

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  
ANNE-SOPHIE LANCTOT

ÉVALUATION MULTIPLE DE L'ATTACHEMENT AUPRÈS D'ENFANTS  
VICTIMES DE MALTRAITANCE ET PLACÉS EN FAMILLE D'ACCUEIL

AVRIL 2017

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**

**Cet essai de 3<sup>e</sup> cycle a été dirigé par :**

---

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

**Jury d'évaluation de l'essai :**

---

Karine Dubois-Comtois, Ph.D.      Université du Québec à Trois-Rivières

---

Tristan Milot, Ph.D.      Université du Québec à Trois-Rivières

---

Geneviève Pagé, Ph.D.      Université du Québec en Outaouais

## Sommaire

La maltraitance se définit comme un traumatisme interpersonnel chronique présent dans la relation entre l'enfant et son pourvoyeur de soins et ayant de nombreux effets préjudiciables à long terme (Dozier & Rutter, 2008; Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010). Parmi l'ensemble des conséquences néfastes de la maltraitance, la compromission du développement d'une sécurité d'attachement est retrouvée, puisqu'il s'agit de la façon même de développer un lien d'attachement qui est compromise chez ces enfants (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006; Main & Hesse, 1990). Parallèlement à cette conception développementale de l'attachement, une condition psychiatrique a été proposée suite à l'étude d'enfants hautement carencés : le trouble de l'attachement (Chisholm, Carter, Ames, & Morison, 1995; Rutter et al., 2007). Dans le présent travail, le premier objectif est d'évaluer la fréquence de chaque patron d'attachement chez les enfants placés et de comparer entre elles les différentes mesures d'attachement. Le deuxième objectif consiste à vérifier si les différentes mesures d'attachement peuvent être associées au vécu antérieur de l'enfant et de son placement (types de maltraitance vécus, âge au moment du placement actuel, nombre de placements vécus et temps du placement actuel). Finalement, le dernier objectif est d'observer si les comportements sociaux désinhibés de l'enfant apparentés à la symptomatologie d'un des troubles de l'attachement sont associés aux mesures d'attachement et au vécu antérieur de l'enfant. Afin d'atteindre ces objectifs, un échantillon composé de dix enfants (sept garçons, trois filles) d'âge préscolaire et leurs familles d'accueil a été recruté. Les enfants sont tous

placés et ont vécu diverses formes de mauvais traitements dans leur milieu familial d'origine. Les comportements d'attachement ont été évalués grâce à la procédure séparation-réunion, les représentations d'attachement par les récits d'attachement et les comportements sociaux désinhibés par l'entremise d'un questionnaire complété par la mère d'accueil. Les résultats obtenus nous montrent une prédominance de comportements d'attachement sécurisants et de représentations d'attachement apeuré. Ce résultat suggère que les représentations d'attachement sont plus difficilement modifiables suite au placement en famille d'accueil. Concernant le deuxième objectif, les caractéristiques de l'enfant et de son placement ne semblent pas associées aux comportements d'attachement, mais la qualité des représentations d'attachement semble être moindre chez les enfants ayant vécus plusieurs types de maltraitance de manière concomitante et chez ceux ayant été placés dans leur famille actuelle plus tardivement. Finalement, concernant le troisième objectif, il semble que les enfants manifestant des comportements de proximité aux étrangers aient plus fréquemment des représentations d'attachement désorganisé et, dans une moindre mesure, des comportements désorganisés. Ils ont aussi proportionnellement vécu plusieurs types de maltraitance de manière concomitante. Concernant le facteur d'éloignement du donneur de soins, les fréquences à chacune des variables de l'étude ne permettent pas d'illustrer de tendance. De manière générale, les résultats de cet essai mettent en lumière l'importance d'évaluer plusieurs dimensions de l'attachement des enfants placés en famille d'accueil afin de mieux discriminer leurs besoins sur le plan relationnel et de proposer aux familles d'accueil des interventions plus adaptées à leurs besoins.

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Liste des tableaux .....	ix
Remerciements .....	x
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	6
La maltraitance .....	7
Types de maltraitance .....	8
Mesures de protection .....	11
Le placement de l'enfant en famille d'accueil .....	12
Caractéristiques des enfants placés .....	13
Conséquences de la maltraitance .....	15
La théorie de l'attachement.....	21
Développement du lien d'attachement.....	22
La sécurité d'attachement .....	23
Les attachements insécurisants .....	25
Le développement de l'attachement insécurisant-évitant .....	25
Le développement de l'attachement insécurisant-ambivalent .....	27
La désorganisation de l'attachement.....	29
Origines des comportements de désorganisation de l'enfant.....	33
Les représentations d'attachement.....	35
L'évaluation des représentations d'attachement.....	37

Attachement et maltraitance .....	40
Les comportements d'attachement d'enfants maltraités.....	40
Les comportements d'attachement des enfants placés en famille d'accueil.....	42
Les représentations d'attachement d'enfants maltraités .....	46
Les représentations d'attachement des enfants placés en famille d'accueil.....	49
Trouble de l'attachement .....	50
Définition du DSM-IV-TR .....	51
Définition du DSM-5 .....	52
Trouble réactionnel de l'attachement .....	53
Trouble de l'engagement social désinhibé.....	53
Le trouble de l'attachement chez l'enfant maltraité .....	56
Le trouble de l'attachement chez les enfants placés .....	56
Objectifs .....	59
Méthode.....	63
Participants.....	64
Déroulement.....	68
Instruments de mesure .....	69
Comportements d'attachement .....	69
Représentations d'attachement .....	73
Comportements sociaux désinhibés.....	75
Données sur le placement .....	76

Résultats .....	77
Fréquence des comportements et représentations d'attachement .....	78
Les patrons d'attachement comportementaux .....	78
Les représentations d'attachement .....	79
Lien entre les représentations d'attachement et les comportements d'attachement.....	80
Les comportements sociaux désinhibés .....	81
Lien entre les comportements sociaux désinhibés et les patrons d'attachement comportementaux .....	84
Lien entre les comportements sociaux désinhibés et les représentations d'attachement .....	86
Lien entre l'attachement et le type de maltraitance .....	88
Attachement et variables liées au placement .....	92
Attachement et âge au moment du placement actuel.....	93
Attachement et temps de placement actuel.....	96
Attachement et nombre de placements .....	99
Discussion .....	103
Évaluation des comportements et représentations d'attachement.....	104
Les patrons d'attachement comportementaux .....	105
Les représentations d'attachement.....	109
Comparaison entre les représentations d'attachement et les comportements d'attachement.....	111
L'attachement et les caractéristiques de l'enfant et de son placement .....	115
Attachement et types de maltraitance vécus .....	115

Attachement et variables liées au placement .....	117
L'âge au moment du placement actuel .....	117
Le temps de placement .....	119
Le nombre de placements vécus .....	120
Les comportements sociaux désinhibés de l'enfant.....	122
Comportements sociaux désinhibés et mesures d'attachement .....	123
Les comportements sociaux désinhibés et les caractéristiques de l'enfant et du placement .....	127
Les comportements sociaux désinhibés et les expériences de maltraitance .....	128
Les comportements sociaux désinhibés et les variables liées au placement .....	129
Limites et contributions .....	133
Conclusion .....	138
Références .....	142
Appendice. Questionnaire sur le comportement social de votre enfant.....	160

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Fréquence des différentes situations ayant mené au placement de l'enfant.....	66
2	Caractéristiques des familles d'accueil et variables liées au placement de l'enfant .....	68
3	Patron d'attachement secondaire selon le patron d'attachement primaire .....	79
4	Représentations d'attachement selon les patrons comportementaux d'attachement .....	81
5	Analyse factorielle du questionnaire évaluant les comportements sociaux désinhibés de l'enfant.....	83
6	Associations entre les comportements sociaux désinhibés et les patrons d'attachement .....	85
7	Associations entre les résultats aux facteurs et les représentations d'attachement .....	87
8	Patrons comportementaux et représentations d'attachement selon les types de maltraitance vécus .....	89
9	Résultats de l'analyse factorielle en fonction du type de maltraitance .....	91
10	Fréquences en fonction des variables liées au placement (âge au moment du placement, temps de placement et nombre de placements) .....	93
11	Patrons comportementaux et représentations d'attachement selon l'âge au moment du placement actuel.....	94
12	Associations entre les résultats aux facteurs et l'âge au moment du placement .....	96
13	Patrons comportementaux et représentations d'attachement selon le temps de placement actuel .....	97
14	Association entre les résultats aux facteurs et le temps de placement .....	99
15	Patrons comportementaux et représentations d'attachement selon le nombre de placements vécus .....	100
16	Associations entre les résultats aux facteurs et le nombre de placements .....	102

## **Remerciements**

C'est avec grande fierté que je rédige ces dernières lignes, marquant ainsi la fin de mon parcours universitaire. La rédaction de cet essai doctoral fut un long parcours ponctué d'embûches et de déceptions tout en me permettant de développer ma rigueur scientifique et ma persévérance au travail. De plus, l'étude approfondie de ce sujet qui me tient à cœur m'a permis de faire des liens avec l'application clinique de la psychologie et d'ainsi perfectionner ma compréhension clinique. Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnées et encouragées dans la réalisation de ce projet.

Je désire tout d'abord remercier chaleureusement ma directrice de recherche, Karine Dubois-Comtois. Je la remercie grandement pour sa disponibilité et le support qu'elle m'a offert tout au long de mon parcours. Je la remercie également pour la grande confiance qu'elle m'a donnée à travers les différentes activités cliniques et de recherche qu'elle m'a confiée. Merci Karine de m'avoir encouragée tout au long de mon parcours doctoral et aussi de m'avoir ramenée sur le droit chemin lorsque je me fixais des objectifs irréalistes.

Je suis également grandement reconnaissante du travail effectué par mes collègues doctorantes qui ont travaillé à la collecte des données utilisées dans ce projet. Sans leur disponibilité et leur travail rigoureux, le présent essai n'aurait pas pu être réalisé. Je tiens également à remercier le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec et les

diverses familles d'accueil ayant accepté de participer à ce projet de recherche pour leur collaboration.

Je tiens également à remercier mes amis et collègues doctorants qui m'ont soutenue dans toutes les étapes de la rédaction de ce travail. Votre appui et le partage de nos expériences mutuelles de rédaction m'a grandement encouragée et m'a permis de maintenir un niveau de motivation suffisant pour atteindre mon objectif final.

Un énorme merci également à ma famille qui m'a encouragée tout au long de mon parcours universitaire. Merci à mes parents d'avoir été un modèle de réussite et de m'avoir montré que les efforts portent fruit. Merci également à mon frère qui m'a donné un bel exemple de persévérance et qui démontre à chaque année l'importance de croire en ses rêves. Je remercie également la famille Cloutier-Marois, cette dernière ayant facilité mon parcours doctoral en m'offrant un foyer chaleureux et soutenant. Merci à vous de m'avoir permis de compléter mes études en toute quiétude. Je ne peux également pas terminer ce travail sans remercier la famille Martineau-Dubuc, ma belle-famille.

En terminant, j'aimerais grandement remercier mon conjoint et mon partenaire de vie. Sans ton support, tes encouragements et ta patience, mon parcours universitaire aurait été beaucoup plus ardu et moins réjouissant. Tu m'as soutenue à travers toutes les étapes ayant mené à l'accomplissement de ce travail et tu as toujours réussi à me

redonner le sourire lorsque je n'en voyais plus la fin. Merci mon amour d'avoir cru en moi.

## **Introduction**

La maltraitance est une situation de compromission que l'enfant vit quotidiennement au sein de sa relation avec son pourvoyeur de soins primaire. En 2014-2015, la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) a traité 86 861 signalements de mauvais traitements envers les enfants. De ce chiffre, il y en a 34 693 qui ont été retenus (ACJQ, 2015). Les conséquences de la maltraitance sont à plusieurs niveaux : biologique, psychologique, comportemental, relationnel, social, cognitif et affectif (Becker-Weidman, 2009). Afin de protéger l'enfant des mauvais traitements qui lui sont infligés, la protection de la jeunesse préconise diverses interventions. L'une d'entre elles consiste à placer l'enfant dans un milieu familial substitut. Malgré que le placement en famille d'accueil ait des effets positifs sur diverses facettes du fonctionnement de l'enfant, la capacité de ce dernier à développer une relation d'attachement sécurisante demeure grandement compromise.

L'attachement se définit comme le lien affectif se développant entre un enfant et son donneur de soins (Bowlby, 1978). Ce lien se développe suite à des interactions répétées avec un donneur de soins spécifique. Ces interactions permettent à l'enfant d'organiser ses comportements en fonction de la disponibilité de son donneur de soins (Carlson, Sampson, & Sroufe, 2003; Sroufe & Waters, 1977). Puisque ces comportements se répètent d'une situation à l'autre, ceux-ci sont sous-tendus par des modèles représentationnels d'attachement (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985).

Chez l'enfant maltraité, le développement d'une relation d'attachement sécurisante est compromis, puisque l'enfant est constamment pris au cœur d'un paradoxe où sa figure d'attachement est à la fois source de détresse et de réconfort (Hesse & Main, 2006; Prior & Glaser, 2010; van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Chez l'enfant placé, un facteur de risque supplémentaire s'ajoute, puisqu'en plus d'avoir dans la majorité des cas vécu des mauvais traitements dans son milieu familial d'origine, ce dernier vit une coupure dans son lien d'attachement avec son parent naturel (Dozier, Stovall, Albus, & Bates, 2001). Donc, il s'agit de la façon même de développer un lien d'attachement qui est compromise, puisque l'enfant placé est de nouveau confronté à la tâche de créer une nouvelle relation d'attachement avec son parent d'accueil.

Au fil du temps, plusieurs études se sont intéressées à la qualité de l'attachement d'enfants ayant vécu de la maltraitance et qui ont été placés dans un milieu familial substitut (Ackerman & Dozier, 2005; Bovenschen et al., 2015; Dozier et al., 2001; van den Dries, Juffer, van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2009; van IJzendoorn et al., 1999). Dans ces études, l'attachement est mesuré en utilisant des mesures observationnelles ou représentationnelles des patrons d'attachement. Ces deux mesures sont-elles équivalentes? Permettent-elles de saisir de la même façon les enjeux d'attachement de ces enfants? Sauf erreur, seule une étude s'est penchée à ce jour sur l'adéquation des mesures d'attachement chez des enfants pour qui la relation d'attachement constitue un défi développemental majeur (Bovenschen et al., 2015). Les

résultats de cette étude démontrent que les comportements et les représentations d'attachement sont indépendants les uns des autres alors que la sécurité des comportements et des représentations d'attachement n'est pas liée. Par ailleurs, ces chercheurs ont observé chez ces enfants des scores moyens de sécurité d'attachement comportemental (évalués à l'aide du Q-sort d'attachement) plus faibles que ceux obtenus dans des études réalisées sur des échantillons à faible risque. D'un autre côté, les scores moyens de sécurité et d'ambivalence des représentations d'attachement ce sont avérées similaires à ceux obtenus dans des échantillons normatifs contrairement aux scores moyens de désorganisation qui, pour leur part, ont été plus élevés dans l'échantillon d'enfants placés.

Parallèlement, des chercheurs se sont intéressés aux enfants vivant en institution et ont découvert qu'ils avaient des particularités au niveau de leur attachement. Le terme *trouble de l'attachement* a été proposé afin de décrire leur mode relationnel (Chisholm et al., 1995; Rutter et al., 2007). Puisque cette condition psychiatrique est diagnostiquée chez les enfants hautement carencés et ayant vécu de nombreuses ruptures de lien, les chercheurs ont commencé à s'intéresser aux manifestations comportementales de ce trouble chez les enfants placés (Oosterman & Schuengel, 2008; Smyke et al., 2012; Zeanah et al., 2004; Zeanah & Smyke, 2008). Toutefois, peu de travaux ont tenté de lier cette problématique aux mesures d'attachement ainsi qu'au vécu antérieur de l'enfant (types de maltraitance, temps de placement actuel, âge au moment du placement et

nombre de placements vécus). L'étude approfondie de ce trouble chez cette population permettrait d'avoir une image plus complète de leurs besoins d'attachement.

L'objectif de ce travail visera à poursuivre l'évaluation de l'attachement des enfants placés en ayant recours à différents instruments de mesure afin d'identifier les spécificités liées à chacune d'elles. Le présent travail tentera de répondre à la question suivante : Quelles sont les particularités associées aux différentes mesures d'attachement lorsqu'elles sont utilisées auprès d'enfants placés en famille d'accueil?

## **Contexte théorique**

La première section de cet essai est composée de cinq sous-sections et présente l'état des connaissances concernant la maltraitance, le placement de l'enfant en famille d'accueil, la théorie de l'attachement, l'attachement et la maltraitance ainsi que le trouble de l'attachement. Les objectifs ainsi que les hypothèses de recherche seront présentées à la fin de cette section.

### **La maltraitance**

La maltraitance, qui constitue une situation traumatisante pouvant se présenter de manière chronique, se définit comme la commission ou l'omission d'actions par les donneurs de soins qui ont un impact néfaste sur la sécurité, le développement, le bien-être et l'épanouissement de l'enfant (Milot et al., 2010). Le phénomène de la maltraitance ne peut être décrit de façon dichotomique étant donné sa complexité et la multitude de facteurs pouvant le caractériser. En effet, il existe plusieurs formes de maltraitance, toutes étant susceptibles de faire l'objet d'une intervention de la protection de la jeunesse. La négligence, l'abus physique, l'abus sexuel et les mauvais traitements psychologiques représentent les différentes formes de maltraitance aux enfants (Gouvernement du Québec, 2013). Également, la protection de la jeunesse intervient auprès d'enfants aux prises avec un trouble de comportement sérieux ou encore dans des situations d'abandon parental, malgré que ces contextes ce ne soient pas considérés directement comme de la maltraitance (Gouvernement du Québec, 2013). Par ailleurs,

plus de la moitié des enfants maltraités vivraient plusieurs formes de maltraitance simultanément (Cicchetti & Rogosch, 2001; Cicchetti, Rogosch, Gunnar, & Toth, 2010; Milan & Pinderhughes, 2000; Stronach et al., 2011). En effet, entre 5 et 8 % des enfants victimes de maltraitance n'auraient été qu'abusés physiquement et entre 3 et 5 % des enfants n'auraient été qu'abusés sexuellement (Cicchetti & Rogosch, 2001; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001).

### **Types de maltraitance**

La négligence se définit par l'incapacité d'un parent à répondre aux besoins fondamentaux d'un enfant aux plans physique (alimentation, habillement, hygiène, logement et soins médicaux), moral ou éducationnel (exposition à des activités criminelles, scolarisation défaillante ou absente) et au niveau de la supervision (laisser l'enfant seul ou avec des adultes dangereux, exposition à des armes à feu) (Cicchetti & Rogosch, 2001; Gouvernement du Québec, 2013). La négligence ou le risque sérieux de négligence représente 35,5 % des signalements retenus par la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) lors de l'année 2014-2015 au Québec, soit 12 321 allégations (ACJQ, 2015).

L'abus physique consiste à infliger des blessures physiques à un enfant de manière intentionnelle ou à user de méthodes éducatives déraisonnables alors que les parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour faire cesser la situation de compromission (Gouvernement du Québec, 2013). Les blessures infligées à l'enfant peuvent être

mineures et temporaires ou peuvent causer des séquelles permanentes. Brûler, étouffer, fracturer des os et battre l'enfant jusqu'à lui causer des ecchymoses sont des exemples de comportements considérés comme étant de l'abus physique (Cicchetti & Rogosch, 2001). Lors de l'année 2014-2015 au Québec, les cas d'abus physique ou de risque sérieux d'abus physique représentaient 30,2 % des signalements retenus par la DPJ, soit 10 466 allégations (ACJQ, 2015).

L'abus sexuel se produit lorsqu'un adulte tente un contact sexuel ou a un contact sexuel avec un enfant afin de se faire plaisir sexuellement ou de retirer un bénéfice financier de ce contact. Dans de telles situations, les parents de cet enfant ne prennent pas les moyens nécessaires pour faire cesser la situation de compromission (Gouvernement du Québec, 2013). Les actions considérées comme un abus sexuel comprennent l'exposition à du matériel pornographique ou à une relation sexuelle entre deux adultes, toucher ou caresser les organes génitaux de l'enfant, tenter une pénétration, forcer des rapports sexuels et encourager l'enfant à pratiquer des activités de prostitution (Cicchetti & Rogosch, 2001). Lors de l'année 2014-2015 au Québec, les cas d'abus sexuel ou de risque sérieux d'abus sexuel représentaient 9,7 % des signalements retenus par la DPJ, soit 3378 dénonciations (ACJQ, 2015).

La maltraitance émotionnelle survient lorsqu'un parent ou toute autre personne contrecarre considérablement les besoins émotionnels de base d'un enfant qui lui permettent de se sentir en sécurité, de développer une estime de soi positive et de

développer son autonomie (Cicchetti & Rogosch, 2001). De plus, lorsqu'il est question de maltraitance émotionnelle, les parents ne prennent pas les moyens qu'il faut pour faire cesser la situation de compromission. Des exemples de comportements représentant de la maltraitance émotionnelle envers un enfant incluent le dénigrer ou le ridiculiser, le réprimander de manière inappropriée, l'enfermer dans un endroit clos, lui parler de suicide ou d'homicide et le rejeter affectivement (Gouvernement du Québec, 2013). La maltraitance émotionnelle, lors de l'année 2014-2015 au Québec, représentait 14,5 % des signalements retenus, soit 5 016 allégations (ACJQ, 2015).

De plus en plus, l'exposition à la violence conjugale est considérée comme étant une forme indirecte de mauvais traitements envers les enfants (Holden, 2003; Lavergne, 2007). Au niveau de la Loi sur la protection de la jeunesse, l'exposition à la violence conjugale fait partie de la maltraitance émotionnelle car voir un parent être agressé physiquement ou psychologiquement provoque un éveil physiologique, une détresse émotionnelle et induit souvent un traumatisme chez l'enfant (Gouvernement du Québec, 2013; Holden, 2003; McCloskey, Figueiredo, & Koss, 1995). L'exposition à la violence conjugale se définit comme un patron de comportements agressifs et coercitifs qu'un adulte inflige à son partenaire intime. Celle-ci englobe la violence physique, psychologique et verbale ainsi que les comportements de domination d'un parent envers son conjoint (Lavergne, 2007). L'expression « exposition à la violence conjugale » est complexe et peut impliquer plusieurs situations. L'enfant peut être activement engagé dans l'acte de violence (il intervient, participe ou est victime), il peut avoir vu ou

entendu les épisodes de violence, il peut vivre les conséquences de l'acte de violence ou il peut, en apparence, ne pas sembler conscient des épisodes de violence conjugale alors qu'il sait très bien ce qui se passe (Edleson, 1999; Holden, 2003).

### **Mesures de protection**

Afin de protéger un enfant des mauvais traitements dont il est victime, la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) peut mettre en place plusieurs interventions lorsqu'un signalement est retenu. L'intervention priorisée par la DPJ est un suivi dans le milieu familial d'origine afin de maintenir l'enfant dans sa famille. En 2014-2015, le suivi en milieu familial représentait 47,8 % des interventions menées par la DPJ (ACJQ, 2015). Lorsque cette alternative n'est pas envisageable, la DPJ s'assurera que les soins de l'enfant lui seront dispensés par des personnes significatives, tels que les grands-parents ou tout autre membre de la famille élargie (Esposito, Trocmé, Coughlin, Chabot, & Gobeil, 2014; Gouvernement du Québec, 2013). Selon la DPJ, tous les efforts possibles doivent être mis en place afin de soutenir la situation familiale problématique et garder l'enfant dans son milieu familial. De cette façon, les soins de l'enfant sont assurés par une personne significative et ce dernier entretient des relations continues et significatives avec sa famille, ce qui favorise son développement (Esposito et al., 2014).

Dans l'éventualité où le maintien de l'enfant dans sa famille élargie n'est pas possible, plusieurs milieux de vie substituts peuvent être envisagés pour assurer sa sécurité. Le choix de placer un enfant hors de son milieu familial est une décision

importante. En effet, ceux vivant une situation de placement sont généralement issus des milieux les plus à risque de compromettre leur sécurité ou leur développement car les figures parentales, la famille ou l'enfant se retrouvent dans une grande détresse ou vulnérabilité (Arad, 2001; Tourigny, Poirier, Dion, & Boisvert, 2010). Parmi les possibilités de placement, le placement en famille d'accueil est le moyen généralement privilégié par la DPJ. En effet, ce moyen de protection représente 40,2 % des interventions effectuées en 2014-2015 (ACJQ, 2015). Dans l'éventualité où ce milieu de vie alternatif ne soit envisageable pour l'enfant, ce dernier peut être hébergé en centre de réadaptation ou placé dans d'autres ressources, tel qu'un centre spécialisé en toxicomanie à l'adolescence (ACJQ, 2012). Malgré tout, la majorité des enfants (79 %) dont un signalement est retenu ne feront pas l'objet d'un placement. Lorsqu'un placement est nécessaire, plus de la moitié (52 %) des enfants québécois connaîtront des placements de moins de 6 mois (ACJQ, 2012; Centre jeunesse de la Montérégie, 2005).

### **Le placement de l'enfant en famille d'accueil**

Au Québec, il y a trois types de familles d'accueil. Une famille d'accueil dite régulière est une personne ou un couple qui accepte de s'engager auprès d'un enfant lui étant confié par la DPJ afin d'assurer son hébergement, sa sécurité, ses soins, son éducation et son entretien pour une durée allant de quelques semaines à plusieurs années (Centre jeunesse de la Montérégie, 2005; Dubois-Comtois, Cyr, Vandal, & Moss, 2012). Une famille d'accueil banque mixte, de son côté, se voit confiée un enfant potentiellement adoptable puisqu'il est jugé par les intervenants sociaux à haut risque

d'abandon par ses parents biologiques (Dubois-Comtois et al., 2012). Finalement, une famille d'accueil de proximité est une personne ou un couple de l'entourage de l'enfant qui accepte d'agir à titre de famille d'accueil pour cet enfant (Dubois-Comtois et al., 2012). En 2014-2015, 6313 (30 %) enfants ont été placés en famille d'accueil régulière ou banque mixte et 2146 (10,2 %) enfants ont été confiés à un tiers significatif ou à une famille d'accueil de proximité (ACJQ, 2015).

### **Caractéristiques des enfants placés**

La décision de placer un enfant ne se fait pas sur la base d'un seul facteur de risque, mais plutôt lorsqu'il y a une combinaison de ces facteurs. Tourigny et al. (2010) ont recensés 13 éléments pouvant être associés à un plus grand risque de placement.

Des éléments liés au signalement augmentent le risque de placement (Tourigny et al., 2010). Lorsque le signalement est en lien avec une situation d'abandon, l'enfant est six fois plus à risque de vivre un placement comparativement aux enfants vivant un signalement lié à une autre forme de mauvais traitements. Également, le risque de placement est plus élevé lorsque la famille est sous enquête pour de multiples motifs, lorsque le signalement est fait par un membre de la famille ou lorsque le signalement ne concerne qu'un seul enfant d'une fratrie (Esposito et al., 2013). Dans ce dernier cas, l'enfant signalé est deux fois plus à risque de vivre un placement (Tourigny et al., 2010).

Certaines caractéristiques de la famille ont également été associées à un plus haut risque de placement (Tourigny et al., 2010). C'est notamment le cas lorsque l'enfant signalé vit dans une famille monoparentale ou reconstituée ou si ce dernier a développé un lien positif avec une figure autre que ses parents biologiques et ne vivant pas avec lui. Dans cette dernière situation, compte tenu que l'enfant côtoie un tiers plus adéquat qui représente également une figure de soins importante, la DPJ est plus susceptible de lui confier l'enfant que de le maintenir dans son milieu naturel (Tourigny et al., 2010).

Des caractéristiques des parents biologiques ont aussi été associées à un plus haut taux de placement (Tourigny et al., 2010). En premier lieu, les parents ne coopérant pas avec la DPJ sont plus à risque de voir leur enfant placé (Arad, 2001). Également, lorsque la figure parentale principale a plus de cinq problèmes connus (problèmes physiques ou mentaux, toxicomanie, etc.), l'enfant a 66 % plus de chance d'être placés hors de son domicile (Arad, 2001). Finalement, le placement survient plus fréquemment lorsque la famille a un statut socioéconomique faible ou lorsque le logement n'est pas considéré sécuritaire (Esposito et al., 2013). Un logement est considéré comme n'étant pas sécuritaire lorsqu'il est jugé insalubre, lorsque la cohésion du voisinage est faible ou lorsque l'environnement est instable (Arad, 2001).

Finalement, certaines caractéristiques de l'enfant peuvent également amener un plus haut taux de placement (Tourigny et al., 2010). La présence chez l'enfant de problèmes cliniques ou de santé mentale, un plus grand nombre de besoins et un signalement

concernant un enfant de moins de 2 ans ou de plus de 14 ans sont tous des facteurs ayant été associés à une probabilité plus importante d'être placé (Esposito et al., 2013). De plus, lorsque le motif de signalement a des conséquences majeures sur l'enfant, que celles-ci soient probables ou avérées, ce dernier est plus susceptible de vivre un placement (Tourigny et al., 2010). Chez les enfants de moins de 9 ans, 63,3 % sont placés à cause du style de vie à risque de leurs parents, alors que ceux âgés entre 10-17 ans sont majoritairement placés lorsqu'il y a un signalement pour troubles de comportement sérieux (Esposito et al., 2013).

### **Conséquences de la maltraitance**

La maltraitance envers les enfants, laquelle est généralement à l'origine du placement, a de nombreux effets préjudiciables à long terme (Dozier & Rutter, 2008). En effet, le contexte dans lequel se déroule la maltraitance ne permet pas à l'enfant de développer une sécurité affective alors que son pourvoyeur de soins est à la fois source de détresse et de réconfort (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2010). Afin de décrire l'exposition à des événements traumatisques interpersonnels et l'ensemble des conséquences développementales associées, le terme trauma complexe est utilisé par plusieurs auteurs (Becker-Weidman, 2009; Cook, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2003; Milot et al., 2010; Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013). Le trauma complexe se définit comme étant l'exposition à divers traumatismes interpersonnels au sein de la relation avec le pourvoyeur de soin et comme étant l'ensemble des symptômes associés à une telle exposition (Cook et al., 2003). Ces

symptômes se présentent sous la forme de déficits au niveau biologique, psychologique, comportemental, relationnel, social et cognitif (Becker-Weidman, 2009). L'ensemble de ces effets sont décrits subséquemment.

Au niveau biologique, la maltraitance a plusieurs effets sur les structures cérébrales et les patrons de sécrétion hormonale. Au niveau cérébral, le trauma conséquent à une situation de maltraitance chronique est associé à une diminution du volume de l'hippocampe, structure essentielle à la mémoire et à la régulation de l'axe hypothalamo-pituito-surrénalien (HPA) (Arnold & Fisch, 2011; Becker-Weidman, 2009; Heim, Newport, Mletzko, Miller, & Nemeroff, 2008). Les dommages à l'hippocampe sont divers, particulièrement au niveau de la sécrétion d'hormones de stress. En effet, des études ont montré que les enfants victimes de maltraitance sont plus susceptibles de souffrir d'un dérèglement au niveau de l'axe hypothalamo-pituito-surrénalien résultant en une élévation ou une diminution de sécrétion de cortisol suite à une réduction du volume de l'hippocampe (Cicchetti & Rogosch, 2001; Heim et al., 2008; Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim, 2009). L'hypercortisolémie, soit l'élévation du taux de cortisol, se présente chez les enfants n'étant pas en mesure de terminer les réponses allostatiques une fois la source de stress retirée (Cicchetti & Rogosch, 2001). D'un autre côté, le fait de vivre du stress de façon chronique chez l'enfant peut mener à des pertes neuronales au niveau de l'hippocampe, ce qui mène éventuellement à une sécrétion d'adénocorticoïdes réduite et une inhibition de l'axe HPA (Gunnar & Vazquez, 2001; Heim, Ehlert, & Hellhammer, 2000). Ce phénomène est connu sous le nom

d'hypocortisolémie. L'étude de Kuhlman, Geiss, Vargas et Lopez-Duran (2015) suggère que l'exposition répétée à différents types de maltraitance amène les enfants à réagir en inhibant leurs réponses émotionnelles ou en répondant promptement lors d'une menace. Ces deux réactions reflètent différents patrons d'activation de l'axe HPA pouvant expliquer les résultats hétérogènes obtenus dans les études.

Au niveau cognitif, le débalancement hormonal remarqué chez l'enfant maltraité le place à risque de troubles associés au contact avec la réalité, de difficultés d'apprentissage (p.ex. dyslexie) ou de difficultés d'autogestion cognitive et comportementale (p. ex. TDAH) (Cook et al., 2003). Outre la disponibilité émotionnelle aux apprentissages, la capacité de l'enfant à réguler ses états internes et à interagir adéquatement avec ses pairs sont associés à la réussite scolaire (Cook et al., 2003). En plus d'être lacunaires dans ces deux domaines, les enfants maltraités persistent moins lorsque les tâches sont plus difficiles et comptent beaucoup sur le soutien de leurs enseignants pour effectuer leurs travaux. Bref, ils ont un niveau d'engagement scolaire plus faible, ce qui pourrait venir expliquer leurs difficultés académiques (Shonk & Cicchetti, 2001). De plus, l'hypervigilance et les épisodes de dissociation vécus par l'enfant sont également très dommageables pour les apprentissages scolaires alors qu'ils empêchent l'enfant de traiter les informations complexes, d'apprendre de nouveaux concepts ou d'accéder aux informations déjà apprises (Arnold & Fisch, 2011). Finalement, les enfants maltraités adoptent des comportements difficiles pouvant être associés au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (Cook et

al., 2003). En effet, 25 à 45 % des enfants ayant vécu de la maltraitance ont un diagnostic de TDAH comparativement à 9 % des enfants de la population générale (Arnold & Fisch, 2011).

Au niveau comportemental, les enfants ayant subi des mauvais traitements ont davantage de problèmes de comportement lorsque comparés aux enfants ayant vécu d'autres types de traumatismes tel qu'un vol, être témoin d'une attaque contre une personne, un accident sérieux ou être victime d'un désastre naturel (Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013). En effet, les enfants vécu de la maltraitance chronique peuvent avoir de la difficulté à moduler leurs impulsions, adopter des comportements autodestructeurs, être agressifs envers leurs pairs et adopter des patrons comportementaux rigides (Cook et al., 2003). D'un autre côté, ils ont également plus fréquemment des diagnostics de trouble internalisé (dépression, isolement, sentiment d'infériorité, somatisation, anxiété, etc.) que les enfants n'ayant pas vécu ce type de situation (Cicchetti et al., 2010; Milot et al., 2010). En effet, les impacts du trauma sur les structures neuronales mentionnées précédemment prédisposent au développement d'un trouble dépressif ou anxieux plus tard (Heim et al., 2008). De plus, avoir vécu un traumatisme interpersonnel chronique augmente le risque de développer un trouble internalisé de 60 % (Greeson et al., 2010). Finalement, afin de se protéger contre de futurs traumatismes, les enfants peuvent avoir recours à la dissociation ou l'hypervigilance comme mécanisme de défense (Arnold & Fisch, 2011; Cook et al., 2003). La dissociation amène l'enfant à éviter les stimulations, à se conformer lors de situations alarmantes, à se dissocier lorsqu'effrayé et à manifester

des comportements d'impuissance lorsque terrorisé (Arnold & Fisch, 2011). D'un autre côté, l'enfant hypervigilant répondra aux stimulations par de la vigilance, aux situations alarmantes par de la résistance, à la peur par un acte de défi et à la terreur par l'agression (Arnold & Fisch, 2011).

Au niveau émotionnel, l'enfant ayant vécu une situation de maltraitance peut avoir de la difficulté à réguler ses expériences émotionnelles. Des déficits au niveau de l'identification, de l'expression et de la modulation des émotions peuvent se manifester (Cook et al., 2003). Des lacunes au niveau de l'identification des émotions ont été répertoriées chez des enfants maltraités aussi jeunes que 30 mois (Beeghly & Cicchetti, 1996). En effet, dans cette étude, les enfants décrivaient moins leurs états internes et avaient moins de vocabulaire pour décrire leurs émotions et celles des autres. En conséquence, l'expression et la modulation des émotions se voit aussi affectée. L'enfant maltraité peut apprendre à cacher ses émotions négatives pour se protéger des adultes qui le font souffrir ou qui le punissent lorsqu'il est fâché ou triste (Arnold & Fisch, 2011). De plus, n'ayant personne à qui confier ses états internes, l'enfant en vient à cacher son monde interne à un point tel que ni lui ou les autres ne peuvent y avoir accès (Blaustein & Kinniburgh, 2010). Au fil du temps, l'enfant traumatisé est vulnérable au développement et au maintien de difficultés psychologiques caractérisées par un dérèglement chronique des expériences affectives, tel que les troubles de l'humeur (Cook et al., 2003; Putnam, 2003).

Au niveau social et interpersonnel, le traumatisme contribue à définir les croyances de l'enfant et la façon qu'il a de percevoir le monde. Les activités qu'il appréciait auparavant peuvent devenir sans importance et il peut se sentir détaché des gens qui l'entourent. Étant donné que le trauma généré par la maltraitance crée de l'hypervigilance chronique et une incapacité à moduler les émotions, les enfants développent des patrons imprévisibles d'acceptation et d'évitement ou de retrait et de proximité (Arnold & Fisch, 2011). De plus, les signaux sociaux sont interprétés à outrance comme étant des expressions de danger ou de colère, ce qui fait qu'ils ont de la difficulté à bien négocier les relations sociales. Également, n'ayant pas suffisamment développé de capacité de résolution de problème, les enfants vont avoir tendance à répondre à ces signaux par l'attaque (Arnold & Fisch, 2011; Blaustein & Kinniburgh, 2010).

Finalement, la sécurité affective de l'enfant victime de maltraitance est également compromise. En effet, le parent maltraitant est incapable de sécuriser son enfant, ce qui ne permet pas à ce dernier de développer suffisamment de ressources internes afin d'intégrer l'expérience traumatisante de maltraitance de manière cohérente et de gérer le stress vécu (Milot et al., 2010). De plus, l'enfant vit un double préjudice au sein de la relation avec son parent alors que celui-ci est à la fois source de détresse et de réconfort (Hesse & Main, 2006). Le paradoxe dans lequel est pris l'enfant nuit au développement d'une relation d'attachement avec une figure parentale significative, étape développementale importante. Par ailleurs, le développement d'une relation

d'attachement est également mis en péril chez les enfants placés. En effet, en plus d'avoir été victime de maltraitance dans leur milieu familial d'origine, ces enfants vivent une coupure dans le lien d'attachement avec leur parent maltraitant, ce qui est vécu comme très désorganisant (Dozier et al., 2001). De plus, ces enfants sont de nouveau confrontés à la tâche de créer une nouvelle relation d'attachement avec leur parent d'accueil. Donc, il s'agit de la façon même de développer un lien d'attachement qui est compromise chez l'enfant placé ayant vécu de la maltraitance. Il est donc important de bien comprendre les enjeux théoriques de l'attachement ainsi que les méthodes d'évaluation afin de saisir de quelle façon cette relation est susceptible d'être perturbée chez l'enfant placé. Ces éléments seront détaillés dans la section suivante.

### **La théorie de l'attachement**

L'attachement fait référence au lien affectif que développe l'enfant à l'égard de son pourvoyeur de soins (Bowlby, 1978). Le concept d'attachement est un besoin universel chez l'être humain et renvoie à la nécessité que l'enfant soit sécurisé et rassuré par sa figure parentale lors d'un danger auquel il ne pourrait faire face seul et qui mettrait sa survie en péril (Carlson et al., 2003; Marvin & Britner, 2008). Malgré que l'attachement ait majoritairement été étudié chez les très jeunes enfants, ce besoin de proximité et de réconfort en cas de danger ou de blessure est une réponse attendue tout au long de la vie (Carlson et al., 2003; Wallin, 2007).

Tel que stipulé par Bowlby (1978), le système d'attachement vise la survie et la reproduction de l'être humain. En effet, la fonction biologique du système d'attachement est le sentiment de protection. Les comportements associés au système d'attachement ont pour objectif d'assurer la proximité entre l'enfant et son pourvoyeur de soin (Sroufe & Waters, 1977). Deux réponses comportementales associées au système d'attachement caractérisent les êtres humains. Premièrement, lorsqu'un danger est perçu, l'enfant va tenter de maintenir un lien de proximité avec sa figure d'attachement afin d'y trouver du réconfort. Contrairement aux animaux, les êtres humains ne ressentent pas un sentiment de sécurité à un endroit précis, mais plutôt aux côtés d'une personne qui est vue comme étant plus résistante. Pour maintenir ce lien, l'enfant peut pleurer, crier, ramper ou s'accrocher à sa figure d'attachement (Bowlby, 1978; Wallin, 2007). Deuxièmement, l'enfant utilise sa figure d'attachement comme base de sécurité. En effet, l'enfant a le désir d'explorer son environnement, ce qui lui permet d'apprendre. Lorsqu'il sent que sa figure d'attachement est disponible et qu'il peut s'y référer en cas de besoin, cela lui donne la liberté d'explorer son environnement (Wallin, 2007). En fonction de la qualité des interactions précoces avec son pourvoyeur de soin, ces comportements d'attachement peuvent varier.

### **Développement du lien d'attachement**

Dès la naissance, les nourrissons ont une tendance naturelle biologique à vouloir entrer en relation avec ceux qui les entourent (Bowlby, 1978). À mesure que l'adulte interagit avec l'enfant durant ses premières années de vie, ce dernier organise son

comportement en fonction de ces interactions (Carlson et al., 2003; Sroufe & Waters, 1977). Les travaux d'Ainsworth ont pu montrer que malgré que le développement du système d'attachement soit biologiquement programmé, celui-ci est malléable et les comportements d'attachement des enfants dépendent des comportements de leur figure d'attachement (Grossmann, 1995). En effet, en fonction des réponses parentales lors de situations de détresse, l'enfant utilise un répertoire de comportements qui permettra de favoriser la proximité physique au parent (Tarabulsky, Larose, Pederson, & Moran, 2000). Les comportements d'attachement peuvent généralement s'observer selon quatre patrons distincts : l'attachement sécurisant, l'attachement insécurisant-ambivalent, l'attachement insécurisant-évitant et l'attachement insécurisant-désorganisé (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Main & Solomon, 1986). Une revue méta-analytique montre que dans la population générale, 62 % des enfants ont un attachement sécurisant, 15 % ont un attachement évitant, 9 % ont un attachement ambivalent et 15 % ont un attachement désorganisé (van IJzendoorn et al., 1999).

### **La sécurité d'attachement**

L'attachement sécurisant se développe suite à des interactions avec un pourvoyeur de soins sensible (Bowlby, 1978). La sensibilité parentale se définit comme étant la capacité du parent à répondre rapidement et avec exactitude aux besoins de son enfant. Le parent d'un enfant avec un attachement sécurisant est en mesure de bien interpréter les signaux non-verbaux de son enfant et d'y répondre de manière contingente (Belsky & Pasco Fearon, 2008; Wallin, 2007). Par exemple, si l'enfant pleure, le parent répondra

au signal de détresse de son enfant en le prenant dans ses bras avec tendresse jusqu'à ce que l'enfant soit apaisé. Lorsqu'un tel patron de comportement se répète, l'enfant se sent à l'aise de communiquer directement ses besoins car il est convaincu que sa figure d'attachement y répondra rapidement et adéquatement (Wallin, 2007). Également, en période de jeu, le parent fait usage de stimulations appropriées, mais modérées et une synchronie interactionnelle est visible (Belsky & Pasco Fearon, 2008). Cela signifie que le parent ajuste son rythme de jeu à celui de son enfant au lieu d'essayer d'imposer un rythme à ce dernier. En bref, les parents d'enfants ayant un attachement sécurisant sont sensibles aux besoins de leurs enfants et favorisent l'acceptation, la coopération et la disponibilité émotionnelle dans les interactions avec leur enfant (Wallin, 2007).

Une fois que le jeune enfant a intériorisé que son parent répondra à ses besoins adéquatement et rapidement, il se sent à l'aise d'explorer en l'absence de détresse. Lorsqu'un danger est perçu, celui-ci recherche la présence de son parent et est en mesure de lui communiquer efficacement son besoin de réconfort. Le sentiment de soulagement est presqu'immédiat lorsque l'enfant se retrouve à proximité de son parent (Sroufe & Waters, 1977; Wallin, 2007). Une fois sécurisé, il peut communiquer à son parent qu'il se sent maintenant soulagé et qu'il est prêt à retourner explorer son environnement (Sroufe & Waters, 1977; Tarabulsky et al., 2000). Dans une telle situation, le parent est perçu comme étant une base de sécurité sur laquelle l'enfant peut compter lors de l'exploration de l'environnement (Dubois-Comtois & Moss, 2004). À partir de l'âge de 3 ans, un partenariat à but corrigé caractérise l'interaction entre l'enfant et sa figure

d'attachement. En effet, les deux membres de la dyade sont en mesure de communiquer leurs intentions ainsi que leurs plans et de négocier afin d'en venir à une entente (Cicchetti, Cummings, Greenberg, & Marvin, 1990). Donc, les enfants ayant développé un attachement sécurisant dans la petite enfance maintiennent en grandissant un partenariat à but corrigé caractérisé par la réciprocité, la mutualité et l'expression émotionnelle au sein de la dyade (Moss, St-Laurent, Cyr, & Humber, 2000).

### **Les attachements insécurisants**

Contrairement à la sécurité d'attachement, l'insécurité dans la relation d'attachement survient suite à des interactions avec un pourvoyeur de soins rejetant ou inconstant (Bowlby, 1978). Ces comportements insensibles amènent l'enfant à ajuster la façon dont il exprime ses demandes de proximité, son mécontentement au départ de son parent et son besoin de référence au parent comme base sécurisante (Attili, 2013). Donc, les patrons d'attachement insécurisant sont des comportements adaptés au contexte dans lequel vit l'enfant et qui permettent de maximiser les opportunités de proximité avec la figure d'attachement (Carlson et al., 2003). Deux patrons organisés d'attachement insécurisant se dessinent en fonction du comportement maternel : l'attachement insécurisant-évitant et l'attachement insécurisant-ambivalent.

**Le développement de l'attachement insécurisant-évitant.** L'enfant ayant développé un attachement insécurisant-évitant installe une distance tant physique que psychologique avec son pourvoyeur de soins en minimisant les interactions avec ce

dernier (Dubois-Comtois & Moss, 2004). Il se préoccupe peu des allers et venues de sa figure d'attachement, préférant explorer son environnement (Wallin, 2007). Lorsqu'il vit une détresse, il nie ses besoins de sécurité, essaie de supprimer ses émotions et démontre une fausse autonomie (Attili, 2013). Donc, il ne semble pas incommodé lorsque sa figure d'attachement n'est plus à la vue car il inhibe toute forme de communication impliquant un rapprochement affectif. Par contre, cette attitude calme n'est qu'une façade alors que le rythme cardiaque s'accélère et le niveau de cortisol s'accroît au moment du départ du pourvoyeur de soins (Wallin, 2007). Donc, ces enfants vivent une grande anxiété lorsque leur figure d'attachement n'est plus à la vue, mais, lors du retour de celle-ci, l'enfant agit comme si son retour était sans importance en ne l'accueillant pas et en ignorant ses ouvertures sociales (Main & Solomon, 1986). À partir de l'âge de 3 ans, l'attachement évitant est perceptible par le manque de fluidité et de complémentarité dans le partenariat à but corrigé. En effet, peu d'échanges interpersonnels sont notés et les enfants choisissent un mode de fonctionnement individuel axé sur la tâche (Moss et al., 2000). L'enfant minimise les opportunités de communication avec son parent, lui parle et le regarde de façon brève et demeure occupé avec les jouets et activités qui s'offrent à lui (Main & Cassidy, 1988). De manière complémentaire, les mères de ces enfants transmettent moins leurs plans à leurs enfants que ce qui est vu dans d'autres dyades (Moss et al., 2000).

Les enfants développent un tel patron de réponses lorsque leurs besoins affectifs ne sont pas systématiquement reconnus au cours de leur première année de vie

(Attili, 2013). Les figures d'attachement de tels enfants ne sont pas émotionnellement disponibles, sont rejetantes, se retirent lorsque l'enfant démontre des signes de détresse et repoussent l'enfant lorsque ce dernier recherche un contact physique (Carlson et al., 2003; Main, 1981; Wallin, 2007). Le pourvoyeur de soins est incapable de décoder les signaux de détresse de son enfant et manifeste de l'inconfort lors de contacts physiques en agissant de manière brusque avec ce dernier (Wallin, 2007). Donc, au fil du temps, l'enfant s'attend à être repoussé dans ses tentatives de rapprochement, ce qui l'amène à essayer de vivre sans un support affectif soutenu de ceux qui l'entourent. De plus, il tente de maintenir le lien avec sa figure d'attachement en minimisant les signaux de détresse qui ne pourraient qu'aliéner le parent rejetant (Carlson et al., 2003; Main, 1981).

**Le développement de l'attachement insécurisant-ambivalent.** Contrairement aux enfants avec un attachement insécurisant-évitant, les enfants ayant un attachement insécurisant-ambivalent amplifient l'expression de leurs émotions et accentuent leurs besoins afin d'augmenter la probabilité d'obtenir l'attention de leur figure d'attachement (Solomon, George, & De Jong, 1995). En période de détresse, l'enfant recherche activement la proximité de sa figure d'attachement, mais, en présence de celle-ci, l'enfant adopte des comportements d'ambivalence : il tend les bras à sa mère pour être pris et la repousse une fois qu'il est dans ses bras. Donc, l'enfant recherche le contact et la proximité de sa mère, mais le repousse rapidement par la suite (Main & Solomon, 1986). Certains enfants peuvent également manifester ouvertement de la colère ou de

l'agressivité envers leur mère et la présence de cette dernière ne semble pas les apaiser (Main & Solomon, 1986). Donc, les besoins d'attachement de l'enfant demeurent criants malgré que la mère soit présente et s'occupe de lui (Wallin, 2007). L'ambivalence de l'enfant se manifeste également au niveau de son exploration. En effet, en l'absence ou en présence d'une figure significative, ces enfants ne sont pas à l'aise d'explorer leur environnement car ils sont trop préoccupés par les allers et venues du parent (Wallin, 2007). Pendant la période préscolaire, en l'absence de stresseur, la dyade mère-enfant peut adopter un style relationnel chaleureux et intime. Toutefois, lorsque des sentiments négatifs émergent, la dyade peut s'engager dans des négociations ou des discussions sans fin (Moss et al., 2000). De plus, l'enfant peut rechercher de façon exagérée la proximité de son parent et manifester une grande dépendance envers lui (Main & Cassidy, 1988).

L'enfant vient à développer un tel patron comportemental suite à des interactions fréquentes avec une mère insensible et imprévisible. En effet, elle répond de manière inconstante aux signaux de son enfant et sa disponibilité émotionnelle est imprévisible (Wallin, 2007). Il peut arriver que ces mères démontrent de l'affection à leur enfant à des moments où ce dernier n'en demande pas et peuvent refuser ou ignorer les demandes d'affection à d'autres moments (Attili, 2013). Les interactions avec la mère sont donc caractérisées par de l'ignorance, des comportements intrusifs et une incapacité à prodiguer les soins adéquats à l'enfant (Carlson et al., 2003; Main, 1981). Également, les soins octroyés à l'enfant sont variables d'une situation à l'autre : en présence

d'étrangers, la relation mère-enfant peut être très chaleureuse et sensible, alors qu'elle peut être conflictuelle dans des situations familiaires (Moss et al., 2000). Ces enfants s'inquièteraient donc constamment de la disponibilité de leur mère ainsi que de la réelle intention de celle-ci à les réconforter.

### **La désorganisation de l'attachement**

La classification des comportements d'attachement proposée par Ainsworth ne comportait que les trois patrons d'attachement mentionnés précédemment, soit l'attachement sécurisant, insécurisant-évitant et insécurisant-ambivalent (Ainsworth et al., 1978). Dans les années suivant les travaux d'Ainsworth, plusieurs chercheurs ont noté que certains enfants ne pouvaient pas être classés dans l'une de ces catégories (Crittenden, 1985; Main & Weston, 1981). Ce constat a mené à la description d'un quatrième patron d'attachement, soit l'attachement désorganisé/désorienté (Main & Solomon, 1986).

Les enfants dont l'attachement est considéré comme étant désorganisé ne semblent pas avoir développé de stratégie organisée pour gérer le stress généré par l'absence de leur figure d'attachement (Main & Solomon, 1986, 1990; Prior & Glaser, 2010). Plusieurs comportements caractérisent ce patron d'attachement (Hesse & Main, 2006; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Main & Solomon, 1990). Premièrement, ces enfants peuvent démontrer des comportements contradictoires de façon séquentielle ou simultanée. Par exemple, ils peuvent pleurer en allant rapidement vers leur parent pour

ensuite éviter le contact avec ce dernier ou peuvent se diriger vers leur parent en détournant le regard. Deuxièmement, ils peuvent adopter des expressions ou des comportements incomplets, interrompus ou non dirigés. Par exemple, ces enfants peuvent errer dans le local lorsqu'en détresse sans se référer à leur parent ou se diriger vers les jouets disponibles. Troisièmement, des mouvements asymétriques ou stéréotypés ainsi que des postures anormales peuvent être remarquées. Par exemple, l'enfant peut faire un mouvement de balancier à l'arrivée de son parent ou peut l'accueillir en souriant d'un côté et en manifestant de la détresse de l'autre côté de son visage. Quatrièmement, une absence ou un ralentissement des mouvements et de l'expression est possible. À ce moment, l'enfant peut se diriger très lentement vers son parent ou peut rester immobile pendant plusieurs secondes. Cinquièmement, l'enfant peut manifester des indices de crainte lorsqu'il voit son parent. Par exemple, il peut reculer ou placer sa main à sa bouche en exprimant de la peur à l'arrivée de son parent. Finalement, l'enfant peut exprimer des indices clairs de désorganisation ou de désorientation. Par exemple, il peut errer sans but, changer rapidement d'humeur ou avoir une expression faciale confuse en présence de son parent.

L'ensemble de ces comportements dénote une dysrégulation émotionnelle importante et une incapacité de l'enfant à recourir à sa figure d'attachement pour faire cesser sa détresse. Lorsque de tels comportements sont remarqués chez le jeune enfant, la classification d'attachement désorganisé lui est attribuée (Main & Solomon, 1990). Par contre, étant donné que la désorganisation de l'attachement est considérée comme un

effondrement des stratégies d'attachement organisées chez l'enfant, cette classification s'accompagne généralement d'une deuxième classification d'attachement organisé (sécurisant, ambivalent ou évitant) (Hesse & Main, 2006; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Main & Solomon, 1990). Cette deuxième classification est considérée comme étant une stratégie d'approche secondaire employée par l'enfant. En effet, les enfants classifiés comme étant désorganisés-sécurisants sont apaisés par la présence de leur figure d'attachement, mais démontrent des signes d'hésitation, de confusion, d'apprehension et de dysphorie à son arrivée (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). D'un autre côté, les enfants classifiés comme étant désorganisés-ambivalents ou désorganisés-évitants adoptent des comportements dénotant de la détresse, de la résistance, de l'évitement, une recherche de contact et des comportements conflictuels (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Donc, malgré la dysrégulation émotionnelle importante de ces enfants, il est généralement possible de voir se manifester certains comportements d'attachement organisés. Selon la méta-analyse de van IJzendoorn et al. (1999), l'attachement désorganisé s'accompagne d'une classification d'attachement évitant dans 34 % des cas, d'attachement ambivalent dans 46 % des cas et d'attachement sécurisant dans 14 % des cas.

Au début de l'âge scolaire, bien que certains enfants continuent à manifester des comportements désorganisés, il est possible de remarquer une transformation dans les comportements de désorganisation de certains enfants. En effet, la majorité de ceux classifiés comme étant désorganisés à la petite enfance « réorganisent » leurs

comportements d'attachement à l'âge scolaire en adoptant des comportements contrôlant et en manifestant un renversement de rôle parent-enfant (Main & Cassidy, 1988). Deux sous-groupes sont identifiés : les contrôlant-punitifs et les contrôlant-attentionnés. Les enfants classifiés comme étant contrôlant-punitifs agissent de façon à humilier, gêner ou rejeter le parent. En sa présence, l'enfant peut lui ordonner de quitter ou une fois que son parent est parti, l'enfant peut lui faire comprendre qu'il ne veut pas qu'il revienne (Main & Cassidy, 1988). La colère est également un moyen utilisé par ces enfants pour contrôler leur parent (Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004).

D'un autre côté, les enfants classifiés comme étant contrôlant-attentionnés adoptent une attitude protectrice envers leur parent. Ils peuvent s'inquiéter ou s'occuper de lui de façon à suggérer au parent qu'il a besoin des conseils de son enfant. Également, suite à une séparation, l'enfant peut démontrer une joie excessive, voire nerveuse, à la vue de son parent (Main & Cassidy, 1988). L'enfant agissant d'une telle façon perçoit son parent comme étant fragile et assure le rôle du protecteur (Solomon et al., 1995). Également, ces enfants gèrent leurs émotions négatives en les évitant et peuvent les supplanter par leur besoin d'animer leur parent (Moss, Cyr et al., 2004). Finalement, tout comme à la période de la petite enfance, les enfants d'âge scolaire manifestant des comportements d'attachement contrôlant peuvent généralement recevoir une deuxième classification associée aux attachements organisés lorsque pertinent (Humber & Moss, 2005).

**Origines des comportements de désorganisation de l'enfant.** La méta-analyse de van IJzendoorn et ses collègues (1999) a évalué l'impact de plusieurs variables parentales dans le développement de l'attachement désorganisé chez l'enfant. Les résultats de cette étude soulèvent que l'insensibilité parentale ne serait pas suffisante pour expliquer l'apparition de comportements désorganisés chez l'enfant. En effet, la présence de comportements parentaux effrayants ou effrayés serait davantage liée à la désorganisation de l'attachement, incluant une insensibilité extrême, telle que l'absence totale de réponse à la détresse de l'enfant (Hesse & Main, 2006; Main & Hesse, 1990). Ces comportements effrayants/effrayés placent l'enfant au centre d'un paradoxe irrésoluble : la figure d'attachement est la source de réconfort tout en étant l'origine de la détresse (Hesse & Main, 2006; Prior & Glaser, 2010; van IJzendoorn et al., 1999). Donc, les comportements étranges de ces enfants sont considérés comme étant des manifestations de l'anxiété générée par ce paradoxe (Main & Hesse, 1990).

Les comportements effrayants/effrayés des parents peuvent être classés en deux groupes (Hesse & Main, 2006). Le premier groupe représente les comportements primaires, ces derniers étant alarmants en soi. Les comportements parentaux retrouvés dans ce premier groupe sont les comportements dissociatifs, les menaces anormales dirigées vers l'enfant et les expressions de frayeur singulières du parent. Les comportements de dissociation et les menaces anormales sont les comportements parentaux les plus fortement associés à la désorganisation de l'attachement de l'enfant (Abrams, Rifkin, & Hesse, 2006). Le deuxième groupe renferme les comportements

secondaires, ceux-ci ne menant pas directement à la désorganisation de l'attachement. La timidité excessive, les comportements sexualisés et les comportements parentaux désorganisés sont les catégories comportementales retrouvées dans ce deuxième groupe (Hesse & Main, 2006).

La manifestation de ces diverses catégories comportementales serait associée au vécu antérieur du parent. En effet, les parents ayant vécu un traumatisme non-résolu adoptent plus fréquemment ce type de comportements effrayants pour l'enfant (Jacobvitz, Leon, & Hazen, 2006). Malgré que ces comportements effrayants/effrayés puissent survenir en l'absence de maltraitance directe, les conséquences de tels comportements sont les mêmes. En effet, les enfants vivant dans un milieu familial maltraitant développent fréquemment un attachement désorganisé suite à l'absence répétée de possibilité de réconfort en situation de détresse (Hesse & Main, 2006; van IJzendoorn et al., 1999).

À l'âge scolaire, les comportements parentaux deviennent complémentaires aux comportements de l'enfant, alors que le parent entretient une relation amicale avec son enfant et qu'un renversement de rôle est remarqué (Main & Cassidy, 1988). Les parents d'enfants contrôlant-punitifs perçoivent la relation avec leur enfant comme étant plus stressante et conflictuelle, alors que les parents d'enfants contrôlant-attentionnés se sentent paradoxalement désinvestis de la relation tout en étant exceptionnellement proche de leur enfant (Moss, Cyr et al., 2004).

### **Les représentations d'attachement**

Les comportements d'attachement décrits précédemment, puisqu'ils se répètent de la même façon chaque fois que l'enfant est dans une situation de détresse, sont sous-tendus par des modèles représentationnels sous-jacents (Main et al., 1985). Dans la théorie de l'attachement, ces modèles représentationnels se nomment Modèles Internes Opérants (MIO) et se définissent comme étant un ensemble de règles conscientes ou inconscientes permettant d'organiser l'information en lien avec l'attachement et d'obtenir ou de limiter l'accès à cette information (Main et al., 1985). Ces MIOs sont donc des représentations mentales de soi, de la figure d'attachement et de la relation avec cette dernière qui aident l'enfant à interpréter les situations sociales, anticiper ce qui se passera dans le futur et agir en fonction de ce qu'il anticipe (Bernier, Larose, & Boivin, 2000; Bowlby, 1978; Bretherton & Munholland, 2008; Cicchetti et al., 1990). De surcroit, les MIOs auraient un effet important sur la façon dont l'enfant perçoit les situations sociales et planifie ses actions immédiates ou futures (Bowlby, 1978; Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990).

Selon certains chercheurs, les enfants commenceront à développer des représentations mentales de leur relation d'attachement à partir de la première année de vie (Main et al., 1985). Celles-ci seraient simples et concerneraient seulement la relation avec la figure d'attachement (Main et al., 1985). Au fil du développement de l'enfant, les représentations d'attachement se complexifient selon le développement cognitif et social de l'enfant. Les nouvelles capacités de l'enfant lui permettent de se représenter des séquences de comportements plus complexes et lui octroient la possibilité

d'interpréter une situation selon différents points de vue (Bretherton, 1985; Cicchetti et al., 1990; Solomon et al., 1995). Également, le développement cognitif de l'enfant lui permet de généraliser et d'organiser l'information relationnelle en fonction de règles plus globales. Donc, à la période scolaire l'enfant n'a plus seulement des représentations uniques à chaque figure de soin, mais plutôt des représentations plus générales (Dubois-Comtois & Moss, 2008).

Dans ses travaux, Bowlby propose que les modèles internes opérants fluctuent et s'ajustent en fonction des nouvelles expériences relationnelles de l'enfant. En effet, si le comportement du parent se voit modifié en cours de développement, il est attendu que les patrons et les représentations d'attachement soient modifiés en conséquence (Bowlby, 1991). En effet, afin que ces derniers demeurent fonctionnels, ils doivent être révisés fréquemment pendant l'enfance étant donné le développement rapide à cette période (Bretherton, 1985). Par contre, afin que les MIOs soient modifiés, des changements importants dans la vie de l'enfant doivent survenir de telle sorte que les représentations internes déjà intégrées ne permettent plus d'interpréter adéquatement les situations sociales (Bar-Haim, Sutton, Fox, & Marvin, 2000; Bernier et al., 2000; Bowlby, 1978; Wallin, 2007).

Malgré que les MIOs soient modifiable chez le jeune enfant, ils ont tendance à être stable dans le temps sans changement important dans les pratiques parentales (Bar-Haim et al., 2000). En effet, plusieurs chercheurs ont pu démontrer une stabilité et une

continuité entre les patrons d'attachement observés à la petite enfance et les représentations d'attachement mesurées à l'âge préscolaire (Dubois-Comtois, Cyr, & Moss, 2011; Green, Stanley, Smith, & Goldwyn, 2000; Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsky, & Dubois-Comtois, 2005). Dubois-Comtois et ses collègues (2011) ont d'ailleurs démontré une continuité entre les comportements d'attachement et les représentations d'attachement sur une période de trois ans. Les enfants ayant des patrons d'attachement sécurisant et insécurisant maintenaient la même classification lorsqu'évalués plus tard dans 81 % et 64 % des cas respectivement. Une continuité est également notée pour l'attachement désorganisé avec une stabilité dans 77 % des cas (Moss et al., 2005). Cette stabilité s'expliquerait par le fait que les modèles représentationnels, une fois formés, agissent à l'extérieur du champ de la conscience et sont activés chez la personne de manière automatique (Bernier et al., 2000; Cicchetti et al., 1990; Wallin, 2007).

**L'évaluation des représentations d'attachement.** Les modèles internes opérants sont évalués de diverses façons dépendant du stade de développement de l'enfant. Pendant les premières années de vie, les MIOs sont inférés à partir de l'observation des interactions entre l'enfant et son pourvoyeur de soins (Main et al., 1985). Les différentes réponses comportementales de l'enfant à la vue de son parent représentent des différences au niveau des MIOs. De plus, les réponses comportementales des enfants au retour de leur parent peuvent être vues comme la façon qu'a l'enfant de percevoir la relation avec son pourvoyeur de soin (Main et al., 1985). Une particularité des modèles internes opérants est qu'ils permettent d'évaluer les processus d'attachement au-delà de

l'observation des interactions mère-enfant (Bretherton et al., 1990). En effet, au cours du développement de l'enfant, les modèles internes opérants deviennent accessibles par le biais de la représentation symbolique (Solomon et al., 1995). Le langage et le jeu symbolique de l'enfant deviennent des moyens privilégiés pour accéder aux représentations d'attachement et prédire la qualité de la relation d'attachement (Bretherton et al., 1990; Solomon et al., 1995). Plusieurs chercheurs utilisent alors les récits d'attachement, procédure validée permettant à l'enfant de créer une histoire à l'aide de personnages, afin d'évaluer les modèles internes opérants (Green et al., 2000).

Tout comme ce qui est observé lors de l'évaluation des comportements d'attachement, les modèles internes opérants peuvent être classés en quatre groupes, soient confiant (sécurisant), indifférent (insécurisant-évitant), préoccupé (insécurisant-ambivalent) et apeuré (désorganisé). Dans leurs histoires, les enfants confiants démontrent un sentiment de confiance en soi et en leur figure d'attachement (Solomon et al., 1995). Ils représentent leurs parents comme réagissant rapidement et adéquatement lors de problèmes. Donc, la figure d'attachement est représentée comme étant digne de confiance et sensible aux besoins du protagoniste (Dubois-Comtois et al., 2011). De plus, lorsque des événements négatifs surviennent, ces derniers sont réglés et l'histoire se termine positivement. L'ensemble de ces informations appuie l'idée que l'enfant ayant développé un attachement sécurisant se sent en confiance face à ses figures d'attachement, s'attend à ce que son entourage réponde à ses besoins adéquatement et se

considère comme étant digne de l'attention d'autrui dans des moments stressants (Dubois-Comtois et al., 2011).

D'un autre côté, les enfants indifférents ont tendance à éviter les thèmes de séparation et de réunion dans leurs récits (Solomon et al., 1995). L'enfant représente des histoires stéréotypées ou caractérisées par une banalisation des événements. De plus, une suppression ou une minimisation de l'importance de la détresse que peut vivre le protagoniste est remarquée (Dubois-Comtois et al., 2011). D'un autre côté, les enfants préoccupés ont tendance à ne pas exprimer directement la détresse du protagoniste suite à une séparation (Solomon et al., 1995), mais à créer un scénario dans lequel le protagoniste se montre vulnérable et immature. Les récits créés par ces enfants manquent parfois de cohérence, la détresse du protagoniste est amplifiée et les stratégies parentales représentées sont peu efficaces (Dubois-Comtois et al., 2011).

Finalement, les enfants apeurés racontent des histoires caractérisées par la désorganisation du personnage principal et par la peur du parent (Solomon et al., 1995). Ces derniers sont incapables de réguler leurs émotions et leurs pensées sont réactivées par des histoires où l'enfant a besoin de soins parentaux (Dubois-Comtois et al., 2011). Les parents sont représentés comme adoptant des comportements abusifs ou effrayants et les histoires créées sont majoritairement chaotiques ou violentes. Dans certains cas, les enfants peuvent refuser de participer en ne créant pas d'histoire avec les personnages,

mais lorsqu'incités à produire un scénario, ils élaborent des histoires chaotiques (George & Solomon, 1996).

### **Attachement et maltraitance**

Tel que mentionné précédemment, la maltraitance a un effet important sur le développement de la relation d'attachement avec le pourvoyeur de soins (Main & Hesse, 1990), l'enfant étant en interaction avec un parent qui ne répond pas adéquatement à ses besoins et qui ne parvient pas à le protéger. Les mères d'enfants maltraités sont décrites comme moins sensibles; elles ont des attentes inappropriées, manquent d'empathie, perçoivent les punitions corporelles comme une méthode éducative à préconiser et vivent plus de stress (Cicchetti et al., 2006). Ces caractéristiques parentales sont susceptibles d'affecter les comportements et représentations d'attachement des enfants, lesquels seront abordés dans la section suivante.

### **Les comportements d'attachement d'enfants maltraités**

La majorité des recherches sur le développement du lien d'attachement des enfants maltraités s'entendent pour dire que ces derniers développent significativement moins souvent un patron d'attachement sécurisant et plus fréquemment des comportements d'attachement désorganisé lorsque comparés aux enfants de la population générale (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989; Cyr et al., 2010; Stronach et al., 2011). En effet, la désorganisation de l'attachement caractériserait de 48 à 93 % des enfants maltraités alors qu'entre 10 et 20 % des enfants de la population générale développent ce

même patron désorganisé (Carlson et al., 1989; Cicchetti et al., 2006; van IJzendoorn et al., 1999). La désorganisation de l'attachement semble donc être un patron d'attachement typique dans la population maltraitée.

Des études ont évalué différentes variables susceptibles de moduler l'impact de la maltraitance sur la désorganisation de l'attachement, dont l'âge au moment des mauvais traitements et le sous-type de maltraitance perpétré (Cyr et al., 2010; Egeland & Sroufe, 1981; Stronach et al., 2011). Selon certaines études, plus la maltraitance survient tôt dans le développement de l'enfant, plus ce dernier est à risque de développer un patron d'attachement insécurisant (Egeland & Sroufe, 1981). En effet, la maltraitance survenant avant l'âge de 3 ans augmente le risque pour l'enfant de développer un patron d'attachement insécurisant ou désorganisé (Manly et al., 2001).

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le type de maltraitance vécu a un impact sur le patron d'attachement développé, bien que les résultats des études peuvent diverger sur ce point (Cyr et al., 2010; Egeland & Sroufe, 1981). Les enfants négligés semblent davantage à risque de développer un patron d'attachement insécurisant-organisé, alors que les enfants abusés physiquement développent plus souvent un attachement désorganisé (Crittenden, 1988; Valenzuela, 1990). Ces différences s'expliqueraient par le fait que les mères abusives démontrent plus de comportements intrusifs, contrôlant et aversifs envers leurs enfants lorsque comparées aux mères négligentes (Bousha & Twentyman, 1984; Crittenden, 1981). Ces dernières semblent répondre aux besoins de

leur enfant de façon inconstante et ont de la difficulté à établir des limites adaptées au stade de développement. D'un autre côté, d'autres études n'ont pas trouvé de différence au niveau de l'organisation de l'attachement en tenant compte du sous-type, de la chronicité, de la sévérité ou de la fréquence de la maltraitance (Cyr et al., 2010; Stronach et al., 2011). Ces derniers résultats suggèrent plutôt que différents environnements abusifs ou négligents, peu importe la sévérité ou la chronicité des événements, sont potentiellement perturbants face au développement du lien d'attachement. Il est également difficile d'évaluer individuellement l'impact de chaque sous-type étant donné que les enfants sont souvent la cible de plusieurs formes de maltraitance de façon concomitante. D'autres études seraient donc nécessaires afin de clarifier l'impact du type de maltraitance sur le développement du lien d'attachement.

**Les comportements d'attachement des enfants placés en famille d'accueil.** La majorité des enfants placés en famille d'accueil ont été exposés dans leur milieu naturel à diverses pratiques parentales abusives et ont vécu une coupure dans le lien d'attachement avec leur parent biologique, ce qui est très désorganisant (Dozier & Rutter, 2008). Comme ce qui est remarqué chez les enfants maltraités vivant avec leurs parents biologiques, il est attendu que les enfants placés développent des taux disproportionnellement élevés d'attachement insécurisant et désorganisé envers leur parent d'accueil (Dozier et al., 2001; van den Dries et al., 2009). En effet, entre 22 et 41 % des enfants placés en famille d'accueil développent un attachement désorganisé, comparativement à 15 % dans la population générale (Bernier, Ackerman, &

Stovall-McClough, 2004; Dozier et al., 2001; Ponciano, 2010; van IJzendoorn et al., 1999). Au niveau de la sécurité d'attachement, les études trouvent des résultats contradictoires. Certaines études mentionnent que la sécurité d'attachement des enfants placés est similaire à ce qui est retrouvé dans la population générale (Jacobsen, Ivarsson, Wentzel-Larsen, Smith, & Moe, 2014a; Ponciano, 2010; van den Dries et al., 2009), alors que d'autres mentionnent que les enfants placés ont des taux significativement plus bas d'attachement sécurisant (Bovenschen et al., 2015; Gabler et al., 2014). Afin d'expliquer ces divergences, l'âge au moment du placement et les caractéristiques des parents d'accueil ont été étudiées.

La majorité des études s'entendent pour dire que les enfants placés plus jeunes développent plus rapidement des comportements d'attachement sécurisant envers leur mère d'accueil (Stovall-McClough & Dozier, 2004; Stovall & Dozier, 2000; van den Dries et al., 2009). Ces enfants démontrent également moins de comportements évitant et davantage de comportements cohérents en début de placement (Stovall-McClough & Dozier, 2004). Par ailleurs, ceux placés avant leur premier anniversaire développent significativement plus souvent un attachement sécurisant que les enfants placés après leur premier anniversaire (van den Dries et al., 2009). Alors que des comportements d'attachement stables peuvent commencer à émerger dans les deux premières semaines du placement chez les enfants plus jeunes, ils peuvent prendre jusqu'à deux mois à se stabiliser chez les enfants placés plus tardivement (Stovall & Dozier, 2000).

Deux hypothèses sont proposées afin d'expliquer ces observations. Premièrement, le développement d'un patron d'attachement sécurisant est particulièrement sensible lors de la première année de vie. Donc, les expériences de maltraitance vécues pendant les premiers mois de vie ont un impact important sur le développement ultérieur d'une organisation de l'attachement (van den Dries et al., 2009). En effet, les enfants placés plus tardivement auraient vécu des soins inadéquats pendant une plus longue période de temps, ce qui nuirait substantiellement à l'organisation de leurs comportements d'attachement (Dozier et al., 2001; Stovall-McClough & Dozier, 2004). De plus, les enfants placés avant 1 an et demi sont davantage en mesure d'organiser leurs comportements d'attachement en fonction de la disponibilité du pourvoyeur de soins (Dozier et al., 2001). Deuxièmement, les enfants placés plus tardivement adopteraient davantage de comportements d'évitement ou de résistance lorsqu'en détresse (Stovall-McClough & Dozier, 2004). Ces comportements enverraient le message aux parents d'accueil qu'ils ne sont pas nécessaires ou adéquats dans la façon de répondre aux besoins de ces enfants. Donc, les parents d'accueil d'enfants plus vieux adopteraient des stratégies parentales moins sensibles en réaction aux comportements de ces enfants (Stovall & Dozier, 2000).

Les comportements du parent d'accueil ont aussi un impact sur la capacité de l'enfant placé à développer un attachement sécurisant à son égard. En effet, les enfants placés avec des parents engagés, soutenant, sensibles, vivant moins de stress, étant plus jeunes, ayant accueilli moins d'enfants par le passé, accueillant moins d'enfants

simultanément et ayant des représentations d'attachement sécurisantes développent davantage un patron d'attachement sécurisant (Gabler et al., 2014; Oosterman & Schuengel, 2008; Ponciano, 2010; Stovall-McClough & Dozier, 2004). Cette dernière caractéristique a été plus largement étudiée et s'est révélée fortement corrélée au développement d'un patron d'attachement sécurisant chez l'enfant en famille d'accueil (Jacobsen, Ivarsson, Wentzel-Larsen, Smith, & Moe, 2014b). En effet, tel qu'il est attendu chez les dyades biologiques, les enfants placés avec un adulte ayant des représentations d'attachement sécurisantes développent plus souvent un patron d'attachement sécurisant (Dozier et al., 2001). Par contre, le lien entre les représentations d'attachement du parent d'accueil et le patron d'attachement développé par l'enfant ne serait observable que lorsque l'enfant est placé en bas âge (Stovall & Dozier, 2000). Ce lien n'aurait pas été observé lorsque l'enfant est placé plus tardivement. Cette sécurité au niveau des représentations d'attachement du parent d'accueil permettrait à ce dernier d'identifier de manière adéquate les besoins sous-jacents aux comportements d'évitement et de résistance que les enfants démontrent lorsqu'ils sont en détresse. En effet, les parents d'accueil répondant de manière sensible aux comportements d'insécurité de l'enfant stimuleraient le développement d'un patron d'attachement sécurisant chez ce dernier (Oosterman & Schuengel, 2008; Stovall & Dozier, 2000). Selon Dozier et ses collègues (2001), la coupure au niveau de la relation d'attachement telle que vécue par les enfants placés en famille d'accueil est si désorganisante que seule une relation avec un pourvoyeur de soins sensible peut permettre à l'enfant de développer un attachement organisé.

### **Les représentations d'attachement d'enfants maltraités**

Bien que peu d'études se soient penchées jusqu'à maintenant sur l'évaluation des représentations d'attachement au niveau de la population d'enfants maltraitée ou placée en famille d'accueil, il n'est néanmoins pas surprenant que certains chercheurs aient observés que les récits d'attachement de ces enfants soient altérés par les expériences de maltraitance qu'ils ont vécues. Ces expériences façonnent la façon dont ces enfants se représentent leur image de soi et celle de leur pourvoyeur de soin ainsi que la façon dont ils résolvent les enjeux d'attachement dans leurs scénarios (Toth, Cicchetti, Macfie, Maughan, & Vanmeenen, 2000).

De manière générale, les études s'entendent pour dire que les enfants ayant vécu des expériences de maltraitance ont des représentations plus négatives de soi et de leurs figures parentales lorsque comparés aux enfants non-maltraités (Cicchetti, 1991; Toth, Cicchetti, Macfie, & Emde, 1997; Toth et al., 2000). De plus, les enfants maltraités produisent des récits laissant présager une représentation globale de la relation mère-enfant moins positive que les enfants non maltraités (Stronach et al., 2011; Toth et al., 1997). En effet, les enfants maltraités perçoivent la relation mère-enfant comme étant moins sécurisante, épanouissante et fiable et ils construisent des récits où les parents répondent moins fréquemment aux signaux de détresse du protagoniste que les enfants non-maltraités (Macfie et al., 1999; Stronach et al., 2011). Dans certains cas, afin de libérer le protagoniste de sa détresse, l'enfant lui-même a tendance à s'incruster dans le récit. Dans une telle situation, les émotions négatives ressenties par l'enfant devant la

détresse du protagoniste est si envahissante que la limite entre le réel et la fiction devient floue. Ces enfants sortent alors de leur rôle de narrateur pour devenir un acteur et abroger la détresse du personnage (Macfie et al., 1999). Bien que de manière générale les études montrent que les enfants maltraités font des récits plus négatifs que les enfants non maltraités, des différences individuelles dans les représentations d'attachement ont été observées en fonction du type de maltraitance vécue.

Les enfants victimes d'abus physique ont le plus de représentations négatives de soi, mais, de façon contradictoire, ils se représentent également comme ayant un soi grandiose. Selon Toth et ses collègues (2000), la combinaison d'une représentation négative et grandiose de soi chez ces enfants suggère la présence de modèles de soi incompatibles associés à un attachement désorganisé. Ces enfants représentent également leurs figures parentales plus négativement alors qu'ils les dépeignent comme étant plus contrôlantes que ceux ayant été négligés ou abusés sexuellement (Toth et al., 2000).

En contrepartie, les enfants victimes d'abus sexuel sont ceux qui ont les représentations de soi et de leurs figures parentales les plus positives dans le groupe des enfants maltraités (Toth et al., 1997). En lien avec ce dernier résultat, Beaudoin, Hébert et Bernier (2013) ont trouvé que 58 % des enfants abusés sexuellement avaient des représentations d'attachement sécurisantes. Malgré la présence de représentations plus positives chez les enfants abusés sexuellement en comparaison à leurs pairs négligés ou

abusés physiquement, ils présentent néanmoins des représentations d'attachement plus négatives que les enfants non-maltraités (Fresno, Spencer, Ramos, & Pierrehumbert, 2014).

Finalement, les enfants négligés ont une image d'eux-mêmes comme n'étant pas aimable et comme ne méritant pas l'amour de leur entourage (Manly et al., 2001; Toth et al., 2000; van den Dries et al., 2009). Ces derniers ont les représentations de soi les moins positives (Toth et al., 1997), ce qui concorde avec leur histoire de vie puisque ce sont ceux qui ont davantage reçu une attention minimale à leurs besoins de la part de leurs figures parentales. Concernant les représentations de leurs figures parentales, celles-ci seraient plus négatives que celles des enfants abusés sexuellement, mais plus positives que celles des enfants abusés physiquement (Toth et al., 1997).

En bref, les quelques études ayant porté sur la maltraitance mentionnent que les représentations d'attachement des enfants maltraités sont plus négatives, désorganisées et incohérentes que celles d'enfants non-maltraités (Shields, Ryan, & Cicchetti, 2001). Ces enfants ont des parents qui sont très insensibles dans la réponse à leurs besoins, ce qui les amène à percevoir et interpréter le monde de manière imprévisible et chaotique (van den Dries et al., 2009). Ils sont par ailleurs susceptibles de généraliser ces modèles représentationnels à l'ensemble de leurs expériences sociales, ce qui contribue à la répétition de leurs difficultés relationnelles (Shields et al., 2001).

**Les représentations d'attachement des enfants placés en famille d'accueil.** De manière générale, plusieurs études concluent à la présence de représentations d'attachement plus désorganisées et négatives chez les enfants placés en comparaison des enfants de la population générale (Ackerman & Dozier, 2005; Bovenschen et al., 2015; Verschueren, Marcoen, & Schoefs, 1996). En effet, les récits créés par ces enfants sont caractérisés par des dénouements bizarres ou agressifs. Parmi les enfants placés ayant vécu de la maltraitance, ceux ayant vécu des abus physiques sont les plus à risque de présenter ce type de représentations d'attachement (Bovenschen et al., 2015; Joseph, O'Connor, Briskman, Maughan, & Scott, 2014). Les enfants placés en famille d'accueil sont également davantage à risque de développer des représentations de soi négatives (Ackerman & Dozier, 2005).

Malgré que la désorganisation caractérise plus fréquemment les récits d'attachement d'enfants placés en famille d'accueil, des effets positifs du placement sur les représentations d'attachement ont aussi été observés. En effet, certains enfants placés, particulièrement ceux vivant avec un parent d'accueil positif ou sensible, développent des représentations positives de soi et de leurs parents malgré leur passé de maltraitance (Ackerman & Dozier, 2005; Bédard, 2015). Selon Joseph et ses collègues (2014), 9 % des enfants maltraités développent des représentations d'attachement sécurisantes dans leur relation avec leur parent biologique comparativement à 46 % pour la relation avec le parent d'accueil. Cette même étude mentionne que 38 % des enfants qui ont des représentations d'attachement insécurisantes avec leur parent biologique développent

des représentations sécurisantes avec leur parent d'accueil. L'étude de Bédard (2015) appuie ces résultats et spécifie que la sécurité des représentations d'attachement est davantage observée chez les enfants placés à un plus jeune âge. Notons que les autres caractéristiques du placement (temps de placement actuel et le nombre) n'ont pas été associées à la qualité des représentations d'attachement des enfants placés.

Malgré que le placement permette aux enfants de développer des représentations de soi et des autres plus positives, des représentations négatives persistent chez cette population (Hodges, Steele, Hillman, Henderson, & Neil, 2000). En effet, les résultats obtenus par Bédard (2015) démontrent que le placement n'a pas d'effet sur les représentations négatives de soi et des figures parentales que l'enfant a développé antérieurement. Hodges et ses collègues (2000) supportent ce résultat en suggérant que les nouveaux modèles internes opérants que l'enfant développe en famille d'accueil se juxtaposeraient aux modèles précédents au lieu de les remplacer.

### **Trouble de l'attachement**

Les différents patrons d'attachement (sécurisant, insécurisant-évitant, insécurisant-ambivalent et désorganisé), tels que décrits précédemment, représentent de manière développementale le concept d'attachement. Suite à l'étude d'enfants hautement carencés, par exemple dans les orphelinats roumains, une condition psychiatrique décrivant leur mode relationnel a été proposée : le trouble de l'attachement (Chisholm et al., 1995; Rutter et al., 2007). Le trouble de l'attachement est un désordre psychiatrique

qui décrit les enfants manifestant des comportements d'attachement minimaux ou désinhibés lorsqu'en détresse (Zeanah & Smyke, 2008). Il est important de faire la distinction entre les différents patrons d'attachement décrits précédemment et le trouble de l'attachement. En effet, ce dernier est rarement rencontré dans la population générale et il arrive que ce diagnostic soit attribué à tort à des enfants ayant un patron d'attachement insécurisant ou désorganisé (O'Connor & Zeanah, 2003). Également, les manifestations de ce trouble doivent être présentes avant l'âge de 5 ans, donc il faut user de beaucoup de prudence lorsqu'émis à un enfant plus âgé (American Psychiatric Association [APA], 2013a). Ce diagnostic est apparu dans le manuel diagnostique des troubles mentaux de l'APA en 2000 (DSM-IV-TR) et a été révisé dans la nouvelle version publiée en 2013 (DSM-5).

### **Définition du DSM-IV-TR**

Dans le DSM-IV-TR (APA, 2000), le trouble de l'attachement se définit comme étant un mode d'interaction sociale très troublé et inadapté au stade de développement de l'enfant. Cette perturbation est présente dans la plupart des situations et est perceptible avant l'âge de 5 ans. Le DSM-IV-TR scinde le trouble de l'attachement en deux catégories : inhibé et désinhibé. Le trouble de l'attachement de type inhibé se définit comme étant une incapacité à entretenir des relations sociales ou à y répondre de manière adaptée au développement. L'enfant avec ce trouble répond de manière très inhibée, hypervigilante ou ambivalente aux tentatives de relations sociales. D'un autre côté, le trouble de l'attachement désinhibé se caractérise par des liens d'attachement

diffus. En effet, l'enfant manifeste une sociabilité indifférenciée et est incapable de créer des attachements sélectifs.

Malgré que le DSM-IV-TR (APA, 2000) requière de spécifier le type de trouble d'attachement présent chez un enfant, l'étude de Zeanah et ses collègues (2004) a démontré que les types inhibé et désinhibé du trouble de l'attachement pouvaient se retrouver simultanément chez un même enfant. Cette information a mené à plusieurs questionnements quant à cette classification diagnostique. Auparavant, étant donné que ces deux présentations cliniques pouvaient se développer chez des enfants ayant vécus des situations similaires de négligence et d'abus, elles ont été considérées comme étant deux branches d'un même trouble, soit le trouble de l'attachement. Actuellement, le fait qu'ils évoluent différemment selon le contexte dans lequel se développe l'enfant amène des questionnements à savoir s'ils ne seraient pas plutôt l'indication de deux troubles distincts (Zeanah et al., 2004).

### Définition du DSM-5

Dans le DSM-5 (APA, 2013a), le trouble de l'attachement (type inhibé et désinhibé) a été scindé en deux troubles : le trouble réactionnel de l'attachement et le trouble de l'engagement social désinhibé. Malgré l'étiologie semblable de ces deux psychopathologies, le DSM-5 tient compte de leurs différences au niveau de leurs corrélats, leur évolution et la façon dont les enfants qui en sont atteints répondent à l'intervention (APA, 2013b; Lehmann, Breivik, Heiervang, Havik, & Havik, 2016).

**Trouble réactionnel de l'attachement.** Le trouble réactionnel de l'attachement fait référence au trouble de l'attachement de type inhibé du DSM-IV-TR (APA, 2000) et est considéré comme étant un trouble internalisé (APA, 2013b). Dans le DSM-5, le trouble réactionnel de l'attachement se manifeste par des comportements d'inhibition et de retrait émotionnel face au pourvoyeur de soins. Ces comportements se manifestent par une recherche minimale de réconfort et par une réponse minimale au réconfort en situation de détresse. Également, le trouble réactionnel de l'attachement se caractérise par une perturbation sociale et émotionnelle persistante. Deux des éléments suivants doivent être présent : une réponse sociale et émotionnelle minimale envers autrui, une présence réduite des affects positifs, ou des épisodes inexplicables de tristesse, de peur et d'irritabilité lors d'interactions positives et inoffensives avec un adulte. De plus, l'enfant doit avoir vécu des carences de soins extrêmes tels que de la négligence, des changements fréquents et répétitifs de pourvoyeur de soins ou d'être élevé dans un contexte limitant de façon importante la capacité à développer des attachements sélectifs. Ces carences sont perçues comme étant responsables de la désorganisation du comportement mentionné précédemment.

**Trouble de l'engagement social désinhibé.** Le trouble de l'engagement social désinhibé fait référence au sous-type désinhibé du trouble de l'attachement retrouvé dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). Ce n'est qu'à partir du DSM-5 (APA, 2013a) qu'il est classifié comme un trouble distinct. Tout comme pour le trouble réactionnel de l'attachement, la prévalence de ce trouble est inconnue.

Dans le DSM-5 (APA, 2013a), le trouble de l'engagement social désinhibé se définit comme étant un ensemble de comportements caractérisé par des interactions spontanées et actives de l'enfant avec des adultes qu'il ne connaît pas. Ces comportements se manifestent par une absence de réticence à interagir avec les inconnus, par des comportements physiques trop familiers, par une absence de regards de vérification lorsqu'éloigné du pourvoyeur de soin dans un environnement inconnu et par le fait que l'enfant accepte aisément de quitter avec un étranger. Tout comme pour le trouble réactionnel de l'attachement, l'enfant doit avoir vécu des carences de soins extrêmes (négligence, changements fréquents et répétitifs de pourvoyeur de soins ou avoir été élevé dans un contexte limitant de façon importante la capacité à développer des attachements sélectifs), lesquelles sont perçues comme étant responsables de la perturbation du comportement.

Malgré qu'il soit important de distinguer le trouble de l'attachement des patrons comportementaux d'attachement, ces deux conceptualisations ne sont pas mutuellement exclusives. En effet, les enfants ayant un trouble de l'attachement ou de l'engagement social désinhibé ou encore des comportements s'y apparentant peuvent également présenter des comportements d'attachement organisé ou désorganisé à l'égard de leur donneur de soins (Lalande et al., 2012; Minnis et al., 2009; Rutter et al., 2007). Bien que Zeanah et ses collaborateurs proposent que les enfants ayant un trouble réactionnel de l'attachement soient difficilement classifiables du point de vue de l'attachement relationnel puisqu'ils démontrent peu ou pas de comportements d'attachement lors de la

procédure séparation-réunion (Zeanah & Gleason, 2015; Zeanah, Smyke, Koga, & Carlson, 2005), ils ont néanmoins observé qu'une majorité d'enfants avec un trouble réactionnel de l'attachement présentaient également un attachement à leur donneur de soins. Précisément, 53 % des enfants ont obtenu une classification d'attachement désorganisée, 23 % ont une classification sécurisante et 5 % ont une classification insécurisante-évitante (Zeanah & Gleason, 2015; Zeanah et al., 2003). Quant aux enfants ayant un trouble de l'engagement social désinhibé, ceux-ci présentent de manière générale des comportements d'attachement à l'égard de leur figure de soins (APA, 2013a). En effet, on retrouve chez ces enfants des comportements associés à chacune des classifications comportementales de l'attachement (Bakermans-Kranenburg, Dobrova-Krol, & van IJzendoorn, 2011; Zeanah & Gleason, 2015). Toutefois, ces enfants présentent également des manifestations comportementales d'attachement à l'égard d'étrangers (Lalande et al., 2012; Lyons-Ruth, Bureau, Riley, & Atlas-Corbett, 2009). Il est important de noter que bien que les deux conceptualisations de l'attachement puissent cohabiter chez un même enfant, le trouble réactionnel de l'attachement et le trouble de l'engagement social désinhibé sont des diagnostics posés, alors que les classifications comportementales d'attachement qualifient le lien entre l'enfant et un donneur de soins spécifique.

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur l'étude du trouble de l'attachement. Toutefois, les études publiées jusqu'à maintenant utilisent davantage la nomenclature du DSM-IV-TR (APA, 2000). Les informations présentées dans les pages suivantes

utiliseront donc cette façon de décrire les manifestations du trouble de l'attachement chez les enfants maltraités et placés en famille d'accueil.

### **Le trouble de l'attachement chez l'enfant maltraité**

Malgré que l'étude du trouble de l'attachement se soit majoritairement concentrée sur les populations institutionnalisées, les recherches concernant cette pathologie s'étendent tranquillement à d'autres populations, dont la population d'enfants maltraités et placés en famille d'accueil (Kay & Green, 2013; Smyke et al., 2012). Jusqu'à maintenant, la prévalence exacte du trouble de l'attachement est difficile à établir, mais il semble qu'une minorité substantielle d'enfants maltraités manifestent des signes suffisants pour avoir un diagnostic (Boris, Zeanah, Larrieu, Scheeringa, & Heller, 1998; Kočovská et al., 2012; Zeanah et al., 2004). En effet, selon les études, entre 38-60 % des enfants maltraités répondent aux critères diagnostic du trouble réactionnel de l'attachement selon le DSM-IV-TR (APA, 2000) et le manuel de classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – 10<sup>e</sup> version (CIM-10; De la Santé, 1993). Toutefois, les études sur les enfants maltraités sont peu nombreuses, alors que les recherches se concentrent majoritairement sur les enfants placés suite à un séjour en institution.

**Le trouble de l'attachement chez les enfants placés.** En raison des abus et des carences de soins qu'ont expérimentés les enfants ayant un trouble de l'attachement, ces derniers sont fréquemment retirés de leur milieu familial d'origine et pris en charge par

une famille d'accueil ou des parents adoptifs (Follan & McNamara, 2014). Malgré l'absence de données claires sur la prévalence de ce trouble, les symptômes qui y sont associés sont davantage observé chez les enfants placés que chez les enfants de la population générale vivant des carences à plusieurs niveaux (Millward, Kennedy, Towlson, & Minnis, 2006; Minnis, Everett, Pelosi, Dunn, & Knapp, 2006). Les études s'étant intéressées au trouble de l'attachement chez les enfants placés ont majoritairement cherché à voir l'évolution des comportements de l'enfant à travers le temps.

Actuellement, plusieurs études affirment que les comportements d'attachement inhibés diminuent significativement suite au placement en famille d'accueil, alors que les comportements désinhibés ou indiscriminés persistent (Oosterman & Schuengel, 2008; Smyke et al., 2012; Zeanah et al., 2004; Zeanah & Smyke, 2008). En effet, la présence de comportements désinhibés peut être observée jusqu'à deux ans suivant le placement (Chisholm, 1998). Ce résultat laisse croire que les comportements d'attachement désinhibés sont moins influencés par le milieu chaleureux et sensible que procurent les parents d'accueil en comparaison des comportements inhibés. Malgré tout, une légère diminution des comportements désinhibés est perceptible suite au placement alors que les enfants placés en famille d'accueil suite à un séjour en institution manifestent moins de comportements désinhibés que les enfants qui demeurent en institution (Smyke et al., 2012).

Tel qu'il peut être anticipé, la présence de comportements d'attachement inhibés ou désinhibés chez l'enfant est influencée par le temps passé en institution ainsi que par l'âge de l'enfant au moment du placement. En effet, la manifestation de comportements désinhibés suite au placement en famille d'accueil semble être positivement liée au temps passé en institution; plus le séjour en institution des enfants est court, moins ils manifestent de comportements désinhibés à l'âge de 6 ans (O'Connor, Rutter, English, & Romanian Adoptees Study, 2000; Zeanah et al., 2004). De plus, l'âge au moment du placement en famille d'accueil a un impact important sur les comportements des enfants, particulièrement en ce qui a trait à la désinhibition. En effet, les enfants placés avant 24 mois manifesteraient moins de comportements de désinhibition à 30 et 54 mois que les enfants placés après 24 mois (Smyke et al., 2012). Cette relation ne serait pas observée pour ce qui est des comportements inhibés, alors que les enfants placés avant 24 mois ne diffèrent pas des enfants placés après cet âge.

Malgré que le placement en famille d'accueil ait plusieurs avantages sur le développement de l'enfant, le lien qui se construit entre un enfant ayant un trouble de l'attachement et son parent d'accueil demeure fragile compte tenu des besoins énormes que présentent ces enfants du point de vue affectif (Follan & McNamara, 2014). En effet, les parents d'accueil mentionnent se sentir insuffisamment préparés et assaillis par les émotions inattendues de l'enfant. De plus, les enfants ayant un trouble de l'attachement ont tendance à épuiser les ressources parentales par leurs comportements perturbants et leur besoin d'attention important en plus de leur difficulté à faire

confiance à leur donneur de soins. Ainsi, la relation qui se développe entre le parent d'accueil et l'enfant placé avec un trouble de l'attachement est constamment à risque de déstabilisation.

### **Objectifs**

En bref, les études ayant traité de l'attachement des enfants en famille d'accueil sont peu nombreuses et trouvent des résultats divergents. En effet, malgré que la majorité des études s'entendent pour dire que les enfants placés développent plus fréquemment un patron d'attachement comportemental désorganisé à leur mère d'accueil (Dozier et al., 2001; van IJzendoorn et al., 1999), les résultats divergent quant à la sécurité d'attachement : certaines études trouvent des taux similaires à ce qui est retrouvé dans la population générale (Ponciano, 2010; van den Dries et al., 2009) alors que d'autres trouvent des taux plus faibles (Bovenschen et al., 2015; Gabler et al., 2014). Quant aux représentations d'attachement, malgré que des effets positifs suite au placement soient observés, la désorganisation des récits d'attachement prédomine (Ackerman & Dozier, 2005; Bovenschen et al., 2015; Verschueren et al., 1996). Par ailleurs, les études ayant traité de la présence du trouble de l'attachement chez les enfants en famille d'accueil sont également peu nombreuses et se sont intéressées à l'évolution des comportements plutôt qu'au lien pouvant être établi entre ces comportements et l'histoire de maltraitance de l'enfant (Oosterman & Schuengel, 2008; Smyke et al., 2012; Zeanah et al., 2004; Zeanah & Smyke, 2008). Ces études mentionnent une diminution significative des comportements d'inhibition suite au placement, rendant ces comportements moins

pertinents à étudier chez un échantillon d'enfants placés depuis plusieurs mois. Toutefois, les comportements de désinhibition persisteraient, ce qui permet de les étudier davantage. C'est donc pourquoi ces derniers seront étudiés plus en profondeur dans le présent travail, au dépend des comportements d'inhibition.

Les différentes études s'étant intéressées à l'attachement des enfants en famille d'accueil ont eu recours à différentes méthodes d'évaluation de l'attachement, utilisées de manière souvent indifférenciées, et n'ont pas toutes prises en considération l'histoire de maltraitance de l'enfant. Ces enjeux méthodologiques pourraient expliquer les divergences observées puisque la Situation étrangère évalue les comportements d'attachement dans un contexte relationnel et dyadique et les récits d'attachement mesurent les représentations d'attachement de manière individuelle. À ce jour, une seule étude a évalué l'attachement des enfants placés en famille d'accueil en utilisant plusieurs mesures et en considérant l'histoire de maltraitance de l'enfant (Bovenschen et al., 2015). Les résultats de cette étude démontrent une absence de lien entre les comportements et les représentations d'attachement, suggérant que ces deux mesures soient indépendantes. Ce travail doctoral amènera donc des pistes de réflexion supplémentaires concernant l'étude de l'attachement chez une population d'enfants placés en famille d'accueil.

Ce projet d'essai doctoral vise à observer auprès de quelques enfants placés en famille d'accueil les antécédents de maltraitance et de placement, les manifestations

cliniques du trouble de l'attachement ainsi que les expériences d'attachement suite au dernier placement à l'aide de différentes mesures de l'attachement, à la fois comportementales et représentationnelles, afin de poser un regard critique sur la pertinence des différentes mesures dans l'évaluation de ce construit chez des enfants d'âge préscolaire placés en famille d'accueil et ayant des antécédents de maltraitance. Trois objectifs sont poursuivis dans le présent travail. Le premier objectif est d'évaluer la fréquence de chaque patron d'attachement chez les enfants placés et de comparer entre elles les différentes mesures d'attachement (mesures comportementales et représentationnelles). À la lumière des résultats des études ayant évalué l'attachement des enfants lors de la situation étrangère, nous posons l'hypothèse que la fréquence des comportements et des représentations d'attachement désorganisé sera plus importante que celle observée dans la population générale. Nous posons également l'hypothèse que la fréquence des comportements d'attachement sécurisant sera similaire à celle retrouvée dans la population générale.

Le deuxième objectif de l'essai est de vérifier si les différentes mesures d'attachement peuvent être associées aux différentes caractéristiques de l'enfant et de son placement (type de maltraitance vécu, âge au début du placement actuel, nombre de placements vécus et durée du placement actuel). À la lumière des résultats d'études antérieures (Stovall-McClough & Dozier, 2004; Stovall & Dozier, 2000; van den Dries et al., 2009), nous émettons l'hypothèse que la fréquence des comportements et des représentations d'attachement sécurisant sera plus importante chez les enfants placés à

un plus jeune âge, ayant vécu moins de situations de placement et étant placés dans la même famille d'accueil depuis plus longtemps en comparaison aux enfants placés plus tardivement, ayant vécu plusieurs situations de placement et étant dans leur famille actuelle depuis moins longtemps.

Finalement, le dernier objectif est d'observer le lien entre le vécu antérieur de l'enfant (types de maltraitance subis, temps de placement actuel, âge au moment du placement et nombre de placements vécus) et la présence de comportements sociaux désinhibés, ceux-ci étant associés au trouble de l'attachement. En congruence avec les résultats obtenus dans des études antérieures (Oosterman & Schuengel, 2008; Smyke et al., 2012; Zeanah et al., 2004), nous émettons l'hypothèse que les enfants ayant été placés plus tardivement, ayant vécu un nombre de placement plus élevé et dont le temps de placement est plus court adoptent davantage de comportements sociaux désinhibés. Par ailleurs, nous supposons également que les enfants ayant développé un patron d'attachement comportemental et représentationnel désorganisé adoptent davantage de comportements sociaux désinhibés.

## **Méthode**

La section Méthode décrira d'abord les participants rencontrés puis présentera le déroulement de la recherche et les instruments de mesure utilisés.

### **Participants**

L'échantillon du présent essai est issu d'un projet de recherche portant sur des enfants âgés entre 3 et 7 ans et leurs parents d'accueil. L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'efficacité d'une intervention relationnelle sur la sécurité d'attachement, l'adaptation sociale, le développement cognitif et moteur ainsi que sur la qualité des échanges parent-enfant. Les enfants et leur famille d'accueil ont été recrutés par le biais du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les critères d'inclusion de l'étude originale étaient les suivants : l'enfant devait être placé dans sa famille actuelle depuis au moins deux mois et la famille d'accueil devait être engagée à long terme dans l'accueil de l'enfant ou envisager l'adoption de ce dernier. Les enfants présentant une complication médicale lourde telle une paralysie cérébrale ou de l'autisme ainsi que les enfants ayant une déficience intellectuelle ont été exclus de l'étude.

Les données présentées dans le présent travail sont tirées des informations recueillies lors du pré-test du projet de recherche global. Les participants ayant été retenus pour le présent projet devaient avoir complété la procédure séparation-réunion ainsi que la procédure des récits d'attachement. Seules dix familles (36 %) ont complété

ces tâches et peuvent donc être incluses. Les autres enfants, qui n'ont pas été inclus dans le présent projet doctoral, n'ont pas été rencontrés dû à l'absence de consentement du parent biologique ( $n = 12$ ), parce que la tâche de récits d'attachement n'était pas disponible pour des raisons d'immaturité développementale des enfants ( $n = 3$ ) ou pour un problème technique dans l'enregistrement des tâches ( $n = 3$ ).

Les enfants du présent échantillon sont majoritairement des garçons (sept garçons, trois filles) d'âge préscolaire et scolaire dont l'âge varie entre 48 et 84 mois ( $M = 63,60$ ,  $ET = 5,07$ ). Ces derniers vivent une situation de placement pour divers motifs (abus sexuel, abus physique, négligence, maltraitance émotionnelle, abandon ou autre). Le Tableau 1 permet d'identifier les facteurs de risque ainsi que les situations de compromission vécues par les enfants et ayant mené au placement.

Tableau 1

*Fréquence des différentes situations ayant mené au placement de l'enfant*

	<i>n</i>	%
Situations de compromission		
Abus physique	4	40
Abus sexuel	1	10
Négligence	10	100
Facteurs de risque		
Décès d'un parent biologique	-	-
Handicap		
Mère	1	10
Père	-	-
Problème psychiatrique		
Mère	-	-
Père	-	-
Lenteur intellectuelle		
Mère	3	30
Père	-	-
Consommation abusive d'alcool		
Mère	2	20
Père	3	30
Consommation abusive de drogues		
Mère	2	20
Père	3	30
Problèmes avec la justice		
Mère	-	-
Père	4	40

*Note.* L'absence de fréquence n'indique pas nécessairement l'absence de l'événement mais peut aussi être attribuable à un manque d'information disponible.

Les enfants du présent échantillon ont vécu entre 1 et 16 placements différents ( $M = 3,80$ ,  $\bar{ET} = 1,40$ ) et vivent dans leur famille d'accueil actuelle depuis au moins 5 mois ( $M = 26,00$ ,  $\bar{ET} = 5,45$ ). De plus, la plupart des enfants sont placés jusqu'à l'âge de la majorité (70 %) et un seul enfant est adopté par ses parents d'accueil. La majorité des familles d'accueil sont biparentales et considérées comme des familles d'accueil régulières. Le revenu annuel brut varie entre 20 000 \$ et 80 000 \$ et les mères d'accueil ont au moins un diplôme d'études secondaire. Le Tableau 2 présente de manière plus détaillée les informations caractérisant les familles d'accueil ainsi que les variables liées au placement actuel de l'enfant.

Tableau 2

*Caractéristiques des familles d'accueil et variables liées au placement de l'enfant*

Variables	Échantillon (N = 13)	
	n	%
<b>Composition de la famille</b>		
Biparentale	9	90
Monoparentale	1	10
<b>Statut de la famille d'accueil</b>		
Régulière	8	80
Banque mixte	1	10
De proximité	1	10
<b>Scolarité de la mère d'accueil</b>		
Secondaire	6	60
Collégial	2	20
Universitaire	2	20
<b>Revenu familial annuel brut</b>		
20 000 \$ - 40 000 \$	3	30
40 000 \$ - 60 000 \$	3	30
60 000 \$ - 80 000 \$	2	20
80 000 \$ et plus	2	20
	M	ÉT
Nombre d'enfants dans la famille	4,90	0,66
Âge au moment du placement (mois)	36,90	4,34

### Déroulement

Dans le projet de recherche duquel sont issus les participants du présent essai, les enfants ainsi que leurs mères d'accueil ont été invités à participer à deux rencontres constituant le pré-test. La première rencontre s'est déroulée au domicile de la famille

d'accueil et était destinée à l'administration de l'échelle verbale du *WPPSI-III* (Échelle d'intelligence de Weschler pour la période préscolaire et primaire – 3<sup>e</sup> édition, sous-tests *Vocabulaire réceptif* et *Information* pour les enfants âgés entre 24 et 47 mois et sous-tests *Information* et *Vocabulaire* pour les enfants âgés entre 48 et 84 mois). Des questionnaires ont également été remis à la mère d'accueil lors de la visite à domicile afin qu'elle les remette lors de la seconde rencontre. Ceux-ci portaient sur les comportements de l'enfant placé et les caractéristiques du milieu d'accueil. La deuxième séance s'est déroulée en laboratoire dans les locaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) ou dans les locaux du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Cette deuxième option était offerte aux familles demeurant plus loin de l'université. Afin d'assurer la standardisation des mesures, l'équipement audio-visuel, le matériel de jeu ainsi que les locaux utilisés étaient comparables. Lors de cette rencontre, la procédure séparation-réunion et celle des récits d'attachement ont été complétées. La mère d'accueil était également invitée à réaliser une entrevue sur l'engagement parental.

### **Instruments de mesure**

Afin d'étudier les variables incluses dans le présent travail, différents instruments de mesures ont été utilisés. Ceux-ci seront décrits dans la section suivante.

### **Comportements d'attachement**

Afin d'évaluer la qualité des comportements d'attachement de l'enfant à son parent d'accueil, la procédure séparation-réunion, telle que décrite par Cassidy et

Marvin (1992), a été utilisée chez les enfants âgés entre 3 et 5 ans. Cette procédure se divise en quatre épisodes de cinq minutes chacun et se déroule dans un local standardisé où des jouets adaptés à l'âge développemental de l'enfant sont disponibles. Le premier épisode consiste en une séparation entre la mère et l'enfant pendant laquelle l'enfant est laissé seul avec une expérimentatrice inconnue (étrangère). Le deuxième épisode consiste en la réunion entre la mère et l'enfant. Lors du troisième épisode, une deuxième séparation survient et l'enfant est alors laissé seul pendant une période de cinq minutes. Finalement, le quatrième épisode consiste en une seconde réunion entre l'enfant et sa mère. Lors des épisodes de réunion, les mères sont invitées à rejoindre leur enfant dans le local. Aucune consigne ne leur est donnée quant à la façon de faire.

Pour les enfants âgés de 6 ans et plus, la procédure adaptée par Main et Cassidy (1988) a été utilisée. Cette procédure implique des séparations plus longues permettant de respecter davantage les enjeux développementaux des enfants de ce groupe d'âge. Cette procédure se caractérise par deux séparations d'une durée de 45 minutes chacune, suivies par deux réunions de cinq minutes chacune. Pendant les moments de séparation, l'enfant complète diverses tâches en présence d'une expérimentatrice pendant que la mère complète des questionnaires dans un local adjacent.

Afin de codifier la procédure séparation-réunion telle qu'effectuée avec les enfants âgés entre 3 et 5 ans, le *Preschool Attachment Classification System* (Cassidy & Marvin, 1992) a été utilisé. Cette méthode de codification se base sur le jugement qu'a

l'expérimentateur de la façon dont l'enfant utilise son parent comme base de sécurité. Le patron d'attachement primaire attribué à l'enfant est basé sur les comportements principalement observés lors des deux épisodes de réunion. Une classification secondaire peut également être octroyée aux enfants le cas échéant. Cette seconde classification est attribuée aux enfants manifestant des stratégies d'attachement différentes de leur classification primaire au cours des épisodes de réunion. Ces comportements d'attachement, malgré qu'observables, sont moins fréquents ou intenses que les comportements associés à la classification d'attachement primaire. Pour ce qui est des enfants âgés de 6 ans et plus, ils étaient catégorisés grâce au système de classification de Main et Cassidy (1988). Cette façon de codifier est conceptuellement semblable à celle de Cassidy et Marvin et permet de classer les enfants selon cinq patrons d'attachement : sécurisant, insécurisant-évitant, insécurisant-ambivalent, insécurisant-désorganisé ou insécurisant-contrôlant.

Les comportements d'attachement sont classifiés selon huit sous-groupes d'attachement qui sont regroupés en quatre grands patrons d'attachement : sécurisant, insécurisant-évitant, insécurisant-ambivalent et désorganisé. Les enfants classifiés comme ayant un attachement *sécurisant* sont en mesure de gérer la détresse causée par la séparation et d'utiliser leur pourvoyeur de soins comme une base de sécurité. Ils sont généralement calmes et démontrent du plaisir à être en compagnie de leur parent. Les enfants classifiés comme ayant un attachement *insécurisant-évitant* adoptent une attitude neutre vis-à-vis leur figure d'attachement et cherchent à éviter un contact physique et

émotionnel avec cette dernière. Ces enfants cherchent donc généralement à éviter l'intimité avec leur figure d'attachement plutôt que sa présence en tant que tel. L'attachement *insécurisant-ambivalent* s'exprime chez l'enfant par de la résistance ou une immaturité excessive se manifestant par des comportements de passivité et de dépendance. Finalement, les enfants caractérisés comme étant *désorganisés* n'ont pas un patron organisé de comportements, mais démontrent un ensemble de comportements atypiques, tel que des mouvements désordonnés, incomplets ou non-dirigés et peuvent démontrer de la confusion ou de la crainte à la vue de leur figure d'attachement.

Chez les enfants de 6 ans et plus, la désorganisation de l'attachement peut se manifester lorsque les enfants ne sont pas en mesure d'utiliser leur pourvoyeur de soins comme une base de sécurité, mais ne manifestent pas clairement de comportements pouvant appartenir aux patrons *insécurisant-évitant* ou *insécurisant-ambivalent* ou qu'ils présentent des comportements associés à plus d'un patron d'attachement. En plus des comportements désorganisés, certains enfants présentent des comportements de renversement de rôle à l'égard de leur parent, lesquels sont identifiés d'après le patron *insécurisant-contrôlant*. Les enfants classifiés comme ayant un attachement *contrôlant-punitif* adoptent des comportements hostiles et directifs envers leur figure d'attachement, ce qui inclut des menaces verbales et des directives rudes. D'un autre côté, les enfants classifiés comme ayant un attachement *contrôlant-attentionné* cherchent à réjouir et à s'occuper de leur figure d'attachement.

La validité de ces procédures et de leur système de codification a été démontrée dans diverses études évaluant la qualité des comportements d'attachement d'enfants d'âge préscolaire et scolaire (Main et al., 1985; Moss, Bureau, Cyr, Mongeau, & St-Laurent, 2004; Moss et al., 2005; NICHD Early Child Care Research Network & Communication, 2001; Solomon et al., 1995). Dans le présent travail, les différents vidéos ont été codifiés par un codeur expert ayant été formé à l'utilisation de ce système de codification.

### **Représentations d'attachement**

Les représentations d'attachement de l'enfant ont été évaluées à l'aide d'une procédure de récits d'attachement (Solomon et al., 1995). Cette procédure, d'une durée de 30 minutes, demande qu'un expérimentateur présente à l'enfant une série de récits pour lesquels il doit poursuivre les scénarios à l'aide du matériel mis à sa disposition. Lorsque l'examinateur présente les histoires à l'enfant, il utilise différents tons de voix pour chacun des personnages et incite l'enfant à poursuivre le scénario en lui disant : « montre-moi et explique-moi ce qui se passe maintenant ». Quatre histoires permettant d'activer le système d'attachement sont présentées à l'enfant : le genou blessé, le bruit dans la nuit, la séparation parent-enfant et la réunion de la famille. Une première histoire (*chiot trouvé*) sert à familiariser l'enfant avec la tâche.

La codification des différents récits se fait à l'aide des transcriptions des histoires de séparation et de réunion créées par l'enfant en utilisant le système de codification de

George et Solomon (1990-2016). Ce système permet à l'évaluateur de classer l'enfant dans l'un des quatre patrons d'attachement suivant : confiant (sécurisant), indifférent (insécurisant-évitant), préoccupé (insécurisant-ambivalent) et apeuré (désorganisé).

Les enfants classés dans le groupe *confiant* démontrent de la confiance en soi et en leur figure d'attachement dans leurs récits. Les conflits sont résolus adéquatement et les parents viennent en aide de manière efficace et prompte aux problèmes de leur enfant. Les récits créés par les enfants du groupe *indifférent* démontrent que les soins et la protection du parent sont inutiles. Dans la majorité de leurs histoires, le protagoniste résout son problème lui-même ou nie le problème raconté, et son système d'attachement se désactive sans qu'une réelle solution ait été proposée. De plus, les péripéties sont banalisées et la détresse pouvant être vécue par les personnages est minimisée ou supprimée. Les enfants classifiés comme étant *préoccupés* produisent des récits reflétant une inefficacité des soins du parent et une confusion dans la nature de l'obstacle à surmonter. En effet, l'enfant fixe son attention sur un détail de l'histoire, des événements mineurs viennent nuire à la résolution du problème ou certains personnages peuvent poser des questions au lieu de chercher à régler la situation de manière efficace. De plus, la détresse vécue par le protagoniste est amplifiée et est peu en lien avec la source du problème, ce qui nuit à toute possibilité de résolution. Finalement, les récits d'enfants classifiés comme étant *apeurés* sont caractérisés par la désorganisation du personnage principal et par la peur chez le parent. En effet, le chaos et la violence sont non résolus et

le protagoniste demeure en danger. Par ailleurs, l'enfant peut également activement refuser de participer à l'activité.

Cette procédure ainsi que son système de codification ont été validés dans plusieurs études évaluant les représentations d'attachement chez des enfants d'âge préscolaires et scolaires (Dubois-Comtois et al., 2011; Macfie et al., 1999; Moss, Bureau, Bélieau, Zdebik, & Lépine, 2009; Solomon et al., 1995). La codification des récits a été effectuée par un codeur expert ayant été formé à l'utilisation de ce système de codification.

### **Comportements sociaux désinhibés**

Afin d'évaluer les comportements sociaux désinhibés de l'enfant, un questionnaire de cinq questions a été remis à la mère d'accueil. Ce questionnaire a été créé spécifiquement pour le projet de recherche initial en se basant sur les différents critères issus d'une entrevue semi-structurée permettant l'évaluation du trouble de l'attachement désinhibé (Smyke & Zeanah, 1999; Zeanah, Smyke, & Dumitrescu, 2002). Seuls ces symptômes ont été considérés puisqu'il s'agit des plus fréquemment retrouvés chez les enfants placés (Oosterman & Schuengel, 2008; Smyke et al., 2012; Zeanah et al., 2004; Zeanah & Smyke, 2008). Les critères permettant d'évaluer le trouble de l'attachement désinhibé grâce à cette entrevue sont les suivants : absence d'une figure d'attachement différenciée, ne pas rechercher son pourvoyeur de soins après s'en être éloigné, comportement familier avec un adulte inconnu et volonté de l'enfant de quitter avec un

étranger. Les questions composant le questionnaire se trouvent à l'Appendice du présent document.

### **Données sur le placement**

Les informations concernant le type de maltraitance, le nombre de placements vécus, la raison et la durée du placement actuel ainsi que l'âge de l'enfant au moment du placement actuel ont été obtenues suite à la consultation du dossier de l'enfant à la Direction de la protection de la jeunesse. Les caractéristiques de la famille d'accueil ont été recueillies grâce à un questionnaire complété par la mère d'accueil sur leur situation familiale.

## **Résultats**

La section Résultats présente la distribution de l'échantillon sur les différentes mesures à l'étude. Afin de comparer les fréquences des participants sur deux types de mesures, la méthode des tableaux croisés a été privilégiée compte tenu de la petite taille de l'échantillon de cet essai.

### **Fréquence des comportements et représentations d'attachement**

La première partie de la section Résultats présente la distribution des participants sur les mesures de comportements et de représentations d'attachement.

#### **Les patrons d'attachement comportementaux**

Les patrons comportementaux d'attachement à la mère d'accueil se divisent de la façon suivante : deux filles et cinq garçons (70 %) ont été classifiés comme ayant un attachement sécurisant, un garçon (10 %) comme ayant un attachement insécurisant-évitant et une fille et un garçon (20 %) comme ayant un attachement insécurisant-désorganisé. Aucun enfant du présent échantillon n'a été classifié comme ayant un attachement insécurisant-ambivalent. Par ailleurs, six enfants du présent échantillon se sont fait attribuer l'un des patrons d'attachement secondaires suivants : attachement sécurisant (quatre enfants) et attachement insécurisant-évitant (deux enfants). Quatre enfants n'ont pas obtenu de classification secondaire et ceux-ci avaient

tous un attachement sécurisant comme classification primaire. Le Tableau 3 présente les fréquences de chaque patron d'attachement secondaire attribué à l'enfant en fonction de son patron d'attachement primaire.

Tableau 3

*Patron d'attachement secondaire selon le patron d'attachement primaire*

Patrons d'attachement secondaires	Patrons d'attachement primaires					
	Sécurisant		Insécurisant- évitant		Désorganisé	
	n	%	n	%	n	%
Sécurisant	1	14,3	1	100	2	100
Insécurisant-évitant	2	28,6	-	-	-	-
Aucun	4	57,1	-	-	-	-

### Les représentations d'attachement

Les représentations d'attachement des enfants du présent échantillon ont été classés de la manière suivante : un garçon (10 %) comme étant préoccupé, deux garçons et une fille (30 %) comme étant indifférent et quatre garçons et deux filles (60 %) comme étant apeuré. Aucun enfant du présent échantillon n'a été classifié comme ayant des représentations d'attachement confiant. Par ailleurs, des marqueurs de désorganisation sont présents dans les récits de tous les enfants de l'échantillon. Toutefois, certains d'entre eux ont été en mesure de contenir le matériel désorganisé dans leurs histoires

d'attachement de manière à ce qu'ils reçoivent une classification représentationnelle d'attachement organisé (indifférent ou préoccupé).

### **Lien entre les représentations d'attachement et les comportements d'attachement**

Afin de comparer les fréquences des patrons comportementaux et des représentations d'attachement des enfants, la méthode des tableaux croisés a été utilisée. Le Tableau 4 présente la fréquence des représentations d'attachement de chaque enfant en fonction du patron comportemental d'attachement développé à la mère d'accueil.

Ces observations montrent que tous les enfants ayant développé un patron comportemental d'attachement sécurisant à leur mère d'accueil ont des représentations d'attachement sous-jacentes insécurisantes (28,6 %) ou apeurées (71,4 %). Par ailleurs, une correspondance entre les comportements et les représentations d'attachement est observée pour l'enfant ayant développé un patron d'attachement comportemental insécurisant-évitant à sa mère d'accueil. Finalement, des deux enfants présentant des comportements d'attachement désorganisé à leur mère d'accueil, l'un d'entre eux a des représentations d'attachement indifférent et le second a des représentations d'attachement apeuré.

Tableau 4

*Représentations d'attachement selon les patrons comportementaux d'attachement*

	Patrons comportementaux d'attachement					
	Sécurisant (B)		Insécurisant-évitant (A)		Désorganisé (D)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Représentations d'attachement</b>						
Préoccupé (C)	1	14,3	-	-	-	-
Indifférent (A)	1	14,3	1	100	1	50
Apeuré (D)	5	71,4	-	-	1	50

**Les comportements sociaux désinhibés**

Seul un parent d'accueil a affirmé que son enfant s'est déjà perdu dans un endroit public. Cet enfant n'a pas manifesté de détresse lorsqu'il s'est aperçu être perdu. Par ailleurs, cinq mères d'accueil (50 %) affirment que leur enfant accepterait de partir avec un étranger. Trois de celles-ci affirment que leur enfant quitterait avec un étranger sans hésitation et les deux autres mentionnent que leur enfant prendrait un temps de réflexion avant de quitter avec la personne inconnue. De plus, neuf enfants (90 %) de cet échantillon s'approchent des étrangers et leur parlent alors que seul un enfant ne le fait jamais. Plus précisément, deux enfants (20 %) le font parfois, cinq enfants (50 %) le font souvent et deux enfants (20 %) le font toujours lorsqu'ils en ont l'occasion. Parallèlement, huit enfants (80 %) sont décrits comme étant amicaux avec de nouveaux adultes. Finalement, malgré que les enfants du présent échantillon semblent plutôt à

l'aise devant les étrangers, seuls trois enfants (30 %) sont décrits comme n'étant jamais gênés ou intimidés devant un étranger. Cinq enfants (50 %) sont décrits comme étant parfois gênés et deux enfants (20 %) sont dits être souvent gênés ou intimidés devant un étranger.

Afin de combiner les données recueillies dans ces items, une analyse factorielle en composantes principales, avec la méthode de rotation *Varimax*, a été effectuée sur les réponses obtenues au questionnaire évaluant le comportement social désinhibé de l'enfant (voir Tableau 5). Alors qu'il est recommandé de réaliser ce type d'analyses sur de plus grands échantillons, un ratio 2:1 de participants pour le nombre de variables peut être considéré satisfaisant. D'ailleurs, près de 15 % des études publiées dans psychINFO présenterait un ratio équivalent ou inférieur à 2:1 (Costello & Osborne, 2005). Les résultats de cette analyse factorielle mettent en évidence deux facteurs distincts : la proximité avec les étrangers et l'éloignement par rapport aux donneurs de soins.

Tableau 5

*Analyse factorielle du questionnaire évaluant les comportements sociaux désinhibés de l'enfant*

	Facteur 1 <sup>a</sup>	Facteur 2 <sup>b</sup>
Valeur réelle (Eigenvalue)	2,89	1,18
% Variance	57,78	23,67
<b>Matrice</b>		
Item 1 : enfant perdu dans un endroit public	-0,61	0,70
Item 2 : enfant partirait avec un étranger pour aller chez lui	0,04	0,95
Item 3 : enfant amical avec tous les nouveaux adultes	0,92	0,05
Item 4 : enfant gêné ou intimidé devant un étranger	-0,86	0,09
Item 5 : enfant s'approche spontanément des étrangers	0,76	-0,36

<sup>a</sup> Facteur 1 : Proximité avec les étrangers;

<sup>b</sup> Facteur 2 : Éloignement de ses donneurs de soins

Les scores de régression des deux facteurs ont été sauvegardés et utilisés dans les analyses descriptives subséquentes. Afin de faciliter l'analyse des données, les résultats de chaque participant aux facteurs ont été regroupés de la façon suivante : les enfants obtenant un résultat entre -2,0 et -0,7 au facteur étaient classifiés dans le groupe « faible », ceux obtenant un résultat entre -0,69 et 0,69 étaient classifiés dans le groupe « modéré » et ceux obtenant un résultat entre 0,7 et 2,0 étaient classifiés dans le groupe « élevé ». Pour les deux facteurs, 30 % des enfants ont obtenu un score faible, 50 % un score modéré et 20 % un score élevé.

**Lien entre les comportements sociaux désinhibés et les patrons d'attachement comportementaux**

La correspondance entre les patrons d'attachement comportementaux et les facteurs du questionnaire jugeant des comportements sociaux désinhibés a été évaluée grâce à la méthode des tableaux croisés (voir Tableau 6). Les résultats suggèrent que les enfants ayant un patron d'attachement sécurisant obtiennent des scores faibles ou modérés au facteur éloignement du donneur de soins. Par contre, au facteur proximité avec les étrangers, les sept enfants d'attachement sécurisant se répartissent dans les trois niveaux de résultats. L'enfant ayant développé un patron d'attachement évitant à sa mère d'accueil a obtenu un score modéré à chacun des deux facteurs. Finalement, les enfants ayant développé un attachement désorganisé à leur mère d'accueil ont tous deux obtenu un score élevé au facteur éloignement du donneur de soins. Au facteur proximité aux étrangers, un des enfants a obtenu un score élevé, alors que le deuxième a obtenu un score faible.

Tableau 6

*Associations entre les comportements sociaux désinhibés et les patrons d'attachement*

	Sécurisant		Insécurisant-évitant		Désorganisé	
	n	%	n	%	n	%
<b>Proximité aux étrangers</b>						
Élevé	2	28,6	-	-	-	-
Modéré	3	42,8	1	100	1	50
Faible	2	28,6	-	-	1	50
<b>Éloignement du donneur de soin</b>						
Élevé	-	-	-	-	2	100
Modéré	4	57,2	1	100	-	-
Faible	3	42,8	-	-	-	-

En bref, les enfants ayant développé un attachement sécurisant à leur mère d'accueil semblent moins s'éloigner de leur donneur de soin que les enfants ayant développé un attachement insécurisant-évitant ou désorganisé. D'un autre côté, certains enfants ayant un attachement sécurisant semblent manifester une grande proximité avec les étrangers alors qu'ils sont les seuls qui ont obtenu un score élevé au premier facteur. Par ailleurs, les résultats semblent également suggérer que les enfants vivant une désorganisation dans leur lien d'attachement s'éloignent davantage de leur pourvoyeur de soins que les enfants ayant pu organiser leurs comportements d'attachement. Néanmoins, ces résultats doivent être interprétés avec prudence étant donné la petite taille de l'échantillon.

### **Lien entre les comportements sociaux désinhibés et les représentations d'attachement**

Le lien entre les représentations d'attachement et les facteurs du questionnaire jugeant des comportements sociaux désinhibés a été évalué grâce à la méthode des tableaux croisés (voir Tableau 7). Les résultats suggèrent que les enfants ayant des représentations d'attachement apeuré obtiennent des scores modérés à élevés au facteur proximité aux étrangers et des scores généralement modérés au facteur éloignement du donneur de soin. Ces résultats supposent que ces enfants manifestent une grande proximité avec les étrangers et qu'ils s'éloignent modérément de leur donneur de soins. Par ailleurs, l'enfant ayant des représentations d'attachement préoccupé a obtenu un score modéré au facteur proximité aux étrangers et un score faible au facteur éloignement du donneur de soins. Finalement, les trois enfants ayant des représentations d'attachement indifférent ont obtenu des scores faibles ou modérés au facteur proximité aux étrangers et se sont distribués également sur les trois niveaux du facteur éloignement du donneur de soins.

Tableau 7

*Associations entre les résultats aux facteurs et les représentations d'attachement*

	Préoccupé		Indifférent		Apeuré	
	n	%	n	%	n	%
<b>Proximité aux étrangers</b>						
Élevé	-	-	-	-	2	33,3
Modéré	1	100	1	33,3	3	50,0
Faible	-	-	2	66,7	1	16,7
<b>Éloignement du donneur de soin</b>						
Élevé	-	-	1	33,3	1	16,7
Modéré	-	-	1	33,3	4	66,7
Faible	1	100	1	33,3	1	16,7

En bref, malgré la petite taille de l'échantillon, la désorganisation des représentations d'attachement semble associée à des comportements de proximité avec les étrangers et à un éloignement modéré des donneurs de soins. Les résultats ne sont toutefois pas aussi clairs concernant les enfants ayant des représentations d'attachement insécurisant-organisé, malgré le fait que l'enfant avec des représentations d'attachement préoccupé soit peu enclin à s'éloigner de son donneur de soin et que les enfants avec des représentations indifférentes semblent moins portés à approcher les étrangers.

### **Lien entre l'attachement et le type de maltraitance**

Dans le présent échantillon, 40 % des enfants ont vécu plusieurs types de maltraitance simultanément avant leur placement. En effet, en plus d'avoir tous vécu de la négligence, quatre enfants (trois garçons, une fille) ont été victimes d'abus physiques, parmi lesquels l'un d'entre eux (un garçon) a également vécu de l'abus sexuel. Les autres enfants (quatre garçons, deux filles) de cet échantillon n'ont vécu que de la négligence de la part de leur parent naturel avant leur placement. Afin d'évaluer la fréquence de chaque patron d'attachement en fonction du type de maltraitance vécu, la méthode des tableaux croisés a été utilisée. Le Tableau 8 présente les fréquences des comportements d'attachement primaire et des représentations d'attachement attribué à l'enfant en fonction du type de maltraitance vécu.

Tableau 8

*Patrons comportementaux et représentations d'attachement selon les types de maltraitance vécus*

	Négligence + abus physique + abus sexuel		Négligence + abus physique		Négligence	
	n	%	n	%	n	%
<b>Comportements d'attachement</b>						
Sécurisant	1	100	2	66,7	4	66,6
Insécurisant-évitant	-	-	-	-	1	16,7
Désorganisé	-	-	1	33,3	1	16,7
<b>Représentations d'attachement</b>						
Préoccupé	-	-	-	-	1	20,0
Indifférent	-	-	1	25,0	2	40,0
Apeuré	1	100	3	75,0	2	40,0

Les résultats obtenus suggèrent que les enfants maltraités, qu'ils aient vécu une ou plusieurs formes de maltraitance de manière concomitante dans leur milieu familial d'origine, développent dans la majorité des cas des comportements d'attachement sécurisant envers leur mère d'accueil. Par contre, une majorité d'enfants ayant des comportements d'attachement sécurisant n'ont été exposé qu'à de la négligence dans leur milieu naturel. Par ailleurs, il semble que l'enfant ayant vécu plusieurs types de maltraitance de manière concomitante a plus de risque de développer des représentations d'attachement apeuré. En effet, les taux de représentations désorganisées augmentent et

la variabilité des patrons représentationnels d'attachement attribués diminue chez les enfants ayant vécu plus d'un type de maltraitance simultanément. De plus, ces résultats illustrent que les enfants maltraités de notre échantillon, peu importe leur historique de maltraitance, ne sont pas en mesure d'organiser leurs représentations d'attachement de manière sécurisante.

Les comportements sociaux désinhibés des enfants ont également été comparés en fonction du type de maltraitance. Les fréquences sont présentées au Tableau 9. Alors que les enfants ayant subi uniquement une situation de négligence (six enfants) obtiennent un score faible ou modéré quant à la proximité aux étrangers, ceux ayant obtenu des scores élevés à ce facteur ( $n = 2$ ) ont systématiquement vécus plus d'une forme de mauvais traitement. Quant à l'éloignement du donneur de soins, un seul enfant négligé obtient un score élevé, suggérant que la majorité des enfants négligés s'éloignent peu ou modérément de leur pourvoyeur de soins et qu'ils recherchent peu de proximité avec les étrangers.

Tableau 9

*Résultats de l'analyse factorielle en fonction du type de maltraitance*

	Négligence + abus physique + abus sexuel		Négligence + abus physique		Négligence	
	n	%	n	%	n	%
<b>Proximité aux étrangers</b>						
Élevé	1	100	1	33,3	-	-
Modéré	-	-	1	33,3	4	66,7
Faible	-	-	1	33,3	2	33,3
<b>Éloignement du donneur de soins</b>						
Élevé	-	-	1	33,3	1	16,7
Modéré	1	100	1	33,3	3	50,0
Faible	-	-	1	33,3	2	33,3

Concernant l'enfant ayant vécu des abus sexuels et physique ainsi que de la négligence, ce dernier obtient un score élevé au facteur proximité aux étrangers et un score modéré au facteur éloignement du donneur de soins. En ce qui a trait aux enfants ayant été victime d'abus physique et de négligence, aucune tendance générale ne peut être illustrée quant à la proximité des étrangers et l'éloignement du donneur de soin.

En bref, les résultats issus de notre échantillon suggèrent que plus les enfants ont vécu de types de maltraitance de manière concomitante, plus ils obtiennent un score élevé au facteur proximité aux étrangers. En effet, les enfants n'ayant vécu que de la

négligence n'obtiennent que des scores faibles ou modérés à ce facteur. Par ailleurs, de manière générale, les enfants qui manifestent une proximité aux étrangers ont également tendance à s'éloigner de leur donneur de soin et vice-versa. Chez les enfants de notre échantillon, ce constat est vrai peu importe le type de maltraitance vécu.

### **Attachement et variables liées au placement**

Afin de faciliter l'analyse des données, les informations concernant l'âge des enfants au moment du placement actuel, le temps de placement et le nombre de placements vécus ont été regroupées en fonction de la fréquence se retrouvant dans notre échantillon. Trois groupes par variable ont été formés. Les informations concernant l'âge des enfants au moment du placement actuel ont été regroupées de la façon suivante : 10-18 mois, 19-36 mois et 37-61 mois. Les informations concernant le temps de placement ont été regroupées de la façon suivante : 5-12 mois, 13-24 mois et plus de 24 mois. Finalement, les informations concernant le nombre de placements vécus ont été regroupées de la façon suivante : 1-2 placements, 3-4 placements et 16 placements (incluant des placements de répit). Aucun enfant n'a vécu entre 5 et 15 situations de placement. Le Tableau 10 montre la distribution des enfants de l'échantillon en fonction des différentes variables liées au placement.

Tableau 10

*Fréquences en fonction des variables liées au placement (âge au moment du placement, temps de placement et nombre de placements)*

	Échantillon total (N = 10)	
	n	%
<b>Âge au moment du placement actuel</b>		
10-18 mois	1	10
19-36 mois	5	50
37-61 mois	4	40
<b>Temps de placement</b>		
5-12 mois	3	30
13-24 mois	3	30
25 mois et plus	4	40
<b>Nombre de placements</b>		
1-2 placements	5	50
3-4 placements	4	40
16 placements	1	10

#### **Attachement et âge au moment du placement actuel**

Concernant l'âge au moment du placement, un seul enfant (10 %) a été placé avant l'âge de 18 mois, 50 % ont été placés entre 19 et 36 mois et 40 % ont été placés après 36 mois dans leur famille d'accueil actuelle. Le Tableau 11 présente la proportion d'enfants dans chaque groupe d'attachement en fonction de l'âge au placement actuel.

Tableau 11

*Patrons comportementaux et représentations d'attachement  
selon l'âge au moment du placement actuel*

	Âge au moment du placement actuel					
	10-18 mois		19-36 mois		37-61 mois	
	n	%	n	%	n	%
<b>Comportements d'attachement</b>						
Sécurisant	-	-	3	60	4	100
Insécurisant-évitant	-	-	1	20	-	-
Désorganisé	1	100	1	20	-	-
<b>Représentations d'attachement</b>						
Préoccupé	-	-	1	20	-	-
Indifférent	1	100	1	20	1	25
Apeuré	-	-	3	60	3	75

L'enfant ayant été placé entre 10 et 18 mois a développé un attachement désorganisé à sa mère d'accueil et a des représentations d'attachement indifférent. Parmi les enfants âgés entre 19 et 36 mois au moment du placement actuel, trois d'entre eux (60 %) ont développé un attachement sécurisant à leur mère d'accueil et les deux autres ont développé soit un attachement insécurisant-évitant (20 %), soit un attachement désorganisé (20 %). D'un autre côté, trois (60 %) de ceux-ci ont des représentations d'attachement apeuré, un (20 %) a des représentations d'attachement indifférent et le dernier (20 %) a des représentations d'attachement préoccupé. Finalement, les quatre

enfants âgés entre 37 et 61 mois au moment du placement actuel ont développé un attachement sécurisant à leur mère d'accueil, mais trois (75 %) ont des représentations d'attachement apeuré et le quatrième (25 %) a des représentations d'attachement indifférent.

L'âge au moment du placement a été mis en lien avec les résultats obtenus au questionnaire évaluant les comportements sociaux désinhibés grâce à la méthode des tableaux croisés. Les résultats sont présentés au Tableau 12. L'enfant ayant été placé entre 10 et 18 mois a obtenu un score faible au premier facteur (proximité aux étrangers) et un score élevé au second (éloignement du donneur de soins). Concernant les enfants ayant été placés entre 19-36 mois, ils obtiennent tous un résultat modéré ou élevé au premier facteur et, de ceux-ci, un seul enfant obtient un résultat faible au deuxième facteur. Cet enfant a un score modéré au premier facteur. Finalement, deux des enfants ayant été placés entre 36-61 mois obtiennent un score faible aux deux facteurs et les deux autres enfants obtiennent des scores modérés aux deux facteurs.

Tableau 12

*Associations entre les résultats aux facteurs et l'âge au moment du placement*

	10-18 mois		19-36 mois		37-61 mois	
	n	%	n	%	n	%
<b>Proximité aux étrangers</b>						
Élevé	-	-	2	40	-	-
Modéré	-	-	3	60	2	50
Faible	1	100	-	-	2	50
<b>Éloignement du donneur de soins</b>						
Élevé	1	100	1	20	-	-
Modéré	-	-	3	60	2	50
Faible	-	-	1	20	2	50

**Attachement et temps de placement actuel**

Concernant le temps de placement, trois (30 %) enfants sont dans leur famille actuelle depuis 5 à 12 mois, trois enfants (30 %) y sont placés depuis 13 à 24 mois et quatre (40 %) enfants y sont accueillis depuis 25 mois et plus. Le Tableau 13 présente la proportion d'enfants dans chaque groupe d'attachement en fonction du temps de placement actuel.

Tableau 13

*Patrons comportementaux et représentations d'attachement  
selon le temps de placement actuel*

	Temps de placement actuel					
	5-12 mois		13-24 mois		25 mois et plus	
	n	%	n	%	n	%
<b>Comportements d'attachement</b>						
Sécurisant	2	66,7	3	100	2	50
Insécurisant-évitant	1	33,3	-	-	-	-
Désorganisé	-	-	-	-	2	50
<b>Représentations d'attachement</b>						
Préoccupé	-	-	-	-	1	25
Indifférent	2	66,7	-	-	1	25
Apeuré	1	33,3	3	100	2	50

Des enfants placés depuis un an ou moins dans leur famille actuelle, deux (66,7 %) ont développé un attachement sécurisant à leur mère d'accueil et le troisième a développé un patron d'attachement insécurisant-évitant. De plus, deux de ces trois enfants (66,6 %) ont des représentations d'attachement indifférent et le troisième a des représentations d'attachement apeuré. Concernant les enfants placés dans leur famille actuelle depuis 13 à 24 mois, les trois (100 %) enfants ont un attachement de type sécurisant à leur mère d'accueil et ils ont tous des représentations d'attachement apeurées. Finalement, deux des quatre enfants (50 %) placés dans leur famille actuelle

depuis plus de deux ans ont développé un attachement sécurisant à leur mère d'accueil alors que les deux (50 %) autres ont développé un patron d'attachement désorganisé. Parallèlement, deux de ces quatre enfants (50 %) ont des représentations d'attachement apeuré, un a des représentations d'attachement indifférent et le dernier a des représentations d'attachement préoccupé.

Le temps de placement a été mis en lien avec les comportements sociaux désinhibés à l'aide de la méthode des tableaux croisés. Les résultats sont présentés au Tableau 14. Les trois enfants étant placés depuis 5 à 12 mois dans leur famille d'accueil actuelle obtiennent un score faible ou modéré aux deux facteurs. Plus spécifiquement, deux de ces enfants obtiennent un score modéré aux deux facteurs et le troisième obtient un score faible aux deux facteurs. Concernant les enfants placés depuis 13-24 mois, l'un d'entre eux obtient un score faible aux deux facteurs, un autre obtient un score modéré aux deux facteurs et le troisième obtient un score élevé au premier facteur et un score modéré au second facteur. Finalement, les résultats des enfants placés depuis 25-60 mois ne permettent pas de faire ressortir une tendance générale alors que les enfants sont distribués sur les trois niveaux aux deux facteurs.

Tableau 14

*Association entre les résultats aux facteurs et le temps de placement*

	5-12 mois		13-24 mois		25 mois et plus	
	n	%	n	%	n	%
<b>Proximité aux étrangers</b>						
Élevé	-	-	1	33,3	1	25
Modéré	2	66,7	1	33,3	2	50
Faible	1	33,3	1	33,3	1	25
<b>Éloignement du donneur de soins</b>						
Élevé	-	-	-	-	2	50
Modéré	2	66,7	2	66,7	1	25
Faible	1	33,3	1	33,3	1	25

**Attachement et nombre de placements**

Concernant le nombre de placements, cinq (50 %) enfants en sont à leur première ou leur deuxième expérience de placement, quatre enfants (40 %) en sont à leur troisième ou quatrième expérience de placement et le dernier (10 %) en est à sa 16<sup>e</sup> expérience de placement. Le Tableau 15 présente la proportion d'enfants dans chaque groupe d'attachement en fonction du nombre de placements vécus.

Tableau 15

*Patrons comportementaux et représentations d'attachement  
selon le nombre de placements vécus*

	Nombre de placements vécus					
	1-2 placements		3-4 placements		16 placements	
	n	%	n	%	n	%
<b>Comportements d'attachement</b>						
Sécurisant	3	60	3	75	1	100
Insécurisant-évitant	1	20	-	-	-	-
Désorganisé	1	20	1	25	-	-
<b>Représentations d'attachement</b>						
Préoccupé	-	-	1	25	-	-
Indifférent	2	40	1	25	-	-
Apeuré	3	60	2	50	1	100

De ceux ayant vécus entre une et deux situations de placement, trois (60 %) ont développé un patron d'attachement sécurisant, un (20 %) a développé un patron d'attachement insécurisant-évitant et le dernier (20 %) a développé un patron d'attachement désorganisé. De ces cinq enfants, trois (60 %) ont des représentations d'attachement apeuré et les deux autres ont des représentations d'attachement indifférent. Chez ceux ayant vécu 3-4 situations de placements, trois enfants ont développé des comportements d'attachement sécurisant et le dernier a développé un attachement désorganisé à sa mère d'accueil. Au niveau des représentations

d'attachement l'un d'entre eux a des représentations d'attachement préoccupé, le second a des représentations d'attachement indifférent et les deux derniers ont des représentations d'attachement apeuré. Finalement, l'enfant en étant à sa 16<sup>e</sup> situation de placement a développé un patron d'attachement sécurisant à sa mère d'accueil actuelle et a des représentations d'attachement apeuré.

Le nombre de placements a été mis en lien avec les comportements sociaux désinhibés à l'aide de la méthode des tableaux croisés. Les résultats sont présentés au Tableau 16. Chez les cinq enfants en étant à leur première ou leur deuxième situation de placement, deux enfants obtiennent un score faible et trois enfants obtiennent un score modéré au premier facteur. Seul un de ces enfants obtient un score élevé au deuxième facteur et les autres obtiennent un score faible ou modéré. Chez les enfants ayant vécus entre trois et quatre situations de placement, aucune tendance générale ne peut être ressortie. En effet, les enfants sont distribués à travers les trois niveaux à chacun des facteurs, avec un enfant de plus au niveau modéré aux deux facteurs. Finalement, l'enfant en étant à sa 16<sup>e</sup> situation de placement a obtenu un score élevé au facteur proximité aux étrangers et un score modéré au facteur éloignement des donneurs de soins.

Tableau 16

*Associations entre les résultats aux facteurs et le nombre de placements*

	1-2 placements		3-4 placements		16 placements	
	n	%	n	%	n	%
<b>Proximité aux étrangers</b>						
Élevé	-	-	1	25	1	100
Modéré	3	60	2	50	-	-
Faible	2	40	1	25	-	-
<b>Éloignement du donneur de soins</b>						
Élevé	1	20	1	25	-	-
Modéré	2	40	2	50	1	100
Faible	2	40	1	25	-	-

## **Discussion**

La question de recherche ayant mené au présent travail est la suivante : Quelles sont les particularités associées aux différentes mesures d'attachement lorsqu'elles sont utilisées auprès d'enfants placés en famille d'accueil? Afin de répondre à cette question, les antécédents de maltraitance et de placement ainsi que les expériences d'attachement de 10 enfants vivant en famille d'accueil ont été décrites. Trois objectifs précis ont guidé l'analyse des informations recueillies. Le premier objectif était d'évaluer la fréquence des patrons d'attachement comportementaux et représentationnels de chaque enfant pour ensuite être en mesure de les comparer. Le second objectif visait à décrire les différentes variables liées au placement (types de maltraitance vécus, âge au moment du placement, nombre de placements et temps de placement actuel) en fonction de la classification comportementale et représentationnelle d'attachement de chaque enfant. Le troisième objectif cherchait à identifier si les comportements sociaux désinhibés de chaque enfant pouvaient être mis en lien avec le patron comportemental d'attachement, les représentations d'attachement et les variables liées au placement.

### **Évaluation des comportements et représentations d'attachement**

Dans la section suivante, les fréquences des comportements et des représentations d'attachement seront discutées en lien avec les résultats trouvés dans la littérature.

### **Les patrons d'attachement comportementaux**

Dans cette étude, nous obtenons un taux d'attachement sécurisant similaire à ce qui est retrouvé chez les enfants de la population générale, mais plus élevé que dans certaines études sur les enfants placés en famille d'accueil. En effet, 62 % des enfants de la population générale développent un attachement sécurisant à leur pourvoyeur de soins et, chez les enfants placés, les études relatent un taux d'attachement sécurisant comparable ou moindre (Bovenschen et al., 2015; Gabler et al., 2014; Jacobsen et al., 2014a; Ponciano, 2010; van den Dries et al., 2009; van IJzendoorn et al., 1999). Dans notre échantillon, 70 % des enfants ont développé un tel patron à leur mère d'accueil, suggérant que les enfants placés de cet échantillon adoptent majoritairement des comportements empreints de sécurité à l'égard de leur donneur de soins lorsqu'en détresse. Concernant les classifications d'attachement secondaire, deux des enfants ayant un patron d'attachement sécurisant obtiennent une classification secondaire évitante. Ce constat montre que ces enfants n'adoptent pas uniquement des comportements sécurisant en situation de détresse, bien qu'ultimement ils arrivent à trouver du réconfort chez leur figure d'attachement. Certains enfants placés ont donc tendance à adopter quelques comportements d'attachement insécurisant afin de maintenir la proximité de leur pourvoyeur de soins malgré une stratégie primaire d'attachement sécurisant. Par ailleurs, les autres enfants (cinq enfants sur sept) classifiés comme ayant un patron d'attachement primaire sécurisant obtiennent soit une classification secondaire sécurisante ou nulle, suggérant qu'ils n'ont recours qu'à des stratégies comportementales sécurisantes. En

effet, ces enfants n'adoptent que des comportements empreints de sécurité lorsqu'en détresse.

D'un autre côté, le taux de désorganisation de l'attachement du présent échantillon est comparable à ce qui est retrouvé dans la population générale, soit 20 % (van IJzendoorn et al., 1999). Ce résultat est néanmoins contraire à ce qui est mentionné dans la littérature sur les enfants placés alors que la majorité des études s'entendent pour dire qu'ils présentent un taux plus élevé d'attachement désorganisé (Bernier et al., 2004; Dozier et al., 2001; Ponciano, 2010; van IJzendoorn et al., 1999). Par ailleurs, les enfants de notre échantillon ayant une classification primaire d'attachement désorganisé ont tous obtenu une classification secondaire d'attachement sécurisant, ce qui n'est pas congruent à ce qui est retrouvé dans les écrits scientifiques. En effet, il est mentionné que seuls 14 % des enfants de la population générale avec un patron d'attachement désorganisé ont une classification d'attachement secondaire sécurisante (van IJzendoorn et al., 1999). Le résultat obtenu dans le présent travail suggère donc que malgré qu'il s'agisse de comportements de désorganisation qui prédominent en situation de détresse chez certains enfants, quelques comportements sécurisants sont également observés. Ces derniers comportements pourraient également prédominer quotidiennement en l'absence de stresseur (Tharner et al., 2013).

Les enfants ayant un patron d'attachement insécurisant-organisé (ambivalent et évitant) sont sous-représentés dans le présent échantillon, comme dans plusieurs autres

études traitant de l'attachement chez les enfants placés. En effet, dans le présent travail, un seul enfant a développé un patron d'attachement insécurisant-évitant et aucun enfant n'a développé de patron d'attachement insécurisant-ambivalent. Dans l'étude de Ponciano (2010), 11 % des enfants placés sont classifiés comme ayant un attachement insécurisant-évitant et 9 % comme étant insécurisant-ambivalent. Le petit échantillon de la présente étude pourrait expliquer les différences observées. Par ailleurs, l'enfant ayant un patron d'attachement insécurisant-évitant a une classification secondaire d'attachement sécurisant.

Afin d'expliquer l'ensemble de nos observations sur les comportements d'attachement, plusieurs hypothèses peuvent être posées en lien avec la qualité du milieu d'accueil, lequel n'a pas fait l'objet d'investigation dans le présent travail. Certaines caractéristiques du milieu d'accueil favoriseraient le développement de comportements d'attachement sécurisant tel quel la sensibilité du parent d'accueil. Les études sur l'attachement ont largement documenté l'association entre des comportements parentaux sensibles et le développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant (van IJzendoorn, 1995) et les études sur la population des enfants placés en famille d'accueil abondent dans le même sens (Oosterman & Schuengel, 2008; Stovall & Dozier, 2000). Le placement en famille d'accueil étant marqué par la perte du milieu familial d'origine et la création de nouvelles relations au sein du milieu substitut, la façon dont les parents d'accueil soutiennent l'arrivée et l'ancre de l'enfant à son nouveau milieu s'avère cruciale pour ce dernier. À cet égard, Mary Dozier a développé le concept d'engagement

parental qui se définit comme étant le désir du parent à entretenir une relation privilégiée avec l'enfant qu'il accueille (Bates & Dozier, 1998). L'étude de Dozier et Lindhiem (2006) montre que les enfants placés dans des familles d'accueil dont le parent est davantage engagé développent plus fréquemment des patrons d'attachement sécurisant. Donc, en s'appuyant sur les données cette étude, nous pourrions poser l'hypothèse que les résultats obtenus au niveau des comportements d'attachement chez les enfants de notre échantillon pourraient être expliqués par des parents d'accueil davantage engagés dans le lien avec l'enfant et par une variabilité moindre de leur sensibilité que ce qui est retrouvé dans la littérature. Une telle hypothèse mérite d'être testée empiriquement, mais le fait que ces enfants étaient placés à long terme dans leur famille d'accueil, assurant ainsi la stabilité de l'enfant dans son milieu familial substitut, pourrait venir soutenir cette hypothèse.

Par ailleurs, puisque les parents d'accueil de notre échantillon ont accepté de participer à une recherche évaluant l'efficacité d'une intervention relationnelle parent-enfant, il serait possible de croire que ces derniers sont davantage intéressés par les enjeux relationnels et qu'ils cherchent à offrir à l'enfant le meilleur milieu de vie possible pour eux. Étant intéressés par ces enjeux, il est possible qu'ils se montrent davantage engagés et sensibles face aux besoins de leur enfant. Toutefois, comme les participants de cette étude n'ont pas fait l'objet d'une comparaison avec des études épidémiologiques, il n'est pas possible de déterminer s'ils sont ou non représentatifs des enfants du même âge placés en famille d'accueil. Finalement, il pourrait également être

envisagé que la procédure séparation-réunion, bien qu'utile pour préciser la qualité du lien qui se développe avec le parent d'accueil, ne permette pas de rendre compte de l'ensemble de l'histoire d'attachement de l'enfant (Bovenschen et al., 2015). Cet élément sera approfondi subséquemment.

### **Les représentations d'attachement**

Tel qu'attendu, la majorité des enfants de notre échantillon présentent des représentations d'attachement apeuré. En effet, 60 % des enfants ont des représentations d'attachement apeuré et 40 % ont des représentations insécurisées de nature préoccupée ou indifférente. Afin d'expliquer la prépondérance de représentations d'attachement apeuré, Toth et ses collègues (2000) proposent que les enfants maltraités ont davantage de risque d'intérioriser des représentations incompatibles, désorganisant leurs modèles internes opérants. En effet, ces enfants intègrent à la fois l'image d'un parent maltraitant et bienveillant. Selon Bretherthon et Munholland (2008), ne pouvant tolérer l'intériorisation d'une image négative de leurs parents, les enfants maltraités ont tendance à rejeter défensivement le caractère négatif des figures parentales associé à l'abus et à plutôt juxtaposer l'expérience d'abus à la représentation d'un parent aimant. De telles représentations contradictoires ne peuvent être intégrées de manière cohérente à l'intérieur d'un même schème cognitif. Ainsi, lors de l'activation du système d'attachement de l'enfant, les informations défensivement rejetées resurgissent dans le champ de la conscience, désorganisant ainsi l'enfant qui se voit envahit par des images qui lui font peur. Cet envahissement se traduit dans le discours de l'enfant par la

présence de récits chaotiques marqués par des thèmes de peur. Il n'est donc pas étonnant de constater que les enfants de notre échantillon qui ont tous été victimes de maltraitance présentent majoritairement des représentations d'attachement désorganisé.

Malgré que nos résultats appuient nos hypothèses, il demeure surprenant qu'en considérant que 70 % des enfants de notre échantillon ont développé un patron d'attachement comportemental sécurisant à leur donneur de soins qu'aucun enfant n'aït développé de représentations d'attachement confiant. En effet, plusieurs études ont observé un taux de représentations d'attachement confiant plus élevé chez les enfants placés que ce qui est retrouvé chez les enfants maltraités vivant avec leurs parents biologiques (Bédard, 2015; Bovenschen et al., 2015; Joseph et al., 2014). Certains chercheurs ont observé jusqu'à 70 % de représentations d'attachement confiant chez des enfants placés en famille d'accueil (Euillet, Spencer, Troupel-Cremel, Fresno, & Zaouche-Gaudron, 2008). Afin d'expliquer l'absence de représentations d'attachement confiant dans le présent échantillon, Hodges et ses collègues (2000) proposent que les enfants placés en famille d'accueil maintiennent leurs représentations négatives et que les représentations positives se juxtaposent à ces dernières sans les remplacer. Par contre, celles-ci seraient difficilement observables car les représentations négatives demeurent prépondérantes. Ces auteurs suggèrent également que les représentations négatives pourraient être davantage présentes suite au placement car les représentations exclues de la conscience pourraient maintenant être rejouées de manière fictive, celles-ci étant moins menaçantes qu'elles ne l'étaient au moment du placement. Donc, les récits

d'attachement des enfants de notre échantillon seraient le reflet de leur vécu antérieur, celui-ci ayant été propice au développement de représentations désorganisées. L'incapacité des représentations positives à surpasser les représentations négatives pourrait expliquer la prédominance des représentations d'attachement apeuré de notre échantillon.

### **Comparaison entre les représentations d'attachement et les comportements d'attachement**

L'observation de la correspondance entre les comportements et les représentations d'attachement nous permet de constater la prédominance de la sécurité des comportements d'attachement et de la désorganisation des représentations d'attachement. Les comportements sécurisants observés ne semblent donc pas soutenus par des modèles opérants sécurisants sous-jacents, contrairement à ce qui aurait été attendu au niveau de la théorie de l'attachement (Bretherton & Munholland, 2008). Cette absence de correspondance est toutefois similaire au résultat obtenu dans l'étude de Bovenschen et ses collègues (2015) également réalisée auprès d'un échantillon d'enfants placés. Différentes hypothèses peuvent être émises afin de tenter d'expliquer ces résultats.

D'abord, il semble que les deux mesures de l'attachement n'évaluent pas tout à fait le même construct. En effet, Spangler et Zimmermann (1999) mentionnent que les comportements et les représentations d'attachement pourraient représenter deux systèmes indépendants et fonctionnellement autonomes après un certain âge. En effet,

selon eux, le système d'attachement peut être organisé selon trois niveaux à mesure que l'enfant vieillit : le système d'attachement primaire (comportements d'attachement de base), le niveau procédural (modèles affectifs et implicites) et le niveau représentationnel (connaissances déclaratives de l'attachement, des figures d'attachement et de leur disponibilité). En période de stress, ce serait le système d'attachement de base qui s'activerait, alors qu'en situation de calme, l'enfant aurait accès à un niveau plus élevé d'organisation. Bovenschen et ses collègues (2015) reprennent cette conception de l'attachement et mentionnent que la distinction entre les comportements et les représentations d'attachement pourrait être particulièrement saillante chez les enfants placés en famille d'accueil. En effet, il est possible que pendant la procédure des récits d'attachement, l'enfant soit plus facilement happé par des souvenirs archaïques liés aux relations d'attachement antérieures, alors que dans la procédure de séparation-réunion, les comportements contingents du parent d'accueil à l'égard des besoins de l'enfant placé soutiendraient ce dernier et favorisaient l'émergence de comportements d'attachement sécurisant.

D'un autre côté, puisque les enfants placés ont vécu des expériences hautement divergentes dans leur milieu naturel et substitut, Bovenschen et ses collègues (2015) proposent que les représentations d'attachement soient le reflet de l'ensemble des expériences d'attachement vécues par l'enfant alors que les comportements d'attachement ne reflèteraient que l'histoire d'attachement avec un donneur de soins spécifique (dans notre cas, la mère d'accueil). Il n'est donc pas étonnant de constater la

proportion plus grande de désorganisation au niveau des représentations plutôt qu'au niveau des comportements d'attachement puisque, contrairement à ces derniers, dans les représentations d'attachement, l'enfant est appelé à considérer des expériences de soins contradictoires dont certaines ont pu être vécues comme menaçantes. Considérant cette hypothèse, il est possible de croire que le lien théorique proposé entre les comportements et les représentations d'attachement ne s'opérationnalise pas chez les enfants placés de la même façon que ce qui est observé auprès d'enfants tout-venant. En effet, les enfants placés ont vécu des expériences relationnelles hautement différentes dans leur milieu d'accueil et naturel, pouvant rendre ardue l'internalisation d'expériences contradictoires à l'intérieur d'un même schème d'attachement. À la lumière de ces réflexions, les deux tâches utilisées dans ce travail pourraient ne pas avoir évalué la même dimension du construit d'attachement, expliquant ainsi les disparités entre les résultats obtenus aux deux mesures.

Un second questionnement pouvant être soulevé par la disparité des résultats concerne le choix de la procédure séparation-réunion afin d'évaluer les comportements d'attachement chez des enfants placés en famille d'accueil. Malgré que cette procédure soit grandement utilisée chez les enfants issus de populations à faible risque (Dubois-Comtois et al., 2011; Humber & Moss, 2005; Moss et al., 2005; Solomon et al., 1995), elle a peu fait l'objet d'investigations chez des populations d'enfants d'âge préscolaires placés en famille d'accueil. En effet, sauf erreur, une seule étude a utilisé cette procédure chez des enfants placés d'âge préscolaire et scolaire, celle-ci concluant à un taux de

sécurité d'attachement de 58 % un mois suivant le placement (Pace, Zavattini, & D'Alessio, 2012). Malgré que leur résultat soit plus élevé que ce qui serait attendu chez un échantillon d'enfants maltraités, les auteurs trouvent un taux de comportements d'attachement sécurisant plus faible que ce que nous avons obtenu dans le présent essai. D'autres études sont donc nécessaires afin d'avoir une meilleure idée de la sécurité des comportements d'attachement d'enfants d'âge préscolaire placés.

Néanmoins, puisque les enfants placés constituent un groupe à risque qui a, par le passé, fait l'expérience de ruptures relationnelles importantes, il est possible que la procédure de séparation-réunion n'active pas le système d'attachement de la même façon chez ces enfants que ce que l'on retrouve chez les enfants tout-venant. À cet égard, Oosterman et Schuengel (2007) avancent que les enfants ayant vécu des situations de compromission importantes ainsi qu'une rupture de lien d'avec leurs parents biologiques pourraient ne pas vivre autant de détresse lors d'une séparation de courte durée en comparaison aux enfants de la population générale. En effet, les enfants ayant vécu des ruptures de lien en bas âge seraient davantage en mesure de s'adapter aux défis relationnels et environnementaux qui se présentent. Ils vivraient donc moins de détresse lors de séparations de courte durée avec leur donneur de soins. Cette situation de séparation à répétition pourrait s'apparenter à un phénomène d'habituation, où la procédure de séparation-réunion ne serait plus vécue de manière suffisamment étrange et déstabilisante pour activer le système d'attachement de l'enfant. Il est donc possible qu'à la période préscolaire la façon dont la tâche de séparation-réunion est actuellement

construite ne permette pas d'activer suffisamment le système d'attachement des enfants placés pour voir émerger des comportements insécurisés ou désorganisés. L'étude de paramètres physiologiques (i.e., cortisol, rythme cardiaque) chez des enfants d'âge préscolaire placés et tout-venant pendant la procédure de séparation-réunion permettrait de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

### **L'attachement et les caractéristiques de l'enfant et de son placement**

Les fréquences obtenues aux comportements et aux représentations d'attachement en fonction du type de maltraitance vécu et des caractéristiques du placement de l'enfant seront discutées dans la section suivante.

### **Attachement et types de maltraitance vécus**

Un peu moins de la moitié des enfants du présent échantillon ont vécu plusieurs formes de maltraitance de manière co-ocurrente. Alors que certaines études relatent que le type de maltraitance vécu par l'enfant a un impact sur le patron d'attachement développé (Crittenden, 1988; Valenzuela, 1990), d'autres mentionnent qu'il est difficile d'évaluer l'effet individuel de chaque type de maltraitance puisque la majorité des enfants en vivent plusieurs de manière concomitante (Cyr et al., 2010; Stronach et al., 2011). Dans le présent échantillon, la majorité des enfants, qu'ils aient vécu une ou plusieurs formes de maltraitance de manière simultanée dans leur milieu familial d'origine, ont développé un patron comportemental d'attachement sécurisant envers leur mère d'accueil. Donc, malgré que la petite taille de notre échantillon ne permette pas de

tirer des conclusions définitives, ces résultats suggèrent que la co-occurrence des types de maltraitance n'a pas eu d'impact sur le patron comportemental d'attachement développé. Toutefois, les informations concernant la fréquence, la chronicité et l'intensité des mauvais traitements ne sont pas disponibles et n'ont donc pas pu être considérées dans le présent travail. La prise en compte de ces informations dans une prochaine étude serait pertinente puisqu'elles semblent avoir un effet sur diverses sphères du développement de l'enfant (Manly et al., 2001; Milan & Pinderhughes, 2000; Stronach et al., 2011).

D'un autre côté, les résultats obtenus lors de l'association entre les types de maltraitance vécus par les enfants et les représentations d'attachement laissent croire que plus l'enfant a vécu de mauvais traitements de manière concomitante, plus il a de risque de développer des représentations d'attachement désorganisées. En effet, la variabilité des patrons représentationnels d'attachement diminue à mesure que l'enfant a vécu une plus grande diversité de mauvais traitements. Par ailleurs, aucun enfant n'a développé de représentations d'attachement sécurisant, laissant croire que peu importe les mauvais traitements subis, ces enfants ne sont pas en mesure d'organiser leurs représentations de manière sécurisante. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec grande prudence, car le nombre d'enfants dans chaque groupe diminue à mesure que des types de maltraitance sont ajoutés, et ce, jusqu'à ce qu'il ne reste qu'un seul enfant qui en a vécu trois types. Dans la littérature, peu d'études se sont penchées sur l'impact cumulatif des types de maltraitance sur la qualité des représentations d'attachement. Néanmoins,

Toth et ses collègues (1997) mentionnent que les enfants ayant vécu des abus physiques et sexuels sont plus contrôlants et sont moins prêts à répondre aux demandes de l'examineur, ce qui est congruent avec les comportements des enfants ayant des représentations d'attachement apeuré lorsqu'ils complètent la tâche de récits d'attachement (George & Solomon, 2016). Davantage de travaux doivent malgré tout être effectués afin de pouvoir évaluer adéquatement l'effet cumulatif des différents sous-types de maltraitance et de mieux comprendre de quelles façons ces expériences sont susceptibles d'affecter la façon dont l'enfant se représente ses différents donneurs de soins.

### **Attachement et variables liées au placement**

Dans la section suivante, les fréquences obtenues aux comportements et aux représentations d'attachement en fonction de l'âge au moment du placement actuel, du temps de placement actuel et du nombre de placement vécus seront discutés.

**L'âge au moment du placement actuel.** Les enfants plus vieux (37-61 mois) du présent échantillon ont tous développé un patron d'attachement sécurisant à leur mère d'accueil, alors qu'une variabilité des comportements d'attachement est observable chez les enfants plus jeunes. Ce résultat peut être surprenant à première vue car il aurait été attendu que les enfants placés plus jeunes aient un plus haut taux d'attachement sécurisant que les enfants placés plus tardivement (van den Dries et al., 2009). Toutefois, l'étude de Stovall-McClough et Dozier (2004) mentionne que l'âge au moment du

placement n'a pas d'impact sur la qualité éventuelle du lien d'attachement, mais plutôt que les enfants placés plus jeunes adoptent plus rapidement des comportements sécurisants que les plus vieux. En considérant que les enfants du présent échantillon sont tous placés dans leur famille actuelle depuis au moins 5 mois, l'âge du placement pourrait ne plus avoir d'effet sur le patron comportemental d'attachement développé. Donc, les fréquences obtenues dans notre échantillon tendent à confirmer les résultats obtenus par Stovall-McClough et Dozier.

Concernant les représentations d'attachement, les résultats supposent une fréquence plus élevée de représentations apeurées chez les enfants placés plus tardivement dans leur famille d'accueil actuelle. Nos résultats peuvent difficilement être mis en lien avec la littérature car peu d'études se sont intéressées à l'impact de l'âge au moment du placement sur la qualité des représentations d'attachement chez une population d'enfants d'âge préscolaire et scolaire placés. En effet, l'étude de Bovenschen et ses collègues (2015) est l'une des seules ayant traité de ce sujet et conclut à une absence de lien entre l'âge au moment du placement et la qualité des représentations d'attachement. Néanmoins, Joseph et ses collègues (2014) ont étudié chez un échantillon d'adolescents le lien entre l'âge au moment du placement et les représentations d'attachement. Ces derniers trouvent que les adolescents placés plus tardivement ont des représentations d'attachement davantage apeuré que les adolescents placés plus tôt. De nouvelles études seraient par ailleurs nécessaires afin de mieux identifier l'impact de l'âge au moment du

placement sur la qualité des représentations d'attachement chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire.

**Le temps de placement.** De manière générale, le temps de placement ne semble pas être une variable permettant en elle-même d'inférer la classification comportementale et représentationnelle d'attachement des enfants. En effet, aucune tendance générale ne s'illustre des résultats, outre qu'une augmentation du taux de représentations préoccupées soit notée à mesure que s'accroît le temps de placement dans son milieu actuel. Stovall et Dozier (2000) suggèrent que les patrons d'attachement d'enfants placés se stabilisent deux mois suivant le placement. Conséquemment, tout comme ce qui a été nommé concernant l'âge au moment du placement, les patrons d'attachement à la mère d'accueil ont eu le temps de se stabiliser puisque les enfants du présent échantillon sont placés depuis une plus longue période, expliquant ainsi l'absence de lien entre le temps de placement et le patron comportemental d'attachement développé par l'enfant. Néanmoins, d'autres études mentionnent que plus l'enfant a passé de temps dans son milieu d'accueil, plus il y a de chances qu'il développe un attachement sécurisant (van den Dries et al., 2009). Concernant les représentations d'attachement, l'étude de Bovenschen et ses collègues (2015) ne trouve aucun lien entre le temps de placement et la qualité des représentations d'attachement. Selon ces auteurs, il semblerait que les représentations d'attachement soient davantage liées à l'historique de maltraitance, la présence de problèmes de santé mentale chez le parent biologique et la timidité de l'enfant. Considérant le très petit échantillon de la présente étude, seules davantage

d'études permettraient de statuer sur la présence ou non d'un lien entre les représentations d'attachement des enfants et le temps de placement.

**Le nombre de placements vécus.** Les résultats obtenus en observant les patrons comportementaux d'attachement en fonction du nombre de placements vécus sont en accord avec les différents écrits. En effet, plusieurs chercheurs ne trouvent aucun lien entre le nombre de placements vécus et le patron comportemental d'attachement développé à la mère d'accueil (Altenhofen, Clyman, Little, Baker, & Biringen, 2013; Bovenschen et al., 2015; Jacobsen et al., 2014a). Dans notre échantillon, l'enfant en étant à sa 16<sup>e</sup> situation de placements, lesquels incluent des répits de fin de semaine, a été en mesure de développer un patron d'attachement sécurisant, tout comme 75 % des enfants ayant vécus trois placements et plus. Donc, malgré les nombreux stresseurs que ces enfants ont vécu en bas âge (ruptures de lien multiples, mauvais traitements et aller-retour fréquents entre le milieu d'accueil et le milieu d'origine), ces enfants semblent avoir été en mesure de distinguer leurs expériences passées abusives de leur expérience présente avec leur mère d'accueil.

Concernant les représentations d'attachement, aucune tendance générale ne peut s'illustrer à travers nos données. Toutefois, en portant attention aux situations particulières, il est possible de constater que les deux enfants étant à leur première situation de placement ont des représentations d'attachement insécurisant-évitant. Ce ne sont donc que les enfants ayant vécu deux placements ou plus qui ont développé des

représentations apeurées. Il n'en reste pas moins que certains enfants de notre échantillon ayant vécu de multiples expériences de placement ont pu développer des représentations d'attachement insécurisant-organisé. L'absence de relation entre le nombre de placements et la qualité des représentations d'attachement est appuyé par les écrits de divers auteurs (Bovenschen et al., 2015; Joseph et al., 2014). Néanmoins, d'autres travaux sont nécessaires afin d'évaluer l'impact des ruptures de lien multiples sur les représentations d'attachement des enfants placés.

En bref, malgré la petite taille de notre échantillon, les comportements d'attachement ne semblent pas associés aux divers facteurs de risque proposés précédemment. Les résultats de ce travail nous laissent donc penser que, pris isolément, les facteurs de risque liés au placement n'ont pas d'effet sur les patrons comportementaux d'attachement à la mère d'accueil. Toutefois, les représentations d'attachement semblent davantage influencées par les divers facteurs de risque. En effet, nous observons des fréquences plus élevées de représentations apeurées chez les enfants ayant vécus plusieurs types de mauvais traitements et étant plus vieux au moment du placement actuel. Cette mesure semble donc davantage sensible aux diverses expériences vécues par l'enfant placé en famille d'accueil et elle pourrait donc être privilégiée dans les prochaines études réalisées auprès de cette population aux périodes préscolaires et scolaires puisqu'elle englobe l'ensemble des expériences d'attachement de l'enfant et ne cible pas seulement la relation avec le parent d'accueil. Puisqu'à partir de la période préscolaire l'enfant possède davantage de ressources cognitives qui lui

permettent d'organiser ses expériences d'attachement (Dubois-Comtois & Moss, 2008), les récits d'attachement semblent permettre d'identifier avec plus de justesse les besoins d'attachement de ces enfants.

### **Les comportements sociaux désinhibés de l'enfant**

Les comportements sociaux désinhibés de l'enfant ont été mesurés afin d'évaluer la présence de symptômes s'apparentant à un trouble de l'attachement. Les parents d'accueil de notre échantillon mentionnent majoritairement que l'enfant à leur charge s'approche des étrangers, leur parle et serait prêt à quitter avec eux. Parallèlement, les parents notent également en majorité que leur enfant se montre gêné en présence d'étrangers. Cette divergence semble illustrer l'ambivalence des enfants devant des adultes peu connus ainsi que la coexistence de deux comportements contradictoires, ce qui est cohérent avec la conception des représentations d'attachement désorganisé. En effet, selon Bowlby (1980), les enfants avec un attachement désorganisé peuvent avoir deux ensembles de représentations contraires et séparées les unes des autres. En situation de stress, ces deux modèles représentationnels pourraient resurgir dans le champ de la conscience de manière aléatoire et influencer différemment le comportement de l'enfant en présence d'inconnus. De tels modèles représentationnels distincts et non-intégrés pourraient donc expliquer les comportements sociaux désinhibés contradictoires de ces enfants, puisqu'ils influencent différemment la façon dont l'enfant interprète une situation sociale particulière.

Par ailleurs, dans notre petit échantillon, le seul enfant s'étant déjà perdu dans un endroit public n'a pas manifesté de détresse, suggérant l'absence de préoccupation de sa part face à l'éloignement de ses donneurs de soins et du danger potentiel de cette situation. Étant le seul enfant de notre échantillon qui s'est éloigné de son parent dans un endroit public, il est difficile d'interpréter les résultats issus de cette question. Toutefois, ce résultat peut nous amener à questionner l'ampleur de la détresse vécue par les enfants placés lorsque séparés de leur parent d'accueil.

### **Comportements sociaux désinhibés et mesures d'attachement**

La relation d'attachement parent-enfant et le trouble de l'attachement sont deux construits distincts qu'il est important de ne pas confondre. Malgré que le questionnaire utilisé ne permette pas de statuer sur la présence d'un trouble de l'attachement, il en décrit néanmoins certains symptômes du type désinhibé, lesquels se présentent dans notre échantillon chez des enfants qui ont tous vécu de la négligence et de l'instabilité au niveau des donneurs de soins. Il est possible de constater dans notre échantillon que seuls les enfants ayant un patron d'attachement comportemental sécurisant obtiennent un résultat élevé au facteur proximité aux étrangers et qu'il s'agit des enfants ayant un attachement désorganisé qui obtiennent le plus de résultats faibles à ce facteur. En sachant qu'il s'agit du comportement avec l'étranger qui est désinhibé et non pas le comportement envers le donneur de soins, ces résultats suggèrent qu'il est possible qu'un enfant avec un patron comportemental d'attachement sécurisant manifeste des comportements désinhibés. Cette information, confirmée dans la méta-analyse de

Zeanah et Gleason (2015), est également corroborée dans la description des caractéristiques associées au trouble d'engagement social désinhibé dans le DSM-5 (APA, 2013a).

Dans notre échantillon, puisque les enfants ayant un attachement sécurisant sont ceux qui manifestent une plus grande proximité aux étrangers, il se pourrait que ces enfants adoptent des comportements à l'apparence sécurisée avec tous les adultes, connus ou inconnus. Cette hypothèse doit être examinée avec prudence étant donné le petit échantillon. Néanmoins, en considérant que les comportements d'attachement font référence à un lien affectif qu'a développé un enfant à l'égard de son donneur de soins (Bowlby, 1978), la recherche de réconfort auprès du donneur de soins chez les enfants ayant des comportements désinhibés pourrait ne pas refléter un profond sentiment de sécurité. Afin d'adresser cette hypothèse, il serait intéressant dans de futures études d'évaluer les stratégies d'attachement des enfants ayant un trouble d'engagement social désinhibé à l'égard de différents adultes significatifs et non significatifs afin de vérifier s'ils utilisent ou non les mêmes stratégies d'attachement indépendamment de l'adulte avec qui ils interagissent.

D'un autre côté, nos observations montrent que la désorganisation des représentations d'attachement est associée à une plus grande fréquence de résultats élevés au facteur proximité aux étrangers. Il pourrait être envisagé que les comportements de ces enfants, qui favorisent le contact avec des étrangers, accroissent

les chances de recevoir le soutien d'un adulte. En effet, Chisholm (1998) mentionne que les comportements indiscriminés seraient adaptés chez les enfants en institution, milieu où les ressources sont grandement limitées, afin d'obtenir l'attention minimale à leurs besoins. Il pourrait être supposé que ce moyen soit également adapté pour les enfants vivant dans des milieux abusifs car les parents maltraitants ne répondent pas adéquatement aux besoins de leurs enfants. Les récits créés par ces enfants dépeignent d'ailleurs fréquemment des donneurs de soins incapables de réduire leur détresse (Macfie et al., 1999; Solomon et al., 1995).

Par ailleurs, les fréquences obtenues laissent présager qu'un score faible au facteur proximité aux étrangers caractérise majoritairement les enfants ayant des représentations d'attachement indifférent. Ce résultat est en congruence avec la conception des représentations d'attachement indifférent alors que ces enfants établissent une distance émotionnelle avec autrui (Solomon et al., 1995). Ces enfants manifesteraient donc moins d'intérêt à approcher l'autre, que celui-ci soit familier ou non. Dans la littérature, l'impact des représentations d'attachement indifférent sur les relations sociales de l'enfant a peu été étudié alors que les représentations d'attachement insécurisant-organisé sont fréquemment regroupées (Jacobsen & Hofmann, 1997). De plus, la majorité des études explorent les différences entre les enfants ayant des représentations d'attachement confiant et apeuré, laissant de côté la comparaison avec les groupes insécurisant-organisés (Cassidy, 1988; Goldwyn, Stanley, Smith, & Green, 2000; Granot & Mayseless, 2001), et elles utilisent de manière interchangeable des mesures

d'attachement comportementales et représentationnelles. Sauf erreur, aucune étude ne s'est intéressée à l'impact des différents patrons représentationnels d'attachement sur les comportements sociaux désinhibés. Il serait intéressant de s'y pencher dans de futures études.

Concernant l'éloignement du donneur de soins, ce facteur semble davantage associé aux comportements d'attachement désorganisé. Ceci suggère que les enfants qui ne parviennent pas à développer des stratégies d'attachement cohérentes et organisées pour gérer leur détresse sont susceptibles de s'éloigner davantage de leur donneur de soins. Selon certains auteurs, les comportements sociaux désinhibés représentent une dysrégulation comportementale en présence d'étrangers, reflétant l'absence de stratégie d'approche face aux étrangers (Bruce, Tarullo, & Gunnar, 2009; MacLean, 2003). Un parallèle peut être effectué avec le patron d'attachement comportemental désorganisé, lequel reflète une dysrégulation émotionnelle amenant l'enfant à être incapable d'utiliser son donneur de soins lorsqu'il est en détresse (Main & Solomon, 1990). En effet, lors de la procédure séparation-réunion, certains enfants classifiés comme ayant un patron d'attachement désorganisé peuvent se diriger vers l'étrangère plutôt que vers la mère lorsqu'ils sont en détresse, sortir du local ou aller vers un coin de la pièce alors que la mère vient d'entrer. Tous ces comportements impliquent un éloignement de la figure d'attachement dans un contexte de détresse alors que cette personne est censée protéger l'enfant. Donc, ces comportements suggèrent que la dysrégulation émotionnelle vécue par l'enfant l'amène à prendre une distance de son parent et à percevoir ce qui est jugé

menaçant ou dangereux de manière différente de l'enfant avec un attachement sécurisant ou insécurisant-organisé. En effet, les enfants avec un attachement désorganisé préféreraient dans bien des cas se diriger vers l'inconnu plutôt que vers leur donneur de soin. Concernant les représentations d'attachement, l'enfant ayant des représentations d'attachement préoccupé s'éloigne peu de son donneur de soins. Feeney, Cassidy et Ramos-Marcuse (2008) trouvent que les adolescents ayant des représentations d'attachement préoccupé sont ceux qui recherchent le plus de soutien de leurs pairs. Malgré que l'échantillon de cette étude ne soit pas comparable à celui du présent essai, les résultats laissent présager qu'un enfant ayant des représentations d'attachement préoccupé pourrait être constamment préoccupé par la disponibilité de son parent et désirer rester proche de lui pour manifester le plus clairement et avec le plus d'intensité possible ses besoins dans l'éventualité où il aurait besoin d'assistance. Dans notre cas, la proximité avec le parent d'accueil pourrait être la stratégie préconisée par cet enfant pour s'assurer que les figures de soins répondront à ses besoins.

### **Les comportements sociaux désinhibés et les caractéristiques de l'enfant et du placement**

Dans la section suivante sera discutée les fréquences des comportements sociaux désinhibés de l'enfant en fonction du type de maltraitance vécue et des variables liées au placement (âge au moment du placement actuel, temps du placement actuel et nombre de placements vécus).

**Les comportements sociaux désinhibés et les expériences de maltraitance.**

L'observation des fréquences du type de maltraitance vécu en fonction des comportements sociaux désinhibés de l'enfant suggèrent que le facteur de proximité aux étrangers est plus influencé par l'accumulation des mauvais traitements infligés aux enfants que le facteur d'éloignement du donneur de soins. En effet, seuls les enfants ayant vécu deux types de mauvais traitement ou plus obtiennent un score élevé au facteur de proximité aux étrangers. Nos résultats suggèrent donc que l'ampleur de la maltraitance vécue par l'enfant amène davantage de comportements caractéristiques du trouble de l'attachement. Ce résultat n'est toutefois pas supporté par différentes études (Boris et al., 1998; Pears, Bruce, Fisher, & Kim, 2010), celles-ci ne trouvant aucun lien direct significatif entre l'historique de maltraitance et la présence de comportements sociaux désinhibés. Le très petit échantillon de cet essai et le manque de fréquence nous invite à interpréter nos observations avec prudence et pourrait expliquer les divergences.

Toutefois, une revue systématique des écrits montre que les comportements sociaux indiscriminés sont plus fréquemment observés chez les enfants ayant vécu plusieurs types de mauvais traitements de manière co-ocurrente (Kay & Green, 2013). De manière plus spécifique, ces enfants démontrent davantage de comportements de recherche d'attention, manifestation clinique associée au trouble de l'engagement social désinhibé. Ces comportements sont considérés comme étant accaparants pour le parent et sont parfois à l'origine des ruptures de placement. Cette propension à la recherche

d'attention chez les enfants ayant vécu plusieurs formes de maltraitance simultanément pourrait être l'une des hypothèses expliquant nos résultats.

Malgré tout, les écrits traitant du trouble de l'attachement chez les enfants maltraités et placés n'ayant pas séjourné en institution sont peu nombreux. En effet, les études effectuées sur le trouble de l'attachement se sont beaucoup intéressées aux enfants ayant séjourné en institution (Rutter et al., 2007; Tizard & Rees, 1975; Zeanah et al., 2002) puisqu'ils vivent des situations de compromission diverses et graves, nuisant grandement à leur capacité de développer un attachement sélectif (Pignotti, 2011). L'étude du trouble de l'attachement chez les enfants placés mériterait d'être approfondie puisque les enfants placés ont vécu des situations qui sont à l'origine du développement de ce trouble. Cette thématique serait d'autant plus importante à explorer afin de mieux soutenir les enfants ayant vécu diverses situations de compromission et les familles qui les accueillent.

**Les comportements sociaux désinhibés et les variables liées au placement.** Dans notre échantillon, les enfants placés entre 19 et 36 mois obtiennent un score élevé au facteur de proximité aux étrangers et l'enfant placé entre 10 et 18 mois obtient un score élevé au facteur d'éloignement du donneur de soins. De plus, les enfants placés plus tardivement, soit entre 37 et 61 mois, ne présentent pas une fréquence importante de comportements sociaux désinhibés. Nos observations ne convergent pas vers les résultats de l'étude de Smyke et ses collègues (2012). En effet, dans leur étude, plus les

enfants sont placés tardivement dans leur milieu familial actuel, plus ils adoptent des comportements s'apparentant à un trouble de l'attachement. D'autres auteurs mentionnent que la séparation d'avec le parent biologique a davantage d'impacts sur les comportements d'enfants placés tardivement puisque ces derniers ont plus de ressources cognitives, de souvenirs de ce moment traumatisant et ont développé un lien d'attachement qui s'est maintenu pendant une plus longue période avec leur donneur de soins précédent (Albus & Dozier, 1999). D'un autre côté, Kay, Green et Sharma (2016) mentionnent que les enfants placés entre 7 et 24 mois ont neuf fois plus de risque de présenter un trouble de l'engagement social désinhibé. En effet, dans leur étude, 82 % des enfants de ce groupe d'âge avaient des manifestations suffisantes de ce trouble en comparaison à 35 % des enfants placés à la naissance, avant 6 mois et après 2 ans. Ces divergences entre les études pourraient refléter une imprécision liée au choix de l'âge au moment du placement comme mesure de risque. En effet, cette variable ne permet pas d'avoir d'informations sur l'âge de l'enfant au moment du premier épisode de maltraitance ou sur la chronicité des mauvais traitements infligés. Par ailleurs, les divergences observées entre les résultats de notre étude et ceux de la littérature pourraient être expliquées par les groupes d'âge restrictifs de notre échantillon, ceux-ci laissant place à peu de variance. Notre petit échantillon est à l'origine de ces regroupements. Une distribution tenant davantage compte des enjeux développementaux de l'enfant préscolaire serait à considérer dans de prochains travaux.

Concernant le temps de placement, les écrits de la littérature stipulent que les comportements de désinhibition peuvent être observés jusqu'à deux ans suivant le placement (Chisholm, 1998). De plus, Zeanah et ses collègues (2004) mentionnent n'avoir trouvé aucun lien entre le temps de placement et les manifestations de comportements désinhibés. Dans notre échantillon, nous observons une fréquence plus élevée de comportements de désinhibition chez les enfants placés depuis plus longtemps. En effet, ce sont les enfants placés depuis plus d'un an qui obtiennent des scores élevés au facteur de proximité aux étrangers et seuls les enfants placés depuis 25 mois et plus obtiennent un score élevé au facteur d'éloignement du donneur de soins. De manière spécifique, il est difficile d'expliquer ce résultat isolément puisque le temps et l'âge au moment du placement vont de pairs. En effet, dans notre échantillon, les enfants placés plus hâtivement sont dans le même milieu familial depuis la plus longue période de temps. Avec un échantillon de plus grande taille, il aurait été intéressant d'évaluer les effets croisés du temps et de l'âge au moment du placement actuel sur les comportements sociaux désinhibés.

Concernant le nombre de placements vécus, les enfants de notre échantillon ayant vécu davantage de ruptures de liens démontrent une plus grande proximité aux étrangers. En effet, seuls les enfants ayant vécu trois situations de placement ou plus obtiennent un résultat élevé au facteur de proximité aux étrangers. Ce résultat est contraire à ce qui est retrouvé dans la littérature (Boris et al., 1998; Kay et al., 2016; Pears et al., 2010). Par contre, notre observation est congruente avec des résultats précédemment expliqués,

soient que les enfants ayant vécus un plus grand nombre de placements développent des représentations d'attachement davantage apeuré, lesquels sont plus susceptibles de présenter une plus grande proximité aux étrangers. Il pourrait donc être proposé que la qualité des représentations d'attachement agisse comme variable modératrice dans le lien entre le nombre de placements vécus et les comportements sociaux indiscriminés. En effet, un lien serait observable entre le nombre de placements vécus et les comportements sociaux indiscriminés chez les enfants ayant des représentations d'attachement apeuré, alors que ce lien ne serait pas présent chez les enfants ayant des représentations d'attachement insécurisant-organisé. Finalement, le nombre de placements ne semble pas associé au facteur d'éloignement du donneur de soins. En effet, les fréquences obtenues ne permettent pas d'effectuer de spéculations quant à l'impact de cette variable sur ce facteur.

En bref, nos observations ne permettent pas de statuer sur la présence ou non d'un trouble de l'attachement chez les enfants de l'échantillon. Elles nous indiquent toutefois que les questions qui se rapportent à la proximité aux étrangers sont celles qui semblent le plus associées, du point de vue de nos observations, aux différentes variables étudiées dans ce travail. De plus, malgré que l'outil utilisé ne permette pas l'évaluation formelle du trouble de l'attachement, ce résultat n'est pas surprenant puisque le facteur proximité aux étrangers est celui se rapprochant le plus des critères diagnostic du trouble de l'engagement social désinhibé dans le DSM-5 (APA, 2013a).

### **Limites et contributions**

Les études traitant de l'attachement chez les enfants placés se sont intéressées à ce thème sans toujours prendre le temps de distinguer les représentations et les comportements d'attachement. En effet, ces deux nomenclatures sont utilisées de manière interchangeable et peu de travaux se sont penchés à la fois sur la qualité des représentations et des comportements d'attachement de cette population. Le présent essai, ayant évalué ces deux facettes de l'attachement, permet d'obtenir un portrait plus complet des expériences d'attachement des enfants placés en famille d'accueil. Par ailleurs, en comparant les résultats obtenus à chacune des mesures d'attachement, il est possible de constater que les représentations d'attachement demeurent davantage insécurisées que les comportements suite au placement. En effet, malgré que les enfants placés puissent manifester des comportements d'attachement sécurisant, ce travail permet d'illustrer que ces derniers demeurent vulnérables car ils élaborent des récits caractérisés par des éléments de désorganisation. À ce jour, les méthodes d'intervention développées pour les enfants placés en famille d'accueil visent entre autres le développement d'une relation d'attachement sécurisante avec le donneur de soins, celle-ci étant évaluée par le biais des comportements d'attachement. Cet essai doctoral suggère qu'il demeure important d'intervenir auprès d'enfants placés manifestant des comportements sécurisant envers une figure de soins spécifique puisque des fragilités persistent au niveau représentationnel.

Par ailleurs, l'étude conjointe des comportements et des représentations d'attachement a permis de constater que les deux mesures semblent évaluer des aspects différents de l'attachement. En effet, ce travail conclut qu'il est pertinent d'étudier les comportements d'attachement lorsque des informations concernant le lien entre l'enfant et sa mère d'accueil est nécessaire, alors qu'il est plus pertinent d'évaluer les représentations d'attachement lorsqu'il est question d'obtenir une image de l'ensemble des expériences d'attachement de l'enfant et ses fragilités quant à sa capacité à s'appuyer sur les adultes significatifs. Nos observations, bien qu'obtenues auprès d'un très petit échantillon, contribuent à l'avancement des recherches sur l'attachement des enfants en famille d'accueil en permettant de guider d'éventuels chercheurs dans le choix de leurs instruments de mesure. Par ailleurs, il demeure des questionnements quant au bon outil à utiliser pour évaluer les comportements d'attachement. En effet, le présent essai a permis de questionner la détresse vécue par l'enfant lors de la situation étrangère, ce qui nous amène à croire qu'il pourrait être pertinent de modifier et revalider la procédure de séparation-réunion auprès d'une population d'enfants placés afin qu'elle crée un niveau de détresse similaire à ce qui est attendu chez des enfants de la population générale.

Concernant les comportements sociaux désinhibés, malgré le très petit échantillon, le présent travail a permis de mettre en lumière la persistance des comportements désinhibés suite au placement, particulièrement les comportements de proximité aux étrangers. Ce facteur semble être influencé par l'accumulation de mauvais traitements, le

nombre de placements vécus et le temps de placement. De plus, quelques liens ont pu être établis avec les patrons comportementaux et les représentations d'attachement. En effet, les enfants manifestant une plus grande proximité aux étrangers sont ceux ayant des comportements d'attachement sécurisant et des représentations d'attachement apeuré, alors que les enfants s'éloignant davantage de leur donneur de soins sont ceux ayant un patron comportemental d'attachement désorganisé. L'étude conjointe de ces deux thèmes dans de futures études serait pertinente afin de mieux saisir la trajectoire développementale de comportements sociaux désinhibés et du trouble de l'attachement chez les enfants placés.

Malgré les contributions de cette étude à la littérature traitant de l'attachement chez les enfants placés, plusieurs limites peuvent être identifiées. Premièrement, le petit échantillon de ce travail, bien qu'impossible à résoudre, constitue une limite importante de l'essai. D'une part, il ne permet pas de nous assurer de la représentativité de notre échantillon ni de la robustesse de nos observations. Ainsi, il est possible que les observations obtenues soient dues au hasard. D'autre part, il n'a pas permis d'évaluer, au-delà de l'observation des fréquences, l'analyse de relations entre les variables à l'étude. Donc, aucune corrélation n'a pu être effectuée, ce qui limite les conclusions qu'il est possible d'en tirer. Parallèlement, le petit échantillon ne nous a pas permis d'effectuer des comparaisons croisées, c'est-à-dire considérer l'effet conjoint de plusieurs variables liées à l'histoire de maltraitance et de placement sur les variables d'attachement. De plus, les fréquences obtenues étant généralement très faibles, il est

difficile de statuer quant au poids des observations qui ont été faites. Ce travail est donc davantage une étude exploratoire et descriptive. Deuxièmement, les informations concernant les comportements sociaux désinhibés des enfants doivent être interprétées avec prudence puisqu'elles ont été recueillies via un questionnaire qui n'a pas fait l'objet d'une validation préalable et qui ne permet qu'une description des indices comportementaux associés au trouble de l'attachement. Donc, on ne peut être certain que la mesure des comportements sociaux désinhibés est adéquate. Dans de prochains travaux, il serait intéressant d'inclure une mesure observationnelle des comportements de l'enfant envers l'étrangère lors de la procédure séparation-réunion. Lyons-Ruth et al. (2009) proposent l'échelle *Rating of Infant Stranger Engagement* afin d'évaluer les comportements indiscriminés de l'enfant lors de la situation étrangère. Une troisième limite concerne l'absence d'information concernant les caractéristiques des parents d'accueil, tel que leur sensibilité parentale et leur niveau d'engagement envers l'enfant placé. L'inclusion de telles variables permettrait de mieux comprendre le milieu familial dans lequel est intégré l'enfant et d'ainsi expliquer avec davantage de précision les résultats obtenus aux différentes mesures d'attachement. De plus, l'inclusion de ces variables permettrait de mieux identifier les besoins de ces familles et ainsi mieux orienter les interventions réalisées auprès d'elles. Finalement, nous questionnons la représentativité de l'échantillon sélectionné. En effet, puisque les familles incluses dans le présent projet sont celles qui ont accepté de participer à un projet de recherche incluant une intervention relationnelle, il se peut que les familles recrutées ne soient pas représentatives de l'ensemble des familles d'accueil du Québec. Cette particularité des

familles recrutées pourrait avoir contribué à la faible variance des résultats au niveau des patrons comportementaux et des représentations d'attachement.

## **Conclusion**

La présente étude avait pour objectif d'exposer les fréquences des patrons comportementaux et représentationnels d'attachement chez un échantillon d'enfants d'âge préscolaire/scolaire placés en famille d'accueil et d'évaluer la fréquence de diverses variables (type de maltraitance vécu, âge au moment du placement actuel, temps de placement actuel et nombre de placement) en fonction des mesures d'attachement et des comportements sociaux désinhibés de ces enfants. Les observations obtenues ont permis de mettre en évidence que, peu importe l'historique de l'enfant, les comportements d'attachement des enfants de notre échantillon sont majoritairement sécurisés suite au placement mais que les représentations d'attachement sont pour leur part apeurées. Ce travail a également montré que les enfants placés de notre échantillon présentent certains comportements sociaux désinhibés envers les étrangers, et que le facteur de proximité aux étrangers est davantage influencé par l'histoire de maltraitance et de placement de l'enfant.

Malgré les limites du présent travail, nos observations vont dans le sens des études antérieures et des politiques sociales qui proposent que le placement en famille d'accueil est une méthode d'intervention appropriée pour favoriser le développement de comportements d'attachement sécurisant. Néanmoins, nos résultats mettent en évidence l'importance d'évaluer les représentations d'attachement d'enfants placés puisqu'elles n'ont pas tendance à se sécuriser suite au placement même si celui-ci a été réalisé il y a

plus de cinq mois. Ainsi, malgré l'observation de comportements d'attachement sécurisant, nos résultats suggèrent que les enfants placés demeurent fragiles et à risque de par leur difficulté à organiser leur pensée de manière cohérente dans l'élaboration de scénarios d'attachement. Afin d'éclaircir les facteurs de risque et de protection liés au développement de comportements et de représentations d'attachement sécurisant, il serait important d'inclure dans de futures études diverses variables en lien avec le milieu familial substitut de l'enfant (sensibilité parentale, engagement et état d'esprit d'attachement du parent d'accueil). Ainsi, puisque ces variables semblent impliquées dans le lien entre l'attachement et la situation de placement, il serait possible d'identifier plus rapidement les enfants à risque de présenter des enjeux au niveau de l'attachement et de mieux interpréter les comportements sociaux des enfants en milieu naturel.

Par ailleurs, l'étude du trouble de l'attachement chez les enfants en famille d'accueil est un thème qui mériterait d'être approfondi davantage. Dans de prochains travaux, il serait intéressant de comparer entre eux les enfants placés ayant un diagnostic de trouble de l'attachement et ceux qui n'en ont pas. Cette comparaison permettrait de mieux identifier les facteurs de risque associés au développement d'un tel trouble et d'y intervenir promptement et adéquatement. Par ailleurs, il serait important que les intervenants de la santé et des services sociaux soient en mesure de distinguer plus facilement les enfants ayant un patron d'attachement désorganisé des enfants ayant un trouble de l'attachement. Ces deux facettes de l'attachement sont fréquemment confondues, ce qui nuit à la prise en charge de tels enfants. Une formation approfondie

sur les patrons et le trouble de l'attachement permettrait aux intervenants de mieux cibler les besoins des enfants ainsi que des parents les accueillant.

En terminant, la question ayant menée à la réalisation de ce travail était la suivante : Quelles sont les particularités associées aux différentes mesures d'attachement lorsqu'elles sont utilisées auprès d'enfants placés en famille d'accueil? Sans pouvoir donner une réponse définitive à cette question, les résultats de cet essai ont permis de démontrer que les mesures évaluant les comportements et les représentations d'attachement sont indépendantes et ne devraient pas être utilisées de manière interchangeable. En effet, ces deux mesures semblent étudier des aspects distincts de l'attachement et devraient être utilisées selon ce que le chercheur tente d'étudier. Par ailleurs, cet essai a permis de faire ressortir l'importance d'étudier l'historique de placement de l'enfant (âge au premier placement, nombre de placements et temps du placement actuel), puisque ces variables pourraient avoir un impact sur les comportements et les représentations d'attachement de l'enfant ainsi que sur les comportements sociaux désinhibés. Ces variables ayant été peu abordées dans les études antérieures, il serait important de les inclure dans de prochains travaux.

## Références

- Abrams, K. Y., Rifkin, A., & Hesse, E. (2006). Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational procedure. *Development and Psychopathology*, 18(2), 345-361. doi: 10.1017/s0954579406060184
- ACJQ. (2012). *Un enfant... des parents au cœur de l'intervention. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2012*. Québec : Les Centres-Jeunesse du Québec.
- ACJQ. (2015). *La voix des enfants. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2015*. Québec : Les Centres-Jeunesse du Québec.
- Ackerman, J. P., & Dozier, M. (2005). The influence of foster parent investment on children's representations of self and attachment figures. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(5), 507-520. doi: 10.1016/j.appdev.2005.06.003
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Albus, K. E., & Dozier, M. (1999). Indiscriminate friendliness and terror of strangers in infancy: Contributions from the study of infants in foster care. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 30-41.
- Altenhofen, S., Clyman, R., Little, C., Baker, M., & Biringen, Z. (2013). Attachment security in three-year-olds who entered substitute care in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 34(5), 435-445.
- American Psychiatric Association. (APA, 2000). DSM-IV-TR: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd., rév.) Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 2013a). DSM-5: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 2013b). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Repéré à <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

- Arad, B. D. (2001). Parental features and quality of life in the decision to remove children at risk from home. *Child Abuse & Neglect*, 25(1), 47-64. doi: 10.1016/s0145-2134(00)00229-5
- Arnold, C., & Fisch, R. (2011). *The impact of complex trauma on development*. United Kingdom: Jason Aronson.
- Attili, G. (2013). *Attachement et théorie de l'esprit : une perspective évolutionniste*. Paris : Éditions Fabert.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Dobrova-Krol, N., & van IJzendoorn, M. H. (2011). Impact of institutional care on attachment disorganization and insecurity of Ukrainian preschoolers: Protective effect of the long variant of the serotonin transporter gene (5HTT). *International Journal of Behavioral Development*, 36(1), 11-18. doi: 10.1177/0165025411406858
- Bar-Haim, Y., Sutton, D. B., Fox, N. A., & Marvin, R. S. (2000). Stability and change of attachment at 14, 24, and 58 months of age: Behavior, representation, and life events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3), 381-388. doi: 10.1111/j.1469-7610.00622
- Bates, B., & Dozier, M. (1998). "This is My Baby" coding manual. University of Delaware, Newark.
- Beaudoin, G., Hébert, M., & Bernier, A. (2013). Contribution of attachment security to the prediction of internalizing and externalizing behavior problems in preschoolers victims of sexual abuse. *European Review of Applied Psychology / Revue européenne de psychologie appliquée*, 63(3), 147-157. doi: 10.1016/j.erap.2012.12.001
- Becker-Weidman, A. (2009). Effects of early maltreatment on development: A descriptive study using the Vineland Adaptive Behavior Scales-II. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 88(2), 137-161.
- Bédard, J. (2015). *Les représentations mentales de soi et des autres de l'enfant négligé d'âge préscolaire ayant vécu l'expérience du placement en famille d'accueil* (Essai doctoral), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1996). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. Dans M. Hertzog & E. Farber (Éds), *Annual progress in child psychiatry and child development* (pp. 127-166). Philadelphia: Brunner/Mazel.

- Belsky, J., & Pasco Fearon, R. M. (2008). Precursors of attachment security. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 295-316). New York, NY: Guilford Press.
- Bernier, A., Ackerman, J. P., & Stovall-McClough, K. C. (2004). Predicting the quality of attachment relationships in foster care dyads from infants' initial behaviors upon placement. *Infant Behavior & Development*, 27(3), 366-381. doi: 10.1016/j.infbeh.2004.01.001
- Bernier, A., Larose, S., & Boivin, M. (2000). L'attachement et les modèles cognitifs opérants : conceptualisation, mesure et structure. Dans G. Tarabulsky, S. Larose, D. R. Pederson, & G. Moran (Éds), *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 111-134). Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: how to foster resilience through attachment, self-regulation and competency*. New York, NY: Guilford Press.
- Boris, N. W., Zeanah, C. H., Larrieu, J. A., Scheeringa, M. S., & Heller, S. S. (1998). Attachment disorders in infancy and early childhood: A preliminary investigation of diagnostic criteria. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 295-297.
- Bousha, D. M., & Twentyman, C. T. (1984). Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: Naturalistic observations in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 106-114. doi: 10.1037/0021-843X.93.1.106
- Bovenschen, I., Lang, K., Zimmermann, J., Förthner, J., Nowacki, K., Roland, I., & Spangler, G. (2015). Foster children's attachment behavior and representation: Influence of children's pre-placement experiences and foster caregiver's sensitivity. *Child Abuse & Neglect*. doi: 10.1016/j.chabu.2015.08.016
- Bowlby, J. (1978). *Attachment and loss*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression* (Vol. 3). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1991). Ethological light on psychoanalytic problems. Dans P. Bateson (Éd.), *The development and integration of behavior: Essays in Honour of Robert Hinde* (pp. 301-313). Great Britain: Cambridge University press.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 3-35. doi: 10.2307/3333824

- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 102-130). New York, NY: Guilford Press.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing Internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.
- Bruce, J., Tarullo, A. R., & Gunnar, M. R. (2009). Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 21, 157-171. doi:10.1017/S0954579409000108.
- Carlson, E. A., Sampson, M. C., & Sroufe, L. A. (2003). Implications of attachment theory and research for developmental-behavioral pediatrics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(5), 364-379. doi: 10.1097/00004703-200310000-00010
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531. doi: 10.1037/0012-1649.25.4.525
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-134.
- Cassidy, J., & Marvin, R. S. (1992). *Attachment organization in three and four year olds: Procedures and coding manual*. University of Virginia. Unpublished manuscript.
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2005). *Familles d'accueil*. Page consultée le 29 mai 2014, à [http://www.centrejeunessemonteregie.qc.ca/web/\\_fr/famillesAccueil/index.htm](http://www.centrejeunessemonteregie.qc.ca/web/_fr/famillesAccueil/index.htm)
- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69(4), 1092-1106. doi: 10.2307/1132364
- Chisholm, K., Carter, M. C., Ames, E. W., & Morison, S. J. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7(2), 283-294. doi: 10.1017/s0954579400006507

- Cicchetti, D. (1991). Fractures in the crystal: Developmental psychopathology and the emergence of self. *Developmental Review*, 11(3), 271-287. doi: 10.1016/0273-2297(91)90014-f
- Cicchetti, D., Cummings, E. M., Greenberg, M. T., & Marvin, R. S. (1990). An organizational perspective on attachment beyond infancy. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years* (pp. 3-49). Chicago: University of Chicago Press.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2001). Diverse patterns of neuroendocrine activity in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 13(3), 677-693. doi: 10.1017/s0954579401003145
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Gunnar, M. R., & Toth, S. L. (2010). The differential impacts of early physical and sexual abuse and internalizing problems on daytime cortisol rhythm in school-aged children. *Child Development*, 81(1), 252-269. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01393.x
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18(3), 623-649. doi: 10.1017/s0954579406060329
- Cook, A., Blaustein, M. E., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2003). *Complex trauma in children and adolescents*. Repéré à <http://www.NCTSNet.org>
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practice and Assessment Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Crittenden, P. M. (1981). Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill-Palmer Quarterly*, 27(3), 201-218.
- Crittenden, P. M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 26(1), 85-96. doi: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb01630.x
- Crittenden, P. M. (1988). Relationships at risk. Dans J. Belsky & T. Nezworski (Éds), *Clinical implications of attachment* (pp. 136-174). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108. doi: 10.1017/s0954579409990289

- De La Santé, O. M. (1993). *CIM 10 - Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson.
- Dozier, M., & Lindhiem, O. (2006). This is my child: Differences among foster parents in commitment to their young children. *Child Maltreatment*, 11(4), 338-345. doi: 10.1177/1077559506291263
- Dozier, M., & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 698-717). New York, NY: Guilford Press.
- 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. (2011). Attachment behavior and mother-child conversations as predictors of attachment representations in middle childhood: A longitudinal study. *Attachment & Human Development*, 13(4), 335-357. doi: 10.1080/14616734.2011.584455
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Vandal, C., & Moss, E. (2012). Le placement en famille d'accueil : vulnérabilité socio-affective de l'enfant et modèle d'intervention relationnelle. Dans G. Tarabulsky, M. Provost, J.-P. Lemelin, A. Plamondon, & C. Dufresne (Éds), *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent, Tome 2 : applications pratiques et cliniques* (pp. 29-45). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2004). Relation entre l'attachement et les interactions mère-enfant en milieu naturel et expérimental à l'âge scolaire. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 36(4), 267-279. doi: 10.1037/h0087236
- Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2008). Beyond the dyad: Do family interactions influence children's attachment representations in middle childhood? *Attachment & Human Development*, 10(4), 415-431. doi: 10.1080/14616730802461441
- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 839-870. doi: 10.1177/088626099014008004
- Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child Development*, 52(1), 44-52. doi: 10.2307/1129213

- Esposito, T., Trocmé, N., Chabot, M., Shlonsky, A., Collin-Vézina, D., & Sinha, V. (2013). Placement of children in out-of-home care in Québec, Canada: When and for whom initial out-of-home placement is most likely to occur. *Children and Youth Services Review*, 35(12), 2031-2039. doi: 10.1016/j.childyouth.2013.10.010
- Esposito, T., Trocmé, N., Coughlin, L., Chabot, M., & Gobeil, R. (2014). *Les trajectoires de placement des enfants en protection de la jeunesse au Québec*. Repéré à [https://www.researchgate.net/publication/275581692\\_Les\\_trajectoires\\_de\\_placement\\_des\\_enfants\\_en\\_protection\\_de\\_la\\_jeunesse\\_au\\_Quebec](https://www.researchgate.net/publication/275581692_Les_trajectoires_de_placement_des_enfants_en_protection_de_la_jeunesse_au_Quebec)
- Euillet, S., Spencer, R., Troupel-Cremel, O., Fresno, A., & Zaouche-Gaudron, C. (2008). Les représentations d'attachement des enfants accueillis et des enfants adoptés. *Enfance*, 60, 63-70.
- Feeney, B. C., Cassidy, J., & Ramos-Marcuse, F. (2008). The generalization of attachment representations to new social situations: Predicting behavior during initial interactions with strangers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(6), 1481-1498.
- Follan, M., & McNamara, M. (2014). A fragile bond: Adoptive parents' experiences of caring for children with a diagnosis of reactive attachment disorder. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 1076-1085. doi: 10.1111/jocn.12341
- Fresno, A., Spencer, R., Ramos, N., & Pierrehumbert, B. (2014). The effect of sexual abuse on children's attachment representations in Chile. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 23(2), 128-145. doi: 10.1080/10538712.2014.870949
- Gabler, S., Bovenschen, I., Lang, K., Zimmermann, J., Nowacki, K., Kliewer, J., & Spangler, G. (2014). Foster children's attachment security and behavior problems in the first six months of placement: Associations with foster parents' stress and sensitivity. *Attachment & Human Development*, 16(5), 479-498. doi: 10.1080/14616734.2014.911757
- George, C., & Solomon, J. (1990-2016). *Attachment doll play assessment and classification system*. Oakland, Ca: Mills College.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 198-216. doi: 10.1002/(sici)1097-0355(199623)17:3<198::aid-imhj2>3.0.co;2-1

- George, C., & Solomon, J. (2016). The attachment doll play assessment: Predictive validity with concurrent mother-child interaction and maternal caregiving representations. *Frontiers in psychology*, 7. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01594
- Goldwyn, R., Stanley, C., Smith, V., & Green, J. (2000). The manchester child attachment story task: Relationship with parental AAI, SAT and child behavior. *Attachment & Human Development*, 2, 71-84.
- Gouvernement du Québec. (2013). *Loi sur la Protection de la Jeunesse*. Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=P\\_34\\_1/P34\\_1.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=P_34_1/P34_1.html)
- Granot, D., & Mayseless, O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 25(6), 530-541.
- Green, J., Stanley, C., Smith, V., & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in the young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task (MCAST). *Attachment & Human Development*, 2(1), 48-70. doi: 10.1080/146167300361318
- Greeson, J. K. P., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S., Ko, S. J., ... Fairbank, J. A. (2010). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- Grossmann, K. E. (1995). The evolution and history of attachment research and theory. Dans R. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Éds), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 85-102). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Gunnar, M. R., & Vazquez, D. M. (2001). Low cortisol and a flattening of expected daytime rhythm: Potential indices of risk in human development. *Development and Psychopathology*, 13(3), 515-538. doi: 10.1017/s0954579401003066
- Heim, C., Ehlert, U., & Hellhammer, D. H. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25(1), 1-35. doi: 10.1016/s0306-4530(99)00035-9
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693-710. doi: 10.1016/j.psyneuen.2008.03.008

- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology, 18*(2), 309-343. doi: 10.1017/s0954579406060172
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K., & Neil, M. (2000). Effects of abuse on attachment representations: Narrative assessments of abused children. *Journal of Child Psychotherapy, 26*(3), 433-455. doi: 10.1080/00754170010003674
- Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(3), 151-160. doi: 10.1023/a:1024906315255
- Humber, N., & Moss, E. (2005). The relationship of preschool and early school age attachment to mother-child interaction. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(1), 128-141.
- Jacobsen, H., Ivarsson, T., Wentzel-Larsen, T., Smith, L., & Moe, V. (2014a). Attachment security in young foster children: Continuity from 2 to 3 years of age. *Attachment & Human Development, 16*(1), 42-57. doi: 10.1080/14616734.2013.850102
- Jacobsen, H., Ivarsson, T., Wentzel-Larsen, T., Smith, L., & Moe, V. (2014b). Foster parents' state of mind with respect to attachment: Concordance with their foster children's attachment patterns at 2 and 3 years of age. *Infant Mental Health Journal, 35*(4), 297-308. doi: 10.1002/imhj.21447
- Jacobsen, T., & Hofmann, V. (1997). Children's attachment representations: Longitudinal relations to school behavior and academic competency in middle childhood and adolescence. *Developmental Psychology, 33*(4), 703-710.
- Jacobvitz, D., Leon, K., & Hazen, N. (2006). Does expectant mothers' unresolved trauma predict frightened/frightening maternal behavior? Risk and protective factors. *Development and Psychopathology, 18*(2), 363-379. doi: 10.1017/s0954579406060196
- Joseph, M. A., O'Connor, T. G., Briskman, J. A., Maughan, B., & Scott, S. (2014). The formation of secure new attachments by children who were maltreated: An observational study of adolescents in foster care. *Development and Psychopathology, 26*(1), 67-80. doi: 10.1017/s0954579413000540
- Kay, C., & Green, J. (2013). Reactive attachment disorder following early maltreatment: Systematic evidence beyond the institution. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(4), 571-581. doi: 10.1007/s10802-012-9705-9

- Kay, C., Green, J., & Sharma, K. (2016). Disinhibited attachment disorder in UK adopted children during middle childhood: Prevalence, validity and possible developmental origin. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(7), 1375-1386.
- Kočovská, E., Puckering, C., Follan, M., Smillie, M., Gorski, C., Barnes, J., ... Minnis, H. (2012). Neurodevelopmental problems in maltreated children referred with indiscriminate friendliness. *Research in Developmental Disabilities, 33*(5), 1560-1565. doi: 10.1016/j.ridd.2012.02.016
- Kuhlman, K. R., Geiss, E. G., Vargas, I., & Lopez-Duran, N. L. (2015). Differential associations between childhood trauma subtypes and adolescents HPA-axis functionning. *Psychoneuroendocrinology, 54*, 103-114.
- Lalande, C., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Losier, V., Paquette, D., & Emery, J. (2012). Les comportements d'attachement indiscriminé chez les enfants de mères adolescentes : étiologie et facteurs de risque. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. doi: 10.1037/a0027426
- Lavergne, C. (2007). Violence conjugale et mauvais traitements envers les enfants : phénomènes reliés mais envisagés dans des paradigmes distincts. *Revue de psychoéducation, 36*(2), 317-328.
- Lehmann, S., Breivik, K., Heiervang, E. R., Havik, T., & Havik, O. E. (2016). Reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder in school-aged foster children - a confirmatory approach to dimensional measures. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*. doi: 10.1007/s10802-015-0045-4
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience, 10*(6), 434-445. doi: 10.1038/nrn2639
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J. F., Riley, C. D., & Atlas-Corbett, A. F. (2009). Socially indiscriminate attachment behavior in the strange situation: Convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Development and Psychopathology, 21*(2), 355-372.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 666-697). New York, NY: Guilford Press.

- Macfie, J., Toth, S. L., Rogosch, F. A., Robinson, J., Emde, R. N., & Cicchetti, D. (1999). Effect of maltreatment on preschoolers' narrative representations of responses to relieve distress and of role reversal. *Developmental Psychology, 35*(2), 460-465. doi: 10.1037/0012-1649.35.2.460
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology, 15*, 853-884.
- Main, M. (1981). Avoidance in service of attachment: A working paper. Dans K. Immelmann, G. Barlow, L. Petrinovitch, & M. Main (Éds), *Behavioral development: The Bielefeld interdisciplinary project* (pp. 651-693). New York, NY: Cambridge University Press.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology, 24*(3), 415-426. doi: 10.1037/0012-1649.24.3.415
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1-2), 66-104. doi: 10.2307/3333827
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Dans T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Éds), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport: Ablex Publishing.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development, 52*(3), 932-940. doi: 10.2307/1129097

- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology, 13*(4), 759-782.
- Marvin, R. S., & Britner, P. A. (2008). Normative development: The ontogeny of attachment. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 269-294). New York, NY: Guilford Press.
- McCloskey, L. A., Figueiredo, A. J., & Koss, M. P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development, 66*(5), 1239-1261. doi: 10.2307/1131645
- Milan, S. E., & Pinderhughes, E. E. (2000). Factors influencing maltreated children's early adjustment in foster care. *Development and Psychopathology, 12*(1), 63-81. doi: 10.1017/s0954579400001048
- Millward, R., Kennedy, E., Towlson, K., & Minnis, H. (2006). Reactive attachment disorder in looked-after children. *Emotional & Behavioural Difficulties, 11*(4), 273-279. doi: 10.1080/13632750601022212
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect, 34*(4), 225-234. doi: 10.1016/j.chab.2009.07.006
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*(2), 63-70.
- Minnis, H., Green, J., O'Connor, T. G., Liew, A., Glaser, D., Taylor, E., ... Sadiq, F. A. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(8), 931-942. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02075.x.
- Moss, E., Bureau, J.-F., Bélineau, M.-J., Zdebik, M., & Lépine, S. (2009). Links between children's attachment behavior at early school-age, their attachment-related representations, and behavior problems in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development, 33*(2), 155-166. doi: 10.1177/0165025408098012

- Moss, E., Bureau, J.-F., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the preschool attachment classification system. *Developmental Psychology, 40*(3), 323-334. doi: 10.1037/0012-1649.40.3.323
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J.-F., Tarabulsky, G. M., & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology, 41*(5), 773-783. doi: 10.1037/0012-1649.41.5.773
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology, 40*(4), 519-532.
- Moss, E., St-Laurent, D., Cyr, C., & Humber, N. (2000). L'attachement aux périodes préscolaire et scolaire et les patrons d'interactions parent-enfant. Dans G. Tarabulsky, S. Larose, D. R. Pederson, & G. Moran (Éds), *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 156-179). Sainte-Foy: Les presses de l'Université du Québec.
- NICHD Early Child Care Research Network, P. I., & Communication, B. (2001). Child-care and family predictors of preschool attachment and stability from infancy. *Developmental Psychology, 37*(6), 847-862. doi: 10.1037/0012-1649.37.6.847
- O'Connor, T. G., Rutter, M., & The English & Romanian Adoptees Study, T. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(6), 703-712. doi: 10.1097/00004583-200006000-00008
- O'Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Current perspectives on attachment disorders: Rejoinder and synthesis. *Attachment & Human Development, 5*(3), 321-326.
- Oosterman, M., & Schuengel, C. (2007). Autonomic reactivity of children to separation and reunion with foster parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(9), 1196-1203.
- Oosterman, M., & Schuengel, C. (2008). Attachment in foster children associated with caregivers' sensitivity and behavioral problems. *Infant Mental Health Journal, 29*(6), 609-623. doi: 10.1002/imhj.20198
- Pace, C. S., Zavattini, G. C., & D'Alessio, M. (2012). Continuity and discontinuity of attachment patterns: A short-term longitudinal pilot study using a sample of late-adopted children and their adoptive mothers. *Attachment & Human Development, 14*(1), 45-61.

- Pears, K. C., Bruce, J., Fisher, P. A., & Kim, H. K. (2010). Indiscriminate friendliness in maltreated foster children. *Child Maltreatment, 15*(1), 64-75.
- Pignotti, M. (2011). Reactive attachment disorder and international adoption: A systematic synthesis. *The Scientific Review of Mental Health Practice, 8*(1), 30-49.
- Ponciano, L. (2010). Attachment in foster care: The role of maternal sensitivity, adoption, and foster mother experience. *Child & Adolescent Social Work Journal, 27*(2), 97-114. doi: 10.1007/s10560-010-0192-y
- Prior, V., & Glaser, D. (2010). *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement : théorie, preuve et pratique*. Bruxelles : De Boeck.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278. doi: 10.1097/00004583-200303000-00006
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., ... Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(1), 17-30. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01688.x
- Shields, A., Ryan, R. M., & Cicchetti, D. (2001). Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology, 37*(3), 321-337. doi: 10.1037/0012-1649.37.3.321
- Shonk, S. M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology, 37*(1), 3-17. doi: 10.1037/0012-1649.37.1.3
- Smyke, A. T., & Zeanah, C. H. (1999). *Disturbances of attachment interview*. Unpublished manuscript.
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Gleason, M. M., Drury, S. S., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2012). A randomized controlled trial comparing foster care ad institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *The American Journal of Psychiatry, 169*(5), 508-514. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11050748
- Solomon, J., George, C., & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology, 7*, 447-463.

- Spangler, G., & Zimmermann, P. (1999). Attachment representation and emotion regulation in adolescents: A psychobiological perspective on internal working models. *Attachment & Human Development, 1*(3), 270-290.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development, 48*, 1184-1199.
- Stovall-McClough, K. C., & Dozier, M. (2004). Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Development and Psychopathology, 16*(2), 253-271.
- Stovall, K. C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and Psychopathology, 12*(2), 133-156. doi: 10.1017/s0954579400002029
- Stronach, E. P., Toth, S. L., Rogosch, F., Oshri, A., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (2011). Child maltreatment, attachment security, and internal representations of mother and mother-child relationships. *Child Maltreatment, 16*(2), 137-145. doi: 10.1177/1077559511398294
- Tarabulsy, G. M., Larose, S., Pederson, D. R., & Moran, G. (2000). Comprendre le rôle des relations d'attachement parent-enfant dans le développement humain. Dans G. M. Tarabulsy, S. Larose, D. R. Pederson, & G. Moran (Éds), *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 1-24). Sainte-Foy : Press de l'Université du Québec.
- Tharner, A., Dierckx, B., Luijk, M. P. C. M., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ginkel, J. R., ... Tiemeier, H. (2013). Attachment disorganization moderates the effect of maternal postnatal depressive symptoms on infant autonomic functioning. *Psychophysiology, 50*, 195-203.
- Tizard, B., & Rees, J. (1975). The effect of early institutional rearing on the behavior problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 16*, 61-73
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., & Emde, R. N. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and Psychopathology, 9*(4), 781-796. doi: 10.1017/s0954579497001430
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., Maughan, A., & Vanmeenen, K. (2000). Narrative representations of caregivers and self in maltreated pre-schoolers. *Attachment & Human Development, 2*(3), 271-305. doi: 10.1080/14616730010000849

- Tourigny, M., Poirier, M. A., Dion, J., & Boisvert, I. (2010). Recommandation de placement de l'enfant dans le contexte de la protection de la jeunesse : facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 39(2), 165-187.
- Valenzuela, M. (1990). Attachment in chronically underweight young children. *Child Development*, 61(6), 1984-1996. doi: 10.2307/1130852
- van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31(3), 410-421. doi: 10.1016/j.childyouth.2008.09.008
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-249. doi: 10.1017/s0954579499002035
- Verschueren, K., Marcoen, A., & Schoefs, V. (1996). The internal working model of the self, attachment, and competence in five-year-olds. *Child Development*, 67(5), 2493-2511. doi: 10.2307/1131636
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 671-678. doi: 10.1002/jts.21857
- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood - clinical presentation, causes, correlates and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207-222
- Zeanah, C. H., Nelson, C. A., Fox, N. A., Smyke, A. T., Marshall, P., Parker, S., & Koga, S. F. (2003). Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest early intervention project. *Development and Psychopathology*, 15(4), 885-907. doi: 10.1017/S0954579403000452.
- Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 877-888. doi: 10.1016/j.chabu.2004.01.010

- Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 219-233. doi: 10.1002/imhj.20176
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., & Dumitrescu, B. A. (2002). Attachment disturbances in young children. II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 983-989.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., & Carlson, E. A. (2005). Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028. doi: 10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x

**Appendice**

Questionnaire sur le comportement social de votre enfant

*Le comportement social de votre enfant*

Indiquez comment réagit habituellement votre enfant dans les situations suivantes.

Votre enfant s'est-il déjà perdu dans un endroit public?

Oui  Non

➔ Si oui, comment a-t-il réagi?

- Il a pleuré et manifesté une grande détresse
- Il a pleuré un peu mais il s'est vite calmé
- Il n'a pas manifesté de détresse

Votre enfant accepterait-il de partir avec une personne étrangère pour aller chez elle?

- Oui sans hésitation
- Oui après un temps de réflexion
- Non sûrement pas

Mon enfant est très amical avec tous les nouveaux adultes.

Oui  Non

Mon enfant est gêné ou intimidé devant une personne étrangère.

<i>Jamais</i>	<i>Parfois</i>	<i>Souvent</i>	<i>Toujours</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mon enfant s'approche spontanément des étrangers, il leur parle (ou vocalise) spontanément

<i>Jamais</i>	<i>Parfois</i>	<i>Souvent</i>	<i>Toujours</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>