassidy (1994) et Thompson (2003) proposent que le parent qui guide et encourage son enfant dans l'exploration de ses émotions favorise l'organisation cohérente et sécurisante de ses états internes. Lorsque l'enfant perçoit son parent comme étant sensible et adéquat, il sera libre de lui exprimer ses besoins et de lui communiquer l'ensemble de ses expériences émotionnelles (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969; Bretherton, 1999). Cela permet à l'enfant de développer des représentations internes positives de sa relation avec son parent, parce que l'enfant a intégré qu'il peut compter sur son parent lorsqu'il se sent en détresse (Bowlby, 1973). L'enfant manifeste donc ouvertement sa détresse sans recourir à des processus défensifs et il est rapidement rassuré par son parent (Bretherton, 1999). La qualité des échanges donne à l'enfant un sentiment de sécurité lui permettant d'explorer son environnement et d'interagir avec les autres (Bowlby, 1988). De plus, Barratt et Roach (1995) soulignent qu'une interaction

harmonieuse aide au développement des comportements coopératifs de l'enfant qui s'exprimeront en échange réciproque.

Plusieurs études ont démontré que les échanges chez les dyades adéquates sont plus fluides et réciproques comparativement aux dyades dysfonctionnelles (Main et al., 1985; Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, & St-Onge, 1998). Les expériences de réciprocité demeurent essentielles puisqu'elles contribuent au développement des habiletés sociales de l'enfant (Lidsey, & Mize, 2000), augmentent la capacité à détecter la présence d'événements inhabituels à son propre comportement, augmentent son sentiment de contrôle et le motivent dans l'exploration de son environnement (Skinner, 1985). D'autres études montrent que les enfants sécurisés ont une meilleure compréhension émotionnelle, davantage de réflexion et de mentalisation que les autres enfants (Cyr et al., 2008; Dubois-Comtois et al., 2008). Ces dyades parent-enfant vont davantage susciter la réflexion chez l'autre et discuter de leur vécu personnel comme le mentionne l'étude de Main et ses collègues en 1985. Des interactions parent-enfant harmonieuses qui permettent à l'enfant de gérer et de communiquer ce qu'il pense et ressent à son parent devraient protéger l'enfant contre l'apparition de difficultés de régulation émotionnelle telles que les troubles de nature intérieurisé.

Plusieurs études ont en effet montré que les enfants qui avaient une relation d'attachement sécurisant à leur parent ainsi que ceux dont les échanges parent-enfant sont harmonieux et réciproques sont moins susceptibles de développer des troubles de

comportement intérieurisés (Main et al., 1985; Moss et al., 1998; Tarabulsky et al., 1996; Turgeon et al., 2007; Van IJzendoorn, 1992). D'autres ont montré que ces enfants tolèrent mieux les événements nouveaux et les changements, que les enfants ayant une relation problématique et un manque de réciprocité avec leur parent (Erickson et al., 1985; Servant, 2005). Plus tard, dans l'enfance on remarque aussi que les premières expériences d'éloignement sont mieux vécues par ces enfants que chez les enfants issus de dyades dysfonctionnelles. (Servant, 2005).

### **Interactions parent-enfant problématiques et troubles intérieurisés**

Lorsque le parent n'est pas disponible pour rassurer adéquatement l'enfant, ce dernier va développer des stratégies alternatives et insécurisées pour interagir avec son parent lorsqu'il est en détresse (Ainsworth et al., 1978; Bretherton, 1985). En effet, face à un parent inaccessible, insensible et même rejetant devant ses besoins, l'enfant sera incapable d'être adéquatement rassuré et il va apprendre à exagérer ou camoufler sa détresse de manière à maintenir la relation avec son parent. Par exemple, en présence de comportements parentaux rejetants, certains enfants évitent d'exprimer leur détresse ou minimise les expériences négatives qu'ils ressentent. D'autres qui expérimentent des soins parentaux inconstants, vont plutôt rechercher le contact physique ou affectif au parent tout en y résistant ou vont amplifier leur détresse et leur colère sans trouver un moyen d'être apaisé par la présence du parent. Enfin, certains enfants ne parviennent pas à développer une stratégie d'approche cohérente pour accéder à leur parent en situation de stress et restent confus, désorientés et apeurés et ce, face à des comportements

parentaux impuissants et effrayants. Étant incapable de compter sur son parent, l'enfant présente un manque de confiance en lui-même et une peur de la nouveauté et des autres (Bowlby, 1988). De plus, des distorsions dans la perception de soi et des autres, résultants de la relation inadéquate, peuvent mener à de la colère non résolue, de l'anxiété, de la peur et des comportements intérieurisés (Main, 1995). Ces enfants vont généralement développer des stratégies dysfonctionnelles pour gérer les affects négatifs et les conflits interpersonnels (Moss, Smolla, Guerra, Mazzarello, Chayer, & Berthiaume, 2006). Par exemple, l'enfant peut se percevoir comme une personne qui ne mérite pas l'attention ou le respect d'autrui et de percevoir les autres comme rejetants. De manière générale, une dyade problématique se manifeste par une moins bonne communication, moins de plaisir, beaucoup de tension et moins de sensibilité que chez les dyades plus adéquates (Moss, St-Laurent, Cyr, & Humber, 2000). Dans ces dyades, les enfants démontrent également un manque de synchronie lorsqu'ils doivent collaborer avec leur parent moins sensible (Moss, St-Laurent, Parent, & 1999). En fait, on remarque chez ces dyades un partenariat à but corrigé déficitaire qui se caractérise par une carence de la communication mutuelle des sentiments et des motivations. Ces difficultés de communication dans la relation parent-enfant seraient, au plan théorique, plus susceptible de mener à des difficultés de régulation émotionnelle et comportementale chez l'enfant.

Selon plusieurs études, les enfants insécurisés ont plus de difficultés dans leurs relations sociales et ils sont plus à risque de développer des problèmes de

comportements d'internalisation, pour répondre à la constante vigilance qu'ils ont développée dans leurs relations primaires (Bowlby, 1973; Cassidy et al., 1999; Van IJzendoorn, 1992). Certains chercheurs remarquent que les enfants présentant des troubles intérieurisés ont plus souvent des parents peu sensibles, contrôlants et rejetants (Manassis, & Bradley, 1994). Le manque de soutien et d'engagement parental sont corrélés au développement de troubles anxieux et dépressifs (Marcotte, Fortin, Royer, Potvin, & Leclerc, 2001). Également, d'autres chercheurs ont démontré qu'une relation parent-enfant caractérisée par le rejet est associée chez l'enfant au développement de comportements de retrait et de passivité dans les situations anxiogènes, ainsi qu'à l'intériorisation des émotions de colère et de tristesse (Goldberg et al., 1995; Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, & Saintonge, 1998; Moss et al., 2006). D'autres études ont démontré qu'une telle relation est associée à un manque de confiance en soi dans un échantillon d'enfants de 4 ans (Erickson et al., 1985) et à du retrait social chez des enfants de 7 ans (Sroufe, 1989). De plus, ces mêmes enfants n'ont pas des représentations internes de parents ayant des attitudes réconfortantes et sécurisantes (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, & Halfon, 2003). Ceci appuie la thèse de Bowlby stipulant que les enfants présentant une symptomatologie dépressive ou des troubles anxieux auraient intérieurisé un modèle de relation selon lequel l'assistance des parents fait défaut et ne peut être obtenue. L'impression de ne pas réussir à trouver leur réconfort mènerait à un sentiment d'impuissance acquise, ce qui caractérise les troubles dépressifs (Bowlby, 1980).

### **Le placement en famille d'accueil**

Depuis toujours, on retrouve dans les milieux d'abus et de négligence plusieurs parents inadéquats pour répondre aux besoins de leurs enfants. Au Québec, des études dévoilent que le nombre d'enfants confiés aux services sociaux augmente sans cesse. Pour l'année 2009-2010, on retrouve 30 620 signalements retenus, ce qui représente une hausse de 598 signalements par rapport à l'année précédente (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, 2010). Pour plusieurs de ces signalements, une enquête révélera que le développement affectif et physique des enfants est compromis et que ceux-ci ne peuvent donc demeurer dans de telles conditions. Un moyen que la société québécoise s'est doté pour venir en aide à ces enfants dont les parents sont jugés inaptes à s'en occuper adéquatement est de les retirer de leur famille d'origine. Ces enfants peuvent alors être accueillis dans une famille d'accueil qui devient une ressource alternative pour leur apporter des soins parentaux plus adéquats.

La définition de l'expression « famille d'accueil » se retrouve dans la loi sur les services de santé et de services sociaux à l'article 312 comme suit :

« Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elle, au maximum neuf enfants en difficultés qui leurs sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial. »

### **L'enfant placé et les troubles de comportements intérieurisés**

Bien que les enfants placés en famille d'accueil constituent un groupe à risque de développer des difficultés d'adaptation, peu de recherches ont directement évalué la présence de troubles intérieurisés auprès de cette population. Germain et ses collaborateurs (2000) soutiennent que tout enfant est sensible aux séparations même dans des conditions optimales. En effet, un changement de ville ou une entrée à la garderie peut provoquer chez l'enfant des réactions d'anxiété. Toutefois, plusieurs expériences de vie particulières, comme l'adoption, la séparation des parents, l'abus sexuel et le placement en famille d'accueil peuvent augmenter la probabilité qu'un enfant développe des troubles anxieux (Turgeon et al., 2007). Pour ceux qui vivent l'expérience du placement en famille d'accueil, rares sont ceux qui se retrouvent dans des positions favorables où toutes les conditions sont idéales et sécurisantes à son adaptation (Germain et al., 2000). Une des conséquences dues à la séparation avec la famille d'origine est l'apparition de problèmes comportementaux intérieurisés chez l'enfant placé dans une nouvelle famille. En effet, 15,2 % des enfants pris en charge par la DPJ présentent des problèmes de comportements sévères, dont les troubles intérieurisés (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, 2010).

D'ailleurs, une recherche suggère que les enfants vivant des expériences précoces en famille d'accueil perdent leurs repères, dont leur famille, leurs amis et leur environnement, ce qui a pour effet de les déstabiliser. Ces enfants souvent insécurisés sont à risques de développer plusieurs problèmes comportementaux de type intérieurisés

et extériorisés (Cardinal, 2008; Fisher et al., 2007; Lawrence et al., 2006; Oosterman, 2008), des problèmes relationnels (Dozier, Stovall, Albus, & Bates, 2001), des problèmes de régulation émotionnelle (Cardinal, 2008; Duchesne et al., 2007; Oosterman, 2008) et de la faible estime de soi (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, 2010; Cardinal, 2008). Les résultats d'une étude récente démontrent que 53 % des enfants placés en famille d'accueil présentent des critères de troubles mentaux comme la dépression et l'anxiété comparativement à 13 % dans le groupe contrôle (Millward, Kennedy, Towlson, & Minnis, 2006). Similairement, Millward et ses collègues en 2006 ont trouvé chez des enfants d'âge scolaire que ceux placés en famille d'accueil était plus à risque de développer des problèmes émotionnels comme la dépression et l'anxiété, telle que mesurée par un questionnaire auto-rapporté (*Reactive Attachment Disorder Scale*). Les résultats d'autres études vont dans le même sens en rapportant davantage de troubles intérieurisés chez les enfants placés en famille d'accueil selon les questionnaires auto-rapportés par les parents d'accueil tel que le *Behavior Checklist* (Cicchetti, & Valentino, 2006; Choate et al., 2005; Chorpita, & Barlow, 1998; Oosterman, & Schuengel, 2007). Pour mieux comprendre le développement des troubles intérieurisés chez ces enfants il importe donc de se pencher sur les facteurs relationnels susceptibles d'être à l'origine ou de maintenir ces difficultés.

### **Perturbation dans la relation parent biologique-enfant**

Les enfants d'âge préscolaires placés en famille d'accueil ont pu être exposés à plusieurs facteurs de risque dans leur famille d'origine (Cardinal, Zdebik, Moss,

Bernier, Tarabulsky, & St-Laurent, 2008). Par exemple, les enfants placés peuvent avoir vécu des mauvais traitements, des situations chaotiques ainsi que des perturbations dans la relation avec leur parent biologique. La négligence est le type de maltraitance le plus fréquemment subit par les enfants d'âge préscolaire. Pour l'année 2009-2010, 68,1 % des signalements retenus par les Centres Jeunesse du Québec concernaient la négligence, 15,2 %, les troubles de comportements sérieux, 7,7 %, les abus physiques, 2,8 % les abus sexuels et 6,2 %, les abandons (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, 2010). Étant donc en grande majorité victimes de mauvais traitements dans leur famille d'origine, ces enfants ont subi de grandes perturbations dans la relation à leurs parents naturels. La maltraitance dans l'enfance peut entraîner des difficultés relationnelles et d'adaptation importante (Cicchetti, & Manly, 2001; Cicchetti, & Valentino, 2006; DeBellis, 2001). De plus, ces enfants éprouvent de la difficulté au niveau de la régulation des affects qui se manifeste par une mauvaise expression, reconnaissance, compréhension et communication des émotions (Maughan, & Cicchetti, 2002). Dans leur interaction sociale, les enfants ayant été victimes de mauvais traitement présentent un niveau élevé d'émotions négatives, d'agressivité et ils se méfient des autres (Chamberland, 1992). Les enfants maltraités sont également moins sensibles à la détresse des autres, mais ils répondent à leur détresse avec crainte et agressivité (Main, & Georges, 1985). Selon Rutter (1989) et Belsky (1993), on retrouve dans les familles maltraitantes, des interactions parent-enfant souvent caractérisées par de l'hostilité et un faible niveau de réciprocité ainsi qu'un manque d'engagement, de synchronie et d'harmonie. Les parents maltraitants sont également imprévisibles, alternant entre ignorer

l'enfant pour de longues périodes et intervenir de façon brusque et intrusive (Alessandri, 1992; Bousha, & Twentyman, 1984; Erickson, & Egeland, 1996; Lyons-Ruth, Connell, Zoll, & Stahl, 1987). Dans la relation avec leur parent d'origine, ces enfants expriment peu d'affects positifs, ils sont plus tristes et apathiques que les enfants non maltraités (Wolfe, 1987). Ils manifestent aussi significativement plus de troubles intérieurisés, incluant le retrait social, des plaintes somatiques, des symptômes dépressifs et des idées suicidaires (Kaufman, & Cicchetti, 1989; Salzinger et al., 1993). Bowlby (1988) ajoute que les enfants qui vivent des expériences négatives avec leurs figures parentales maltraitantes telles la négligence, le rejet, la violence et les abus, sont nécessairement à risque de développer une image négative de soi et une grande fragilité aux nombreux événements qu'ils auront à affronter au cours de leur vie. Même si les enfants maltraités ne développent pas tous des problèmes psychologiques, il y a de grandes probabilités qu'ils développent un trouble d'adaptation qui se manifeste par des comportements agressifs ou anxieux et dépressifs (Maughan, & Cicchetti, 2002).

Suite au placement de ces enfants, leurs difficultés sont susceptibles de se maintenir si la nouvelle relation avec les parents d'accueil n'est pas adéquate. Néanmoins, selon Bowlby (1988), les difficultés peuvent se modifier dans la mesure où l'enfant maltraité expérimente de nouvelles relations satisfaisantes. Puisque la relation parent-enfant a un impact important sur l'adaptation ultérieure de l'enfant, il importe alors de se pencher sur la capacité des enfants placés à développer d'autres relations plus adéquates avec leurs parents substituts, soit les parents d'accueil.

### **Les enjeux dans la relation parent d'accueil-enfant placé**

La famille d'accueil de l'enfant peut lui permettre de développer une relation plus positive avec une autre personne jugée adéquate pour répondre à ses besoins. De plus, des auteurs affirment que ces nouvelles relations plus appropriées peuvent devenir un facteur de protection permettant de modifier la trajectoire développementale de l'enfant (Lynch, & Cichetti, 1992; Van IJzendoorn, 1987). Toutefois, le développement d'un lien entre l'enfant et le parent d'accueil ne s'établit pas de la même façon que chez les dyades biologiques à cause des mauvais traitements subis dans la famille d'origine (Cardinal et al., 2008). Les enfants placés en famille d'accueil souffrent fréquemment de retards de développement, de problèmes socio-affectifs et comportementaux sévères lorsqu'ils arrivent dans leur nouvelle famille. Donc, les difficultés que présente l'enfant en arrivant dans la famille d'accueil peuvent être plus demandantes au plan relationnel pour les parents d'accueil (Chamberlain, Moreland, & Reid, 1992; Fisher et al., 1999).

Certains chercheurs ont observé que les enfants placés en famille d'accueil sont susceptibles de reproduire les patrons relationnels dysfonctionnels vécus au sein de la famille d'origine en développant un attachement insécurisant et même désorganisé à la nouvelle figure d'attachement (Dozier et al., 2001; Fisher, & Kim, 2007; Stovall, & Dozier, 1998). En effet, l'enfant ayant par le passé vécu des expériences de soins suscitant la peur ou le rejet, ne parvient pas à recourir au parent d'accueil pour apaiser sa détresse. Ceci constitue un défi énorme pour les parents d'accueil, car plusieurs d'entre eux vont répondre, à leur insu, aux stratégies inadéquates utilisées par l'enfant et ainsi

maintenir l'insécurité de ce dernier (Cassidy, & Shaver, 1999; Stovall, & Dozier, 2000).

Par exemple, des enfants qui ont vécu dans la négligence depuis leur naissance peuvent minimiser l'expression de leurs besoins dans les échanges avec le parent biologique en raison de l'ignorance fréquente de ce dernier. L'enfant peut utiliser la stratégie de ne pas demander d'aide à un adulte lorsqu'il est en détresse pour éviter de ressentir le rejet et la non-disponibilité de son parent et il pourrait continuer à utiliser des comportements distants avec ses parents d'accueil. Donc, les parents d'accueil peuvent interpréter que l'enfant n'a pas besoin d'aide même si ce n'est pas toujours le cas (Stovall, & Dozier, 1998). Également, certains enfants ressentent sans cesse le besoin de vérifier la solidité de la relation avec l'autre ou n'arrivent pas à manifester leurs besoins de manière appropriée. À leur insu, ils peuvent provoquer l'irritation, le ressentiment et le rejet du parent d'accueil (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, 2010), ce qui a des conséquences négatives sur la qualité de la relation parent d'accueil-enfant placé.

Bien que le patron relationnel que l'enfant avait développé dans sa famille d'origine soit considéré comme adapté à l'environnement chaotique de négligence et d'abus dans lequel il vivait avant son placement, il devient problématique dans un environnement plus adéquat comme une famille d'accueil (Stovall et al., 1998). Donc, non seulement les parents d'accueil doivent répondre adéquatement aux besoins de l'enfant placé, mais ils doivent également être vigilants pour ne pas reproduire le patron relationnel dysfonctionnel auquel l'enfant s'attend. Pour y arriver, certains auteurs proposent que ces parents doivent être en mesure d'interagir de manière réciproque et harmonieuse à

l'enfant et être attentif aux comportements d'évitement lorsqu'il vit de la détresse (Cardinal, 2008; Stovall, & Dozier, 2000). Ainsi, le parent d'accueil doit être à l'affût des besoins de l'enfant même si celui-ci n'arrive pas à les nommer. Il arrive donc que le niveau de sensibilité normale du parent d'accueil ne soit pas suffisant pour aider l'enfant à modifier son patron relationnel. Néanmoins, si les parents d'accueil démontrent de grandes habiletés au plan relationnel et qu'ils répondent adéquatement aux besoins affectifs des enfants qu'ils accueillent, ces derniers auront alors plus de facilité à former des représentations positives envers leurs figures d'attachement (Bowlby, 1973).

Au Québec, les intervenants évaluent à 46 % le nombre de familles d'accueil qui répondent adéquatement aux besoins socio-affectifs des enfants qui leur sont confiés (Simard, Vachon, & Bérubé, 1998). Malgré ce fait, pratiquement aucun programme d'intervention n'est proposé pour les familles d'accueil. Évidemment un certain soutien est offert aux parents d'accueil par les Centre-Jeunesse (intervenants sociaux, programme d'aide de soutien à domicile), mais il ne vise pas directement la relation parent-enfant. Plutôt, ces interventions aide le parent d'accueil au niveau éducatif à mieux gérer le comportement de l'enfant dans le quotidien et l'aide à établir certaines limites, afin d'installer une routine de vie. Tel que mentionné dans la section précédente, au plan théorique, la qualité de la relation parent-enfant a des répercussions importantes sur l'adaptation des enfants, dont la capacité de régulation émotionnelle. Puisque les enfants placés en famille d'accueil ont subi de graves perturbations dans la relation avec leurs parents biologiques et que l'établissement d'une relation positive avec leurs parents

d'accueil est souvent difficile à réaliser, il importe donc de mettre en place des programmes d'intervention visant à accroître la qualité de la relation entre l'enfant placé et son parent d'accueil pour diminuer les difficultés d'adaptation de l'enfant et l'apparition ou le maintien de troubles intérieurisés.

### **Efficacité des programmes d'interventions actuels**

Les parents d'accueil ont parfois besoin d'accompagnement et d'enseignement pour répondre adéquatement aux besoins de l'enfant, surtout lorsque ce dernier présente des problèmes de comportement ou de régulation émotionnelle. Au cours des dernières années, quelques programmes d'intervention destinés aux populations à risque ont été développés afin d'aider ces parents et leur enfant. Il s'agit de programmes qui sont inspirés de la théorie de l'attachement et qui visent généralement à promouvoir une relation parent-enfant positive et harmonieuse de manière à favoriser l'adaptation sociale et affective de l'enfant. Pourtant, aucune intervention n'est proposée de manière systématique auprès des familles d'accueil québécoises.

Certains chercheurs ont développé des programmes d'intervention relationnelle destinés aux familles d'accueil visant à favoriser la sensibilité parentale et la qualité des échanges parent-enfant (Dozier, Higley, Albus, & Nutter, 2002; Duchesne et al., 2006). Ces programmes d'intervention visent à aider le parent d'accueil à mieux interpréter les signaux de son enfant, lui fournir des soins chaleureux et répondre rapidement à ses besoins. Pour se faire, ils ont recours à des discussions avec le parent sur des enjeux

relationnels propres aux enfants placés et à l'utilisation de la rétroaction vidéo pour permettre au parent de développer ses habiletés d'observation face aux besoins de son enfant et d'être renforcé lorsqu'il émet des comportements sensibles. Le programme de Mary Dozier, d'une durée de dix rencontres et s'adressant à des enfants âgés entre 0 et 2 ans, a montré qu'il était efficace pour augmenter les comportements d'attachement sécurisant des enfants placés (Dozier et al., 2001; 2002; Dozier, Lindhiem, Lewis, Bick, Bernard, & Peloso, 2009). Les résultats du programme de Ellen Moss, d'une durée de six rencontres et s'adressant à des enfants âgés entre 1 et 3,5 ans a de son côté démontré qu'il augmentait la sensibilité des mères d'accueil n'ayant pas un passé traumatisant non résolu (Duchesne et al., 2007). Les études sur ces deux programmes d'intervention ont montré globalement que les parents d'accueil qui prennent part aux interventions relationnelles apprécient davantage leur rôle de parent, démontrent une plus grande acceptation de leur enfant, répondent mieux à ses signaux, et accélèrent l'apparition chez l'enfant de comportements indicateurs d'une relation sécurisante. Toutefois, elles n'ont pas vérifié si l'intervention relationnelle s'avère efficace pour diminuer les troubles de comportements intérieurisés chez les enfants placés en famille d'accueil.

D'autres recherches ont travaillé sur des programmes d'intervention destinés aux familles d'accueil, sans évaluer directement la relation parent-enfant. Par exemple, certains chercheurs misent sur le support et sur les méthodes éducatives donnés aux parents d'accueil. Une intervention de courte durée auprès des enfants d'âge scolaire placés en famille d'accueil a été réalisée pour aider les enfants à apprendre des stratégies

afin de développer des comportements plus adaptés (Fisher et al., 1999). L'intervention inclut un entraînement et du support aux parents d'accueil, ainsi qu'une thérapie familiale avec les parents biologiques lorsque cela était possible. Fisher et ses collègues (2000) et (2007) démontrent que leur intervention a diminué les problèmes émotionnels, l'attachement insécurisant des enfants et a favorisé l'adoption de pratiques parentales plus adaptées. Similairement, le programme d'intervention développé par Owen (2007), mettant l'emphasis sur des techniques éducatives et sur le soutien aux parents d'accueil, s'est révélé efficace pour diminuer le stress parental et les troubles de comportements intérieurisés de l'enfant placé.

Bien que très peu d'études aient à ce jour vérifié l'efficacité d'interventions auprès des familles d'accueil pour diminuer la présence de troubles intérieurisés chez l'enfant placé (Owen, 2007), certaines études portant sur une population similaire, des enfants victimes de maltraitance, se sont tout de même intéressées à cette question. Un programme d'intervention à long terme sur l'interaction parent-enfant (PCIT) a démontré son efficacité pour diminuer les problèmes comportementaux des enfants maltraités (Chaffin et al., 2004). Le traitement du PCIT consiste surtout à augmenter la qualité des interactions parent-enfant (les renforcements positifs sur les bons comportements, l'attachement parent-enfant et la diminution des cycles coercitifs). Le traitement PCIT consiste en des rencontres hebdomadaires sur une période de quatre mois et apporte une diminution significative des troubles de comportements anxieux des enfants âgés de 4 à 8 ans. Les résultats démontrent que le traitement PCIT est efficace

chez les enfants d'âge scolaire ayant un trouble d'anxiété de séparation et semble aider à prévenir les troubles anxieux durant l'enfance. La recherche a aussi démontré l'importance des facteurs familiaux pour traiter l'anxiété de séparation. Un autre projet de recherche, réalisé en partenariat avec les Centres jeunesse de Lanaudière a évalué un programme d'intervention relationnelle auprès d'une population d'enfants âgés entre 0 et 5 ans signalée à la DPJ et à leurs parents biologiques (Moss et al., 2011). Cette intervention, comparable à d'autres interventions relationnelles (Chaffin et al., 2004; Dozier et al., 2009; Duchesne et al., 2007) mais d'une durée de huit semaines, s'est avérée efficace pour augmenter la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement des enfants ainsi que diminuer la désorganisation chez l'enfant et les symptômes intérieurisés et extérieurisés (Moss et al., 2011). L'effet de l'intervention sur les troubles intérieurisés et extérieurisés est modéré par l'âge de l'enfant, une diminution plus grande ayant été observée chez les enfants les plus âgés de l'étude soit ceux d'âge préscolaire.

En résumé, les enfants placés en famille d'accueil constituent un groupe à risque de développer des troubles de comportements intérieurisés. Bien que des études aient démontré que ces troubles soient liés à la qualité de la relation que l'enfant établit avec ses donneurs de soin, aucune étude n'a à ce jour vérifié si une intervention visant à favoriser la relation entre l'enfant placé et son parent d'accueil est efficace pour diminuer les symptômes intérieurisés. De plus, les programmes destinés aux familles d'accueil sont soit réalisés auprès de très jeunes enfants ou encore auprès d'enfants d'âge scolaire, mais aucun ne s'adresse spécifiquement à un groupe d'enfant d'âge

préscolaire. L'étude de Moss et ses collègues (2011) a toutefois observé une diminution des troubles intérieurisés chez des enfants d'âge préscolaire suite à une intervention visant à favoriser la sensibilité de leurs parents signalés pour mauvais traitement. Il apparaît important de vérifier si cette même intervention s'avère aussi efficace pour augmenter la sensibilité des parents d'accueil et diminuer les troubles intérieurisés des enfants placés.

### **Objectifs de recherche**

Notre objectif est donc de vérifier sur le plan descriptif, si l'intervention de huit semaines de Moss et ses collègues (sous presse) permet d'augmenter la sensibilité parentale et la qualité des échanges entre une mère d'accueil et son enfant d'âge préscolaire et diminuer les troubles intérieurisés chez cet enfant. Afin de s'assurer que tout changement ne soit pas attribuable à un effet de temps, une deuxième famille d'accueil ne recevant pas l'intervention sera aussi évaluée. La principale hypothèse de cet essai avance que chez la dyade recevant l'intervention relationnelle nous observerons une relation parent-enfant plus réciproque, davantage de sensibilité parentale chez la mère d'accueil et moins de troubles de comportement intérieurisés chez l'enfant au terme des huit semaines. La deuxième hypothèse avance que pour la dyade ne recevant pas l'intervention relationnelle, aucune différence ne sera observée après huit semaines au niveau de la qualité des échanges, de la sensibilité parentale et des troubles intérieurisés.

## **Méthodologie**

Cette section s'attarde d'abord aux participants et aux instruments de mesure utilisés. Des outils standardisés servant à évaluer la sensibilité parentale, la qualité des interactions parent-enfant et les comportements intérieurisés de l'enfant seront présentés. Par la suite, le programme d'intervention relationnelle sur lequel porte le présent projet de recherche sera présenté globalement.

### **Participants**

Les participants de cette recherche sont deux dyades parent d'accueil-enfant placé qui ont été recrutées aux Centres jeunesse de la Mauricie Centre-du-Québec pour participer à une étude portant sur le lien parent d'accueil-enfant placé et l'adaptation comportementale de l'enfant. Le projet de recherche mis en place en 2009, par madame Karine Dubois-Comtois, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, vise à recruter 40 familles d'accueil. Au moment de l'élaboration de cet essai, trois familles avaient complété l'ensemble du processus d'évaluation. Puisque l'objectif du présent essai est en lien avec la présence de comportements intérieurisés, les deux enfants présentant les scores les plus élevés au pré-test sur une échelle de troubles intérieurisés ont été retenus. L'une de ces deux familles avaient reçu l'intervention relationnelle (Famille A) alors que l'autre non (Famille B), ce qui répondait au critère de sélection pour l'essai.

Au moment du recrutement, l'enfant de la famille A est une fille âgée de 4 ans, 10 mois et 16 jours, alors que sa mère d'accueil est âgée de 48 ans. Le couple biparental est stable depuis de nombreuses années et la famille gagne entre 30 000 \$ et 40 000 \$ par année. La mère possède une technique collégiale, mais elle travaille au foyer comme mère d'accueil de huit enfants placés dont un adopté. La fillette est placée depuis trois ans en famille d'accueil régulière jusqu'à majorité. Dans la famille B, l'enfant est un garçon de 4 ans et 13 jours alors que sa mère a 32 ans. Le couple biparental est stable depuis plusieurs années et la famille gagne entre 50 000 \$ et 60 000 \$ par année. La mère possède un secondaire 5 et elle est mère à temps plein de deux enfants placés et de deux enfants biologiques. L'enfant (B), le cadet de la famille est placé depuis deux ans dans une famille d'accueil régulière jusqu'à majorité.

### **Cueillette des données**

#### **Procédure générale et devis**

Il s'agit d'une étude à cas multiples de type observationnelle pour laquelle deux participants ont été recrutés pour répondre à nos questions de recherche. L'utilisation d'un tel devis permettra de vérifier s'il est possible d'observer des résultats contrastants entre le participants ayant reçu l'intervention et celui ne l'ayant pas reçu (Baxter, & Jack, 2008). Les deux participants sont issus d'un projet de recherche plus large dont le devis est expérimental avec des évaluations réalisées en pré-test et post-test et assignation aléatoire aux conditions d'intervention. Les deux participants recrutés dans le cadre de cet essai ont donc été convoqués à deux rencontres pré-test et deux

rencontres post-test. L'une des familles a été assignée au hasard au groupe intervention et l'autre au groupe contrôle.

**Évaluation au pré-test.** Le pré-test est constitué de deux visites d'évaluation, l'une à la maison et l'autre à l'université ou dans les locaux du Centre jeunesse selon la proximité de la famille à l'un ou l'autre de ces sites. Chaque visite dure environ 90 minutes et comporte diverses activités conjointes et individuelles. Aux fins de cet essai, seule la visite au domicile familial sera décrite avec plus de précision. La première visite pré-test se déroule au domicile du parent d'accueil. Lors de cette rencontre, l'évaluatrice se présente à la mère d'accueil et à l'enfant et résume l'étude et ses enjeux. Elle fait ensuite signer au parent d'accueil un formulaire de consentement pour sa participation à l'étude et à l'enregistrement vidéo. Ensuite, la mère d'accueil est invitée à se retirer dans une pièce pour remplir des questionnaires incluant le *CBCL* et des questions sur les caractéristiques sociodémographiques de la famille, pendant que l'enfant fait des activités filmées avec l'expérimentatrice. Lorsque cette tâche est complétée, la mère est invitée à rejoindre son enfant pour une session de jeu libre parent-enfant. Cette activité dyadique, d'une durée de 10 minutes, est filmée. Si la mère n'a pas terminé de remplir les questionnaires avant de faire l'activité dyadique, l'expérimentatrice lui demande de les compléter avant la visite prévue au laboratoire et de rapporter à ce moment les questionnaires à l'équipe de recherche.

**Évaluation au post-test.** Tous les participants du groupe intervention et du groupe contrôle terminent leur collaboration au projet par deux visites (une en laboratoire et une en milieu familial). Ces visites ont lieu dans le mois qui suit l'intervention et permettent des comparaisons avec les mesures prises lors du pré-test. Les variables incluses dans le post-test permettent d'estimer l'impact de l'intervention sur les principales variables à l'étude. Les activités réalisées durant les deux rencontres post-test sont identiques aux activités du pré-test.

### **Instruments de mesure**

#### **Évaluation de la qualité des interactions parent d'accueil-enfant placé**

Lors de la visite à la maison, la mère d'accueil et l'enfant sont invités à faire une activité de collaboration pendant dix minutes. L'expérimentatrice leur demande de choisir un jeu qu'ils ont à la maison et avec lequel ils ont envie de jouer ensemble. Aucune autre instruction n'est donnée à la dyade concernant le déroulement de l'activité. L'expérimentatrice s'assure que les autres membres de la famille présents à la maison ne vont pas interférer avec l'activité en cours. Une caméra sur trépied est posée dans le coin de la pièce à une bonne distance des participants et l'expérimentatrice feint d'être occupée pour ne pas que son regard modifie le jeu en cours.

Le vidéo de l'activité de dyadique réalisée à la maison est ensuite évaluée à l'aide de la grille d'interaction dyadique de Moss et ses collègues (1998, 2000). Cette grille est composée de huit sous-échelles qui incluent différentes dimensions de la relation parent-enfant. La neuvième sous-échelle représente le score global de la qualité de

l'interaction parent-enfant. Les scores aux différentes sous-échelles se situent entre 1 et 7, 7 étant une qualité optimale. À chacun des scores aux sous-échelles se trouve une description du type d'interaction correspondant. Par exemple, la description des scores propre à la sous-échelle de qualité globale sont les suivants : 1) interactions caractérisées par la peur ou une grande dépendance, renversement de rôle entre la mère et l'enfant et conflits intenses, 2) détérioration marquée menant à des difficultés importantes, 3) interactions froides et instrumentales, 4) interactions parfois réciproques où quelques différends ne sont pas résolus de manière appropriée, 5) présence de réciprocité et de flexibilité malgré quelques différends, 6) interactions plaisantes caractérisées par une résolution adéquate des désaccords, 7) qualité optimale où la relation est réciproque et synchronisée.

Les sous-échelles évaluent la coordination (interactions allant de non productives à fluides et s'orientant vers un but défini mutuellement), la communication (échanges verbaux incohérents à échanges verbaux et non verbaux cohérents), le rôle (renversement des rôles à rôles appropriés pour chaque partenaire), l'expression émotionnelle (expression limitée ou exagérée et incohérente à expression émotionnelle partagée et équilibre entre les émotions négatives et positives), la sensibilité et réponses adéquates (intrusion ou ignorance des messages émis par l'autre à approbation et réciprocité entre le parent et l'enfant), la tension et la relaxation (interactions tendues et climat anxieux à interactions calmes et confortables), l'humeur (négative à positive),

le plaisir (désintérêt face à l'autre et à la tâche à engagement dans les activités et plaisir soutenu).

Dans les études antérieures, les sous-échelles de la grille ont permis d'observer des différences dans la qualité des interactions parent-enfant en fonction des patrons d'attachement entre 3 et 7 ans (Cyr, & Moss, 2001; Moss et al., 1998). La qualité des échanges parent-enfant évaluée par cette grille a aussi été associée aux troubles de comportements des enfants (Moss et al., 1998; 1999; 2000). Ces résultats démontrent la validité de construit de cette grille pour des tâches semi-structurées d'une durée de dix minutes. La validation de la grille a été réalisée à la fois en laboratoire pendant un épisode de collation prise par la mère et l'enfant et en milieu familial pendant un jeu libre mère-enfant (Dubois-Comtois, & Moss, 2004).

Deux codeurs indépendants ayant suivi une formation et obtenu un accord interjuge sur un échantillon indépendant se sont partagés les vidéos de manière à ce qu'aucun codeur n'évalue deux fois une même famille. Pour les besoins de l'essai, nous visionnerons également l'ensemble des vidéos de manière à ajouter des observations concrètes pour venir appuyer les scores obtenus par les codeurs experts à chacune des sous-échelles.

### **Évaluation des troubles de comportements intérieurisés**

Dans le cadre de cette étude, le *Child Behavior Checklist* (CBCL : Achenbach, & Rescorla, 2000) a été utilisé. Cet instrument sert à mesurer les compétences et les difficultés comportementales et émotionnelles des enfants selon la perception de son parent. Ce questionnaire est un inventaire de 100 items qui recouvrent des énoncés représentant des comportements problématiques chez les enfants. Le parent doit répondre selon une échelle variant de 0 à 2 (0 = Pas vrai, 1 = quelques fois vrai et 2 = souvent vrai). En plus de fournir un score global, ce test peut regrouper les problèmes de comportements en deux catégories : externalisation et internalisation. Pour cette étude, nous regarderons uniquement les sous-échelles associées aux troubles de comportements internalisés (réactions émotionnelles, anxiété, dépression et plaintes somatiques). Afin d'obtenir des scores standardisés, l'ensemble des scores a été converti en score T. Pour l'échelle d'internalisation, un score T de moins de 60 indique que l'enfant ne présente pas de trouble, un score de 60 à 63 indique que l'enfant se situe dans l'intervalle critique pouvant mener à un trouble et un score de plus de 63 indique la présence de trouble se situant au-dessus du seuil clinique. Pour les sous-échelles associées aux troubles internalisés, le seuil clinique se situe au-dessus de 70 alors que l'intervalle critique se situe entre 65 et 69.

La validité et la fidélité de cette version ont été démontrées (Achenbach, & Rescorla, 2000). En effet, les analyses révèlent que presque tous les items de cet instrument permettent de discriminer les enfants cliniques et non cliniques, indiquant

une excellente validité de contenu. L'instrument possède également une bonne fidélité test-retest qui a été démontrée par une corrélation test-retest de 0,90 pour l'échelle de problème de comportements (Achenbach, & Rescorla, 2000).

### **Description du programme d'intervention**

L'intervention relationnelle est conforme à celle présentée dans l'étude de Moss et ses collègues (2011) mais a été adaptée pour répondre aux spécificités des enfants d'âge préscolaire placés en famille d'accueil, en incluant par exemple une période de discussion sur le fait que l'enfant placé a un passé relationnel différent de celui du parent d'accueil. Le projet de recherche collabore avec les Centres-Jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec. Le programme d'intervention comprend huit visites à la maison, guidées vers l'amélioration de la sensibilité des parents d'accueil et la diminution des difficultés de l'enfant à l'aide d'activités impliquant des interactions parent-enfant. Les visites sont hebdomadaires et d'une durée moyenne de 90 minutes, et sont dirigées par une étudiante au doctorat en psychologie qui a déjà complété son internat. Chaque visite faite par l'étudiante est supervisée par la chercheure principale de manière à ce que le programme d'intervention soit respecté et que les interventions réalisées soient ajustées aux besoins des familles qui évoluent d'une semaine à l'autre.

Chaque rencontre d'intervention au domicile familial s'accomplit de la même façon : 1) une période de discussion avec la mère sur un thème lié à la relation parent-enfant ou sur certains enjeux liés au placement en famille d'accueil (30 minutes).

L'intervenante aborde certains sujets jugés essentiels (ex., connaissances sur le développement de l'enfant, représentations et attitudes du parent d'accueil à l'égard de l'enfant et stress vécu dans le contexte du rôle de parent d'accueil);

2) une interaction parent-enfant filmée réalisée avec le matériel fourni par l'intervenante et selon la consigne proposée par cette dernière (10 minutes). Le matériel de jeu (ex. casse-tête, bricolage, jeu de table) est choisi en fonction des besoins de la dyade (adéquat au niveau développemental de l'enfant; suscitera un échange parent-enfant positif). Cette activité a pour but d'aider le parent à s'engager dans des interactions mutuellement réciproques avec son enfant et de maintenir un degré de proximité et de contact, surtout lorsque l'enfant manifeste de l'inquiétude ou de la détresse. Des consignes pouvant aider le parent dans ce sens sont : suivez votre enfant, faites des tours de rôle, complimenter votre enfant chaque fois qu'il réussit, etc.;

3) une rétroaction de la vidéo avec la mère (30 minutes) dans le but de renforcer les comportements sensibles de la mère et de démontrer l'impact positif sur les comportements de l'enfant. L'intervenante demande comment la mère s'est sentie suite au jeu et comment elle pense que son enfant s'est senti. Tout au long de la rétroaction, elle vérifie si ce sentiment évolue avec les commentaires qui lui sont faits. Chaque fois que l'intervenante observe un comportement adéquat ou sensible, elle arrête la vidéo et le souligne à la mère. Celle-ci est invitée à commenter chaque fois qu'elle le désire. Lorsqu'un comportement maternel problématique est identifié, l'intervenante demande à

la mère comment elle s'est sentie lorsque ce comportement s'est produit et qu'est-ce qu'elle comprend de ce qui s'est passé. Au besoin, l'intervenante reformule les commentaires de la mère de manière à bien cerner les besoins de l'enfant. Tout au long de la vidéo, l'intervenante prend également le temps d'identifier avec la mère les besoins de l'enfant et sa façon de les communiquer son parent. La rétroaction vidéo permet au parent d'accueil d'être témoin de ses propres comportements et des effets positifs qu'il a sur l'enfant. Dans ce contexte, le parent apprend à mieux observer et interpréter les comportements de l'enfant pour lui répondre de manière plus adéquate. La rétroaction met ainsi en valeur les forces de la dyade, ce qui favorise la motivation du parent à reproduire des comportements sensibles et sécurisants pour l'enfant;

4) chaque session se termine par une discussion des points forts de la rencontre et des forces du parent et l'intervenante donne des suggestions d'activités à faire avec l'enfant pendant la semaine pour répéter les habiletés acquises pendant la rencontre.

## **Résultats**

Puisque le présent essai évalue deux études de cas, les résultats rapportés dans cette section sont des données descriptives issues des différentes évaluations. Les données obtenues au pré-test seront comparées à celles obtenues au post-test pour les deux participants. Cette section aborde dans un premier temps l'évaluation des interactions parent-enfant et dans un second temps l'évaluation des troubles du comportement intériorisé.

### **La qualité des interactions parent-enfant**

Les données descriptives de la qualité des interactions parent-enfant évaluées au pré-test et au post-test pour les participants A et B sont présentées dans le Tableau 1.

#### **Évaluation du participant (A)**

**Évaluation au pré-test.** Tel que présenté dans le Tableau 1, les données des interactions parent-enfant montrent que les résultats se situent globalement à 3 sur une échelle en 7 points, soit au-dessus du seuil clinique. Nous allons détailler les indices au plan qualitatif qui justifient les résultats obtenus. Lors de l'activité, on observe pour la dyade (A) une difficulté au niveau de la *coordination* et un manque de réciprocité. En effet, le parent coordonne l'échange tandis que l'enfant s'y soumet complètement. Au niveau de la *communication*, la mère prend trop souvent la parole et l'enfant ne fait que

répéter ce que la mère dit. De plus, la conversation de la dyade est uniquement centrée sur la tâche et la mère ignore certains messages de l'enfant. Pour la sous-échelle *rôle*, le parent demeure trop rigide dans son rôle et il est incapable de permettre à l'enfant d'explorer son environnement. De plus, lors de l'activité dyadique, il n'y a pas vraiment d'émotion exprimée, peu de contact physique et visuel chez le parent et l'enfant. À un certain moment, l'enfant semble inconfortable d'être touché par son parent. Puisque la petite est incapable d'exprimer son malaise, elle sursaute et sa mère ne remarque pas son inconfort, c'est associé à de l'insensibilité parentale. L'interaction peut être qualifiée de *tendue* puisque la mère est rigide, parle sans arrêt, avec une voix forte et la petite doit donner les réponses souhaitées par la mère, ce qui semble éléver son niveau d'anxiété. De plus, la dyade présente une *humeur* neutre et très instrumentale. Lors de l'activité, la mère semble irritée lorsque l'enfant ne donne pas la bonne réponse. Enfin, pour la sous-échelle *plaisir*, à certains moments, nous observons une certaine résistance, mais il y a tout de même un plaisir à être ensemble malgré la difficulté de la dyade, ce qui explique le score légèrement plus élevé à cette échelle.

Tableau 1

*Comparaison des évaluations de la relation parent-enfant entre le prétest et le post-test pour les deux participants*

Variable	Famille A (avec intervention relationnelle)		Famille B (sans intervention relationnelle)	
	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test
<i>Interactions mère-enfant</i>				
Coordination	3*	5	4	3*
Communication	2*	5	3*	3*
Rôle	3*	5	4	3*
Expression émotionnelle	3*	5	3*	3*
Sensibilité/Réponse appropriée	2*	5	3*	2*
Tension/Relaxation	2*	6	4	4
Humeur	3*	6	2*	3*
Plaisir	4	5	3*	3*
Qualité globale	3*	5	3*	3*

\* Score sous le seuil clinique.

**Évaluation au post-test.** Les résultats au post-test de la dyade (A) démontrent une amélioration de l'interaction parent-enfant avec une qualité globale de 5 suite à l'intervention de huit semaines (voir Tableau 1). Une meilleure *coordination* est observée au niveau de la dyade, il y a plus de réciprocité lors de l'activité. Un échange à tour de rôle et une collaboration ont été observés à plusieurs moments lors de l'activité

dyadique. Au niveau de la *communication*, on dénote une bonne amélioration suite à l'intervention. En effet, la conversation est moins axée sur la tâche et l'enfant peut davantage partager son vécu sans que la mère la ramène automatiquement à la tâche. Le parent est moins rigide dans son *rôle* permet davantage à l'enfant d'explorer et laisse parfois une certaine liberté, ce qui explique l'augmentation du score. Lors de l'activité dyadique, il y a davantage d'*expression des émotions* entre le parent et son enfant, notamment par la présence d'émotion positive. Après l'intervention relationnelle, une meilleure *sensibilité parentale* est observée, ce qui permet à l'enfant et à son parent d'être en relation plus harmonieuse. En ce qui a trait à la sous-échelle *tension/relaxation*, une interaction détendue et plus à l'aise est observée chez la dyade. Pour la sous-échelle *humeur* un score plus élevé est observé lors du post-test puisque la dyade a du plaisir tout au long de l'activité. Enfin, pour la sous-échelle *plaisir*, nous observons lors de l'activité un plaisir évident pour la dyade à être ensemble.

### **Évaluation du participant (B)**

**Évaluation au pré-test.** Tel que présenté dans le Tableau 1, les résultats montrent un score global de 3 lors de l'activité dyadique ce qui signifie une interaction parent-enfant problématique et cliniquement significative pour la famille (B). Au plan descriptif, nous allons détailler les indices au plan qualitatif qui justifient les résultats des interactions parent-enfant observés. Pour la famille (B), la sous-échelle *coordination*, indique un niveau moyen de réciprocité puisque la dyade tente de coordonner leurs échanges à tour de rôle. En ce qui a trait à la *communication*, une

incohérence entre ce qui est dit par la mère et la façon de dire les choses, amène une certaine tension dans la dyade. De plus, certains messages mesquins et indirects sont communiqués à l'enfant et le non-verbal de la mère semble parfois témoigner de l'ennui. Par moment, l'enfant tente de contrôler l'échange, mais il est capable de retourner à son rôle d'enfant suite à l'intervention du parent. De plus, il y a une certaine souplesse dans la dyade qui permet à l'enfant d'explorer. Pour ce qui est de *l'expression émotionnelle* et de la *sensibilité*, il y a la présence d'émotion positive et négative, mais par moment on observe un changement rapide d'affect qui est incohérent avec le contexte. Également, les réponses du parent ne sont pas toujours appropriées puisqu'elles peuvent être brusques et même, rejetantes envers l'enfant. Pour la sous-échelle *tension/relaxation*, la dyade est par moment à l'aise d'être ensemble, mais parfois tendue. Les sous-échelles de *l'humeur* et du *plaisir* indiquent que la mère peut avoir l'air irritée, froide, ennuyée, mais à d'autres moments elle peut avoir du plaisir avec son enfant.

**Évaluation au post-test.** Les résultats pour la famille (B) n'ayant pas reçu l'intervention relationnelle démontrent une stabilité à un niveau problématique de la qualité globale de l'interaction parent-enfant entre le pré-test et le post-test avec un score se situant à 3 sur l'échelle en 7 points (voir Tableau 1). Au niveau des sous-échelles, on observe également une stabilité et même une augmentation des difficultés de la dyade qui se situe maintenant presque exclusivement au-dessus du seuil clinique. À la sous-échelle *coordination* on observe peu de réciprocité entre le parent et son enfant lors de l'activité, la dyade éprouve donc plus de difficulté à se coordonner qu'au pré-test. Au

niveau de la *communication*, on dénote un score faible puisqu'au niveau non verbal, la mère semble à nouveau ennuyée et indifférente lors de l'activité avec son enfant. La conversation est la plupart du temps instrumentale, mais l'enfant se permet de sortir de la tâche pour discuter de son vécu à son parent. Tel qu'observé au pré-test, on note également que l'enfant tente de contrôler sa mère à certaines occasions, mais la mère se montre plus rigide (*rôle*) dans ses interventions. Lors de l'activité dyadique, le parent ne semble pas remarquer la présence des *émotions* de l'enfant ou banalise ce que l'enfant vit à certains moments. Le parent est amorphe et n'a pas toujours des réponses appropriées, qui sont parfois brusques et rejetantes envers son enfant, ce qui démontre de l'insensibilité parentale. En ce qui a trait à la sous-échelle *tension/relaxation*, on note que malgré les difficultés observées, les deux partenaires ne semblent pas très tendus. Pour les sous-échelles *humeur* et *plaisir* un score de 3 est observé lors du post-test puisque la dyade a du plaisir par moment lors de l'activité, mais a d'autres occasions autant l'enfant que le parent semblent ennuyés.

### **Les comportements intérieurisés**

Les données descriptives sur les troubles de comportement intérieurisé évaluées au pré-test et au post-test pour les participants A et B sont présentées dans le Tableau 2.

#### **Évaluation du participant (A)**

**Évaluation au pré-test.** Tel que présenté dans le Tableau 2, les résultats au questionnaire CBCL montrent un score global de 70 au niveau des comportements

intériorisés (échelle d'*intériorisation*), ce qui est problématique et cliniquement significatif pour le participant (A). Les résultats des sous-échelles des comportements intériorisés seront détaillés qualitativement. Au pré-test, l'enfant obtient un score au dessus du seuil clinique pour la sous-échelle *réactivité émotive*. Par exemple, le parent d'accueil nous indique que l'enfant a souvent des changements rapides entre la tristesse et surexcitation. De plus, la mère d'accueil rapporte que la fillette est dérangée par les changements dans la routine et qu'elle manifeste parfois de la panique. Pour la sous-échelle *anxiété-dépression*, l'enfant se situe dans l'intervalle critique d'un trouble anxieux ou dépressif. La fillette s'accroche souvent aux adultes et est facilement blessée dans ses sentiments selon les observations du parent. Pour la sous-échelle *retrait*, l'enfant se situe dans l'intervalle critique pouvant mener à un trouble. Elle éviterait parfois de regarder les autres dans les yeux et elle semble souvent insensible à l'affection. Pour la sous-échelle *somatisation*, le score n'est pas problématique.

Tableau 2

*Comparaison des évaluations sur les troubles du comportement intérieurisé entre le prétest et le post-test pour les deux participants*

Variable	Famille A (avec intervention relationnelle)		Famille B (sans intervention relationnelle)	
	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test
<i>CBCL (Score T)</i>				
Réactivité émotive	77*	70*	51	62
Anxiété, dépression	66 <sup>†</sup>	59	57	52
Somatisation	50	50	58	51
Retrait	70*	61	60	51
Score total d'internalisation	70*	63 <sup>†</sup>	58	56

<sup>†</sup> Score *T* à l'intérieur de l'intervalle critique; \* Score *T* au-dessus du seuil clinique.

**Évaluation au post-test.** Au post-test, pour l'enfant (A) le trouble diminue à un score global de 63 à l'échelle d'*intériorisation*, ce qui situe l'enfant dans l'intervalle critique pouvant mener à un trouble, sans toutefois être au-dessus du seuil clinique. Il y a donc une certaine amélioration une fois l'intervention reçue. Suite à l'intervention, le score de *réactivité émotive* diminue, suggérant davantage de capacité de régulation émotionnelle chez l'enfant, mais en restant tout de même à un niveau jugé clinique. À cet effet, la mère d'accueil a rapporté que l'enfant est moins dérangé par les changements dans la routine qu'au pré-test et manifeste moins de comportements anxieux qu'au pré-test. L'anxiété et les traits dépressifs diminuent et le score indique

que l'enfant ne présente plus de trouble pour cette sous-échelle (*anxiété-dépression*). La fillette est moins craintive ou anxieuse après les huit semaines d'intervention selon les observations de la mère d'accueil. On observe également une diminution pour la sous-échelle *retrait*, indiquant que l'enfant ne présente plus de difficulté cliniquement significative. En effet, cette diminution représente une différence de près d'un écart type par rapport au pré-test. L'enfant n'évite plus de regarder les gens dans les yeux, répond davantage lorsque les autres lui parlent et ne semble plus insensible à l'affection. Enfin, pour la sous-échelle *somatisation*, on n'observe aucun changement puisque le score du pré-test est demeuré le même suite au post-test. Il indique que l'enfant n'a aucun problème d'ordre somatique.

### **Évaluation du participant (B)**

**Évaluation au pré-test.** Tel que présenté dans le Tableau 2, les résultats au questionnaire CBCL montrent un score global de 58 au niveau de l'échelle de comportements internalisés, ce qui n'est pas cliniquement significatif pour l'enfant (B). À la sous-échelle *réactivité émotive* on observe un score de 51 au pré-test. Sans être nécessairement problématique pour le parent d'accueil, il remarque quelques fois que l'enfant est dérangé par n'importe quel changement dans la routine. Au pré-test, l'enfant obtient un score moyennement élevé, sans être problématique à la sous-échelle *anxiété-dépression*. Par exemple, le parent d'accueil nous indique que l'enfant est facilement blessé dans ses sentiments. Pour la sous-échelle *retrait*, l'enfant est évalué au départ à un score élevé, mais non clinique. Par exemple, il lui arriverait parfois de ne pas répondre

lorsque les autres lui parlent. Pour la sous-échelle *somatisation* l'enfant se situe dans un score assez élevé, mais non cliniquement significatif au pré-test. L'enfant serait trop soucieux de son apparence ou de sa propreté selon son parent.

**Évaluation au post-test.** Pour l'enfant de la famille (B), ne recevant pas l'intervention relationnelle, les résultats démontrent une stabilité des résultats puisque peu de changements ont été observés. En effet, un score global de 56 à l'échelle d'intériorisation est observé suite aux huit semaines écoulées. Une augmentation d'un écart type ( $T = 10$ ) par rapport à la moyenne est observée au post-test à la sous-échelle (*réactivité émotive*), qui se rapproche désormais de l'intervalle critique. À cet effet, le parent d'accueil soulève que l'enfant serait davantage dérangé par les changements dans la routine après les huit semaines et l'enfant serait plus affecté par les personnes ou les situations nouvelles. Pour les autres sous-échelles (*anxiété-dépression*, *retrait* et *somatisation*), on observe une légère diminution au post-test. Par exemple, la mère d'accueil indique que l'enfant répondrait davantage lorsque les autres lui parlent. La mère d'accueil dénote également une amélioration au niveau de l'anxiété et de la dépression de l'enfant puisqu'il réagirait moins fortement lorsqu'il est séparé de ses parents.

## **Discussion**

L'essai avait pour objectifs de vérifier au plan descriptif si une intervention relationnelle de huit semaines permet d'augmenter la sensibilité parentale et la qualité des interactions entre un parent d'accueil et un enfant placé et de diminuer les comportements intérieurisés de cet enfant. Une comparaison clinique des observations entre la famille (A) et la famille (B) vise à mettre en lumière les résultats obtenus. Les données obtenues démontrent qu'il y a eu certaines améliorations au plan descriptif pour la famille (A) qui a reçu l'intervention alors que le fonctionnement de la famille (B) n'ayant pas reçu l'intervention est demeuré relativement stable dans le temps. La présente section vise à discuter des résultats obtenus en fonction des études théoriques et empiriques et de dégager de nouvelles avenues de recherche.

### **Qualité des interactions parent-enfant**

Notre hypothèse proposant qu'au plan clinique l'intervention relationnelle permet d'améliorer la sensibilité parentale et la qualité des échanges entre un parent d'accueil et son enfant placé est confirmée. En effet, la qualité des interactions entre la mère d'accueil et son enfant s'est améliorée suite à l'intervention. Plus précisément, au départ, la qualité de la relation parent-enfant de la famille (A) étaient sous du seuil clinique, c'est-à-dire, des interactions problématiques, froides et instrumentales. Suite à l'intervention, un changement est observé puisque la dyade n'est plus au-dessus du seuil clinique, avec une bonne qualité d'interaction témoignant de réciprocité et de

flexibilité entre la mère et l'enfant malgré la présence de quelques différends qui sont toutefois résolus. L'intervention a permis au parent d'être plus sensible et à l'enfant d'exprimer davantage ses idées. En ce qui concerne la famille (B) n'ayant pas reçu l'intervention relationnelle, les observations du pré-test montrent que cette dyade présente une qualité d'interaction qui se situe également à l'intérieur du seuil clinique, les deux familles se trouvant donc au même point lors de la première mesure. Plus précisément pour la famille (B), nous observons que la mère d'accueil donne des réponses à l'enfant qui ne sont pas toujours appropriées. Ces réponses brusques, ennuyées et même parfois rejetantes entraînent une certaine tension dans la dyade. Par ailleurs, les observations du post-test nous montrent que cette famille a une qualité d'interaction qui se trouve toujours à l'intérieur du seuil clinique. Il y a donc une stabilité au niveau des difficultés dans l'interaction parent-enfant pour cette famille. Le manque de sensibilité parentale et la faible réciprocité entre cette mère et cet enfant lors du post-test montrent que le passage du temps en l'absence d'une intervention n'a pas d'impact sur la qualité des échanges parent-enfant.

La distinction entre la famille (A) et la famille (B) sur la présence ou l'absence de changement dans la qualité des interactions parent-enfant entre le pré-test et post-test vient donc appuyer l'efficacité de l'intervention relationnelle. Bien qu'obtenues à partir de deux participants, les observations cliniques démontrent l'efficacité de notre intervention relationnelle pour favoriser la qualité des interactions parent-enfant et la sensibilité maternelle. À cet égard, nos observations concordent avec celles obtenues

dans d'autres études ayant utilisé des méthodes d'intervention similaire basées sur la théorie de l'attachement auprès de familles d'accueil (Dozier et al., 2002; Duschesne et al., 2006; Fisher et al., 2000; Moss et al., 2009) et de familles maltraitantes (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006; Moss et al., 2011). Toutefois, notre étude est la première à avoir considéré la qualité des échanges parent-enfant dans un contexte de jeu et à s'intéresser simultanément aux deux partenaires de la dyade.

Les enfants placés en famille d'accueil sont considérés comme une population à risque compte tenu de leur passé traumatisant avant leur placement et des défis associés à l'intégration dans une famille substitut. Tel qu'élaboré dans le contexte théorique, le lien entre l'enfant et le parent d'accueil est souvent difficile à s'établir convenablement, à cause des mauvais traitements subis par l'enfant dans sa famille d'origine. Une étude de Dozier en 1998, a montré que les parents d'accueil, sans s'en rendre compte, peuvent avoir tendance à répéter les schèmes interactionnels dysfonctionnels employés par l'enfant dans sa famille d'origine. Or, en démontrant son efficacité, notre intervention relationnelle suggère qu'il est possible de modifier le patron relationnel entre l'enfant placé et son parent d'accueil en permettant à ce dernier de mieux comprendre ce qui se passe pour l'enfant et de devenir plus sensible à ses besoins particuliers.

Afin de mieux comprendre les résultats obtenus, nous allons nous pencher sur les spécificités de l'intervention relationnelle employée dans cette étude. L'objectif premier de l'intervention est d'augmenter la sensibilité du parent d'accueil à l'égard de son

enfant afin d'optimiser la qualité des interactions dyadiques. Plus spécifiquement, l'intervention vise à favoriser une meilleure reconnaissance par le parent d'accueil des signaux émotionnels de l'enfant, de favoriser une disponibilité émotionnelle du parent d'accueil à l'égard des besoins de l'enfant (sécurité, affection, réconfort, encadrement, etc.), de favoriser une proximité physique et affective dans la dyade, d'aider la dyade à avoir une meilleure communication qui implique de la réciprocité dans les échanges ainsi que la réalisation d'activités dyadiques harmonieuses et plaisantes. Dans notre intervention, le jeu est choisi comme médium permettant d'offrir un moment de détente et de plaisir entre l'enfant et son parent, mais aussi pour observer les comportements de l'enfant et apprendre au parent à bien décoder ses signaux et ses besoins. De plus, le jeu offre un moment privilégié de communication et de coopération entre le parent et son enfant. Suite à l'activité de jeu libre, les rétroactions vidéo permettent au parent d'accueil d'observer concrètement les difficultés d'interaction avec son enfant, d'y réfléchir et de proposer des changements. L'intervenant renforce les comportements positifs du parent et aide le parent à réfléchir sur ce qu'il observe de son comportement et de celui de l'enfant. L'amélioration de la qualité des interactions pour la famille (A) suite à l'intervention peut s'expliquer par la rétroaction vidéo qui peut permettre au parent d'accueil de prendre conscience de certains enjeux à travailler, comme son insensibilité parentale, sa difficulté à considérer la perspective de l'enfant et à lui faire une place dans le jeu et sa difficulté à soutenir l'enfant lorsqu'il manifeste un inconfort. Les rencontres parent-enfant ont permis aussi au parent (A) d'essayer des manières différentes d'interagir avec son enfant pour que la dyade vive des interactions plus

harmonieuses. De plus, l'intervention relationnelle mise sur l'importance de valoriser toute attitude ou comportement du parent qui est positif pour l'enfant. Pour arriver à augmenter la sensibilité parentale, l'intervenant met l'accent sur les comportements adéquats du parent, ce qui permet de s'assurer que le parent intègre bien les notions abordées dans les rencontres d'intervention. Les techniques de renforcement permettent au parent de se sentir valorisé et plus enclin à faire des efforts et effectuer des changements dans sa relation avec l'enfant. Globalement, l'intervention relationnelle vise donc deux aspects : 1) aider le parent à mieux connaître les besoins de l'enfant placé et 2) développer un répertoire de comportement plus sensible chez le parent d'accueil.

### **Troubles de comportements intérieurisés**

Notre seconde hypothèse proposant que l'intervention relationnelle permette de diminuer la présence de comportements intérieurisés chez un enfant semble se confirmer bien que les résultats obtenus soient moins francs. En effet, on observe au pré-test pour l'enfant (A) la présence de comportements intérieurisés au-dessus du seuil clinique alors qu'au post-test, suite à l'intervention relationnelle, ces comportements se situent dans l'intervalle critique, mais non clinique. Plus précisément, il a été soulevé par la mère d'accueil qu'au départ l'enfant manifestait des changements rapides d'affect, était dérangé par les changements de routine et manifestait parfois de la panique. Bien que cette amélioration soit modeste, l'intervention relationnelle a permis à l'enfant (A) de diminuer légèrement sa réactivité émotive, son niveau d'anxiété et de comportement de

retrait par rapport à l'évaluation de départ. En ce qui concerne l'enfant (B), les observations montrent qu'au pré-test cet enfant présente certaines manifestations comportementales intérieurisées, mais à un niveau non clinique comparativement à l'enfant (A). Suite au passage du temps et à l'absence d'intervention relationnelle, on dénote une certaine stabilité des comportements intérieurisés chez l'enfant (B) puisque peu de changements significatifs ont été observés et même que certains comportements intérieurisés ont légèrement augmenté.

La distinction entre la famille (A) et la famille (B) sur la diminution des manifestations de comportements intérieurisés entre le pré-test et post-test vient donc appuyer notre deuxième hypothèse. A cet égard, notre étude est la première à observer qu'une intervention relationnelle tend à être utile pour aider au niveau des troubles intérieurisés. En effet, au plan théorique, nous savons que les représentations internes des enfants, qui influencent leur comportement, se forment sur une expérience quotidienne prolongée avec le parent (Bretherton, & Munholland, 1999). Nos résultats indiquent que l'intervention déclenche un processus de changement dans la dyade menant vers une relation parent-enfant plus harmonieuse et à moins de troubles intérieurisés chez l'enfant. Ce processus de changement s'amorcerait donc avec une augmentation de la sensibilité parentale et suggère l'hypothèse d'un effet médiateur de la qualité des interactions mère-enfant sur la diminution des comportements intérieurisés chez l'enfant.

Cette hypothèse est appuyée par nos observations cliniques des familles (A) et (B). En effet, nous notons qu'au pré-test la fillette a de la difficulté à exprimer ce qu'elle ressent à son parent dans le jeu mère-enfant et semble tout garder à l'intérieur d'elle. Ainsi, face aux difficultés de son parent à comprendre son anxiété et son inconfort à certains moments dans le jeu, cette fillette demeure anxiouse, inhibée et passive. Elle tente de se réguler par ses propres moyens, notamment en évitant d'exprimer ses émotions. Toutefois, au post-test, la fillette est moins inhibée lors de l'activité dyadique avec son parent d'accueil et elle présente beaucoup moins de signaux d'anxiété, ce qui témoigne d'une meilleure disponibilité parentale qui aide la fillette à développer de nouvelles stratégies d'autorégulation. Cette fillette apprend qu'elle peut se fier à autrui pour l'aider à se réguler. Contrairement à la fillette, le garçon peut, dès le pré-test, exprimer plus librement ses émotions à son parent ce qui est en lien avec le niveau plus faible de comportements intérieurisés observé par la mère d'accueil de cet enfant tant au pré-test qu'au post-test en comparaison avec la fillette. Ces observations montrent à quel point la capacité de l'enfant à exprimer ses émotions et ses besoins en présence de son parent est liée aux manifestations comportementales intérieurisées identifiées par le parent d'accueil. En lien avec cette idée, plusieurs études ont montré que c'est à travers une relation parent-enfant harmonieuse et réciproque que l'enfant apprend à réguler ses émotions et qu'il est alors moins susceptible de développer des troubles de comportement intérieurisés (Main et al., 1985; Moss et al., 1998; Tarabulsky et al., 1996; Turgeon et al., 2007; Van IJzendoorn, 1992). Nos résultats appuient donc l'hypothèse d'un effet médiateur de la qualité des interactions parent-enfant sur le changement dans

les comportements intérieurisés chez l'enfant, mais une étude empirique est nécessaire pour confirmer nos observations.

Bien que notre étude semble montrer une diminution des troubles intérieurisés chez l'enfant recevant l'intervention relationnelle, ces résultats ne sont pas aussi importants que ceux portant sur l'augmentation de la sensibilité parentale et de la qualité des interactions parent-enfant. Plusieurs hypothèses sont proposées pour expliquer l'effet modeste qui a été observé. Premièrement, l'intervention relationnelle utilisée dans le cadre de cette recherche ne vise pas directement les manifestations de troubles intérieurisés contrairement à d'autres études (Dozier et al., 2002; Fisher et al., 2000; 2007; Owen, 2007). Par exemple, Dozier et ses collègues (2002) aident les parents d'accueil à créer un environnement favorable pour que l'enfant puisse développer de meilleures capacités d'autorégulation émotionnelles. Similairement, des programmes d'intervention destinés aux parents d'accueil mettent l'emphasis sur des techniques éducatives et sur le soutien aux parents d'accueil pour diminuer les comportements intérieurisés (Fisher et al., 2007 ; Owen 2007). Ces études travaillant plus directement sur les comportements de l'enfant et sur l'aide aux parents plutôt que sur la qualité de l'interaction parent-enfant ont obtenu des résultats positifs sur la régulation émotionnelle des enfants placés.

Deuxièmement, il faut rappeler que nous n'avons pas réussi à trouver deux participants ayant un score identique au niveau des comportements intérieurisés au pré-

test. L'enfant (A) présentait plus de troubles intérieurisés que l'enfant (B) qui ne manifestait pas de comportements intérieurisés jugés cliniques. Il faut donc se demander si les changements auraient été similaires si l'enfant (A) avait présenté moins de difficulté au départ. Troisièmement, il est possible que nos résultats soient modérés par un effet de sexe. En effet, l'enfant (A) qui a davantage de troubles intérieurisés est une fille alors que l'enfant (B) qui en présente moins est un garçon. Dans la littérature, davantage de troubles intérieurisés sont observés chez les filles que chez les garçons (Goodman et al., 1998; Marcelli et al., 2009). Il est donc possible que le sexe de l'enfant ait pu interférer sur nos résultats et de futures recherches empiriques pourraient vérifier cette hypothèse en comparant l'efficacité de l'intervention relationnelle en fonction du sexe de l'enfant. Finalement, il est possible qu'un changement plus important dans la manifestation des comportements intérieurisés soit observable à plus long terme. En effet, nos observations au post-test de l'enfant (A) ont été réalisées une semaine après la fin de l'intervention relationnelle. L'auteur Cassidy (1999) affirme que de changer des manifestations comportementales nécessite un remaniement des représentations mentales et donc prend plus de temps à s'opérationnaliser.

Cet essai comporte des limites pour la plupart attribuables à sa visée clinique et exploratoire. Au plan méthodologique, l'utilisation d'études de cas a pour conséquences de limiter la généralisation de nos résultats. En effet, il est possible que ces deux dyades mère d'accueil-enfant placé ne soient pas représentatives de l'ensemble des familles d'accueil. Il serait nécessaire d'aller vérifier dans le temps à moyen terme si

l'amélioration de la sensibilité parentale demeure et si les troubles intérieurisés tentent à diminuer davantage. Il serait primordial de réévaluer les familles participantes après un délai de quelques mois et ce, pour plusieurs raisons. Il est attendu que la régulation émotionnelle de l'enfant change suite à l'intervention à condition que les comportements sensibles de la mère se maintiennent dans le temps. Il est donc nécessaire de réévaluer à la fois les comportements intérieurisés de l'enfant et les comportements sensibles de la mère afin de vérifier cette hypothèse. Il serait aussi intéressant d'évaluer si les comportements de sensibilité parentale qui se maintiennent dans le temps favorisent l'adaptation émotionnelle et comportementale de l'enfant. Un modèle de médiation mériterait d'être testé empiriquement pour vérifier si un changement dans les interactions viendrait expliquer la diminution des troubles intérieurisés suite à l'intervention relationnelle. L'utilisation d'une approche empirique pour analyser les comportements de sensibilité maternelle à différentes périodes développementales et pour en mesurer l'impact sur le développement de la capacité d'autorégulation des enfants placés est souhaitable. Lorsque les données seront disponibles pour l'échantillon complet, il sera intéressant de valider empiriquement les observations obtenues dans le cadre de cet essai.

La méthode de recherche utilisée comporte également des forces. En effet, pour cet essai nous avons eu recourt à l'utilisation d'une mesure observationnelle réalisée par des évaluateurs experts indépendants jumelés à un inventaire de comportement rempli par le parent d'accueil et possédant d'excellentes qualités psychométriques. Ces méthodes

d'évaluation différentes permettent d'obtenir des visions complémentaires des dyades évaluées. Aussi, l'utilisation d'un devis expérimental avec des évaluations pré-test-post-test et le fait que les participants pour l'essai ont été sélectionnés au hasard d'après nos critères de sélection et non en fonction des résultats attendus permettent d'assurer une meilleure validité des résultats obtenus. Enfin, l'analyse descriptive permet une observation plus fine de ce qui se passe pour les deux participants et contribue à documenter les liens entre les différentes variables à l'étude.

## **Conclusion**

Les résultats cliniques de cette étude de cas, permettent d'approfondir nos connaissances sur le besoin des enfants placés et des parents qui les accueillent. Premièrement, l'intervention relationnelle auprès de famille d'accueil se montre efficace pour augmenter la sensibilité parentale et améliorer la qualité d'interaction parent-enfant. Notre étude suggère que l'intervention relationnelle pourrait aussi être efficace pour aider l'enfant à avoir une meilleure régulation émotionnelle.

La possibilité pour l'enfant de recourir à un parent d'accueil qui l'aide à réguler ses émotions est importante pour qu'il puisse explorer son environnement à son aise. L'intervention relationnelle a permis à la mère d'accueil de mieux comprendre l'importance d'une relation de réciprocité en adoptant une meilleure communication et un rôle de soutien auprès de l'enfant placé pour qu'il puisse développer sa capacité d'autorégulation émotionnelle.

À cet égard, nous concluons que le programme d'intervention relationnelle semble bien fonctionner avec les familles d'accueil ayant un enfant placé présentant des difficultés de régulation émotionnelle et comportementale. À la lumière des résultats cliniques obtenus auprès de deux dyades, il serait intéressant de poursuivre avec d'autres enfants pour approfondir le concept de sensibilité parentale et d'en vérifier plus concrètement l'impact sur la régulation émotionnelle des enfants. Au niveau clinique,

nous croyons que divers intervenants pourraient s'appuyer sur l'intervention relationnelle pour accroître la capacité des parents à être sensible et chaleureux dans leurs interactions avec leur enfant afin de favoriser le développement de leur régulation émotionnelle. Nous croyons qu'il est important d'intervenir dès le départ au niveau de la relation entre le parent d'accueil et l'enfant placé afin d'éviter que les problématiques comportementales et affectives, souvent présentes au moment du placement, perdurent dans le temps. Nous sommes donc d'avis que les Centres Jeunesse pourraient bénéficier d'intégrer une telle intervention à leur offre de service, celle-ci permettant d'outiller les intervenants à mieux observer les enjeux relationnels et d'intervenir directement sur ceux-ci. Une équipe d'intervenants pourraient être formée afin d'offrir et d'appliquer ce programme d'intervention auprès des parents d'accueil, et ce systématiquement à toutes les nouvelles familles d'accueil qui reçoivent un jeune enfant. Ceci permettrait aux parents d'accueil d'être mieux outillés pour faire face aux difficultés relationnelles que l'enfant placé peut présenter et leur permettre de persévéérer dans leur rôle de parent d'accueil, un indicateur de la réussite du placement. En agissant à titre préventif, une telle intervention s'assurerait de mettre en place des fondations solides entre le parent d'accueil et l'enfant placé soit de développer une relation harmonieuse, réciproque et basée sur la confiance mutuelle.

## Références

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, N. J: Erlbaum.
- Bakermans-kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-Analyses of sensitivity and Attachment Intervention in Early Childhood, *Psychol Bull*, 129 (2), 195-215.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13 (4), 544-559.
- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse. Association des Centres Jeunesse du Québec, Gouvernement du Québec, 2009.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: vol. II. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: vol. III: Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Violence in the family as disorder of the attachment and caregiving systems. *American Journal of Psychoanalysis*, 44, 9-27, 29-31.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes to age. *Am. J. Psychiatry* 145, 1-10.
- Bowlby, J. (1989). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brand, A.E., & Brinich, P.M. (1999). Behavior Problems and Mental Health Contacts in Adopted, Foster, and Nonadopted Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (8), 1221-1229.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In. Bretherton, I. & Waters, E. (Eds.), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 3-38.
- Carlson, E.A., & Sroufe, L.A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 1, 581-617.

- Cardinal, G., Zdebik, M.A., Moss, E., Bernier, A., Tarabulsy, G.M., & St-Laurent, D. (2008). Une intervention relationnelle pour optimiser la sécurité d'attachement chez les enfants placés en famille d'accueil visant l'adoption. *L'infirmière clinicienne*, 5 (2).
- Cassidy, J., & Shaver, P.R. (1999). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Chamberlain, P., Moreland, S., & Reid, K. (1992). Enhanced services and stipends for foster parents: Effects on retention rates and outcomes for children. *Child Welfare Journal*, 71, 387-401.
- Chase, K., Mcclough, S., & Dozier, M. (2004). Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviors during the first 2 month of placement. *Development and Psychopathology*, 16, 253-271.
- Choate, M.L., Pincus, D.B., Eyberg, S.M., & Barlow, D.H. (2005). Parent-Child Interaction Therapy for Treatment of Separation Anxiety Disorder in Young Children: A Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12 (1), 126-135.
- Cole, S.A. (2005). Infants in foster care: Relational and environmental factors affecting attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 43-61.
- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2008). Les conversations mère-enfant et l'attachement des enfants à la période préscolaire. *Canadian Journal of Science*, 40, (3), 140-152.
- Dozier, M., Albus, K., Fisher, P.A., & Sepulveda, S. (2002). Interventions for Foster Parents: Implications for developmental theory. *Development and Psychopathology*, 14, 843-860.
- Dozier, M., Higley, E., Albus, K.E., & Nutter A. (2002). Une intervention auprès des parents d'accueil visant à répondre à trois besoins les plus critiques des jeunes enfants placés. *PRISME*, 38, 50-65.
- Dozier, M., Lindhiem, O., Lewis, E., Bick J. Bernard K., & Peloso, E. (2009). Effects of a Foster Parent Training Program on Young Children's Attachment Behaviors: Preliminary Evidence from a Randomized Clinical Trial. *Child & Adolescent Social Work*, 26, 321-332.
- Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M.K., Manni, M., & Sepulveda, S. (2006). Developing Evidence-Based Interventions for Foster Children: An Example of a Randomized Clinical Trial with Infants and Toddlers. *Journal of Social Issues*, 62 (4), 767-785.

- 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* (5), 1467-1477.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Moss, E., & St-Laurent, D. (2008). Le rôle des conversations mère-enfant dans le développement des représentations d'attachement à la période scolaire. *Enfance, 1* (60), 71-82.
- Duchesne, D., Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2006). La théorie de l'attachement comme outil d'intervention auprès des parents d'accueil et des enfants placés. *Revue Prisme, 46*, 92-109.
- Dumas J. (2008). *L'enfant anxieux : comprendre la peur de la peur et redonner courage.* Bruxelle : Éditions De Boeck Université.
- Fisher, P.A., & Chamberlain, P. (2000). Multidimensional treatment foster care: A program for intensive parenting, family support, and skill building. *Journal of Emotional and Behavior Disorders, 8*, 155-164.
- Fisher, P.A., & Kim, H.K. (2007). Intervention effects on foster preschoolers' attachment-related behaviors from a randomized trial. *Prevention Science, 8* (2), 161-170.
- Goldwyn, R., Stanley, C., Smith, V., & Green, J. (2000). The Manchester Child Attachment Story Task: Relationship with parental AAI, SAT and child behaviour. *Attachment & Human Development, 2* (1), 71-84.
- Green, J., & Goldwyn, R. (2002). Attachment disorganization and psychopathology: New finding in attachment research and their potential implications for development psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 835-843.
- Hart, A., & Thomas, H. (2000). Controversial attachments: The indirect treatment of fostered and adopted children via Parent Co-Therapy. *Attachment & Human Development, 2* (3), 306-327.
- Jacobson, S.W., & Frye, K.F. (1991). Effect of maternal social support on attachment: Experimental evidence. *Child Development, 62*, 572-582.
- Juffer, F., Hoksbergen, R.A.C., Riksen-Walraven, J.M.A., & Kohnstamm, G.A. (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 1039-1050.

- Kearney, C.A., Sims, K.E., Pursell, C.R., & Tillotson, C. A. (2003). Separation Anxiety Disorder in Young Children: A Longitudinal and Family Analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32 (4), 593-598.
- Kenrick, J. (2000). 'Be a kid': The traumatic impact of repeated separations on children who are fostered and adopted. *Journal of Child Psychotherapy*, 26 (3), 393-412.
- Kenrick, J., Lindsey, C., Tollemache, L. (2006) *Creating new families: therapeutic approaches to fostering, adoption, and kinship care*. Great Britain: Karnac.
- Lafrenière, P.J., Dubeau, D., Janosz, M., & Capuano, F. (1990). Profil socio-affectif de l'enfant d'âge préscolaire. *Revue Canadienne de psycho-Education*, 19 (1), 23-41.
- Lawrence, C.R., Carlson, E.A., & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18 (1), 57-76.
- Le Groupe de travail « Classification diagnostique » (1998). *Classification diagnostique de 0 à 3 ans : classification diagnostique des troubles de la santé mentale et du développement de la première et de la petite enfance*. Genève : Médecine et hygiène. (monographie).
- Lee, R.E., & Whiting, J.B. (2007). Foster children's expressions of ambiguous loss. *American Journal of Family Therapy*, 35 (5), 417-428.
- Leibowitz, J., Ramos-Marcuse, F., & Arsenio, W.F. (2002). Parent-child emotion communication, attachment, and affective narratives. *Attachment & Human Development*, 4 (1), 55-67.
- Lieberman, A.F., Weston, D.R., & Pawl, J.H. (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 62, 199-209.
- Lindhiem, O., & Dozier, M. (2007). Caregiver commitment to foster children: The role of child behavior. *Child Abuse & Neglect*, 31 (4), 361-374.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2009). *Enfance et psychopathologie*. Paris: Elsevier Masson.
- Marcus, R.F. (1991). The attachments of children in foster care. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 117 (4), 365-394.
- McNeil, C.B., Herschell, A.D., Gurwitch, R.H., & Clemens-Mowrer, L. (2005). Training foster parents in parent-child interaction therapy. *Education & Treatment of Children*, 28 (2), 182-196.

- McWey, L.M. (2004). Predictors of attachment styles of children in foster care: An attachment theory model for working with families. *Journal of Marital & Family Therapy, 30* (4), 439-452.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., & Halfon, O. (2003). Investigation des modèles internes opérants chez le bébé et chez l'adulte. *Devenir, 15* (2), 143-177.
- Millward, R., Kennedy, E., Towlson, K., & Minnis, H. (2006). Reactive attachment disorder in looked-after children. *Emotional & Behavioural Difficulties, 11* (4), 273-279.
- Moss, E., Smolla, N., Guerra, I., Mazzarello, T., Chayer, D., & Berthiaume, C. (2006). Attachement et problèmes de comportements intérieurisés et extérieurisés auto-rapportés à la période scolaire. *Canadian Journal of Behavioural Science, 38* (2), 142-157.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Carignan, M., & St-André, M. (2009). *Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et le développement moteur et cognitif des enfants placés en famille d'accueil*. Conseil Canadien sur l'apprentissage.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G., M., St-Laurent, D., & Bernier, C. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and psychopathology*.
- Mouren-Siméoni, M.C., Vila, G., & Vera, L. (1993). *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Editions Maloine.
- Oosterman, M., Schuengel, C. (2008). Attachment in foster children associated with caregivers' sensitivity and behavioral problems. *Infant Mental Health Journal, 29* (6), 609-623.
- Owen, P.L. (2007). *Fostering preschooler attachment and development through a relationship-based group parent-training program*. ProQuest Information & Learning.
- Peleg, O., Halaby, E., & Whaby, E. (2006). The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Journal of Anxiety Disorders, 20* (8), 973-995.

- Piché, G., Bergeron, L., & Cyr, M. (2008). Transmission intergénérationnelle des troubles intérieurisés : modèle théorique et recherches empiriques. *Canadian Psychology, 49* (4), 309-322.
- Rapport annuel du Centre Jeunesse de la Mauricie et du centre du Québec. Gouvernement du Québec, 2009.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005). Providing a secure base: Parenting children in long-term foster family care. *Attachment & Human Development, 7* (1), 3-25.
- Servant, D. (2005). *L'enfant et l'adolescent anxieux : les aider à s'épanouir*. Paris : Odile Jacob.
- Shouldice, A.E., & Stevenson-Hinde, J. (1992). Coping with security distress: The Separation Anxiety Test and attachment classification at 4.5 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33* (2), 331-348.
- Simard M, Vachon J, & Bérubé S. (1998). *Les familles d'accueil pour les jeunes en difficulté au Québec. Étude comparative des familles spécifiques et non-spécifiques*. Québec : Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development, 7*, 349-367.
- St-Laurent, D., Larin, S., Tarabulsky, G.M., Moss, E., Bernier, A., Dubois-Comtois, K., & Cyr, C. (2008). Intervenir auprès de familles vulnérables selon les principes de la théorie de l'attachement. *L'infirmière clinicienne, 25* (2), 22-29.
- Stovall K.C., Dozier M. (1998). Infants in Foster Care: An Attachment Theory Perspective. *Adoption Quarterly, 2* (1), 55-88.
- Stovall K.C., Dozier M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for ten foster infants. *Development & Psychopathology, 9*, 133-156.
- Tarabulsky, G.M., Tessier, R. (1996). *Le développement émotionnel et social de l'enfant*. Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Turgeon, L., Gendreau, P.L. (2007). *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. Troubles du développement psychologique et des apprentissages* : Solar.

- Van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J., (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Van IJzendoorn, M.H., Vereijken, C.M.J.L. Bakermans-Kranenburg, M.J., & Riksen-Walraven, M. (2004). Assessing attachment security with Attachment Q-short : Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development*, 75, 1188-1213.
- Zetlin, A., Weinberg, L., & Kimm, C. (2004). Improving Education Outcomes for Children in Foster Care: Intervention by an Education Liaison. *Journal of Education for Students Placed at Risk*, 9 (4), 421-429.