

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements.....	viii
Introduction	1
Contexte théorique.....	5
Maltraitance	6
Caractéristiques environnementales de la maltraitance	7
Caractéristiques des parents maltraitants	8
La théorie de l'attachement	10
Types d'attachement	13
Conséquences de l'attachement sur l'adaptation ultérieure.....	17
Facteurs associés à l'attachement désorganisé	19
Programmes d'intervention basés sur les principes de l'attachement	22
Objectifs de l'essai	26
Méthode.....	29
Participants.....	30
Procédure	32
Mesures	34
Données sociodémographiques (mesurées au pré-test)	34
Sensibilité maternelle (mesurée au pré-test et au post-test).....	35
Attachement de l'enfant (mesuré au pré-test et au post-test).....	35
État d'esprit de la mère en regard de l'attachement (mesuré au pré-test).....	36

Traumatismes antérieurs de la mère (évalués au pré-test)	38
Santé mentale de la mère (évaluée au pré-test).....	39
Soutien social de la mère (mesuré au pré-test)	40
Résultats	41
Description de la dyade A.....	42
Données sociodémographiques.....	42
Soutien social	43
Santé mentale de la mère	45
État d'esprit de la mère face à ses figures d'attachement	46
Traumatismes antérieurs	46
Description de la dyade B	47
Données sociodémographiques.....	47
Soutien social	47
Santé mentale de la mère	48
État d'esprit face aux figures d'attachement.....	48
Traumatismes antérieurs	49
Autres expériences pertinentes	49
Discussion	50
Forces et limites	58
Conclusion.....	60
Références	64

Remerciements

C'est avec grand bonheur et soulagement que j'écris ces mots, car cela signifie la fin d'un long périple. Un long voyage, neuf belles années, remplies d'aventures, de moments de bonheur, mais aussi à plusieurs moments, de doutes et de découragement. Tout au long de cette aventure, plusieurs personnes qui me sont très chères ont été à mes côtés pour me guider, m'encourager et me soutenir.

J'aimerais d'abord remercier la personne qui m'a guidée, soutenue et qui a probablement cru en moi plus que moi-même, ma directrice, Diane St-Laurent, sans qui, ce beau projet n'aurait pas vu le jour. Elle a su m'insuffler la passion et la rigueur que demande un tel projet. C'est avec sa patience, sa tolérance et sa douceur que j'ai pu évoluer, apprendre et croire en moi afin de pouvoir réussir à terminer mon projet. Merci infiniment Diane.

Puisqu'autant d'années ont coulé pendant la réalisation de ce projet, il fallut beaucoup de sacrifices, d'adaptation et de patience. Je remercie mon amoureux Christian qui a toujours été à mes côtés et m'a soutenue tout au long ce projet. Merci pour ta patience, tes bons mots, ta poésie et tes belles mélodies, ce fut d'un grand soutien.

Je tiens à remercier mes quatre magnifiques filles; Élisabeth, Camille, Charlotte et Gabrielle qui ont grandi avec une maman qui travaillait, tout en allant à l'école....vous

avez été ma source de motivation et de détermination. Vos sourires, vos dessins, vos câlins, vos bisous ont mis du bonheur dans chacune de mes journées. Merci et je vous souhaite vous aussi de réaliser vos projets et d'aller au bout de vos rêves. Je vous aime et suis très fier de vous.

Un merci tout spécial à mon père et ma mère qui m'ont donné le goût d'apprendre, d'aimer lire, d'aimer l'école et de vouloir toujours me dépasser. Un merci tout spécial à ma mère qui en plus de croire en moi et de m'encourager, a corrigé tous mes travaux universitaires, dont celui-ci....merci à toi maman d'être toujours là pour moi.

À ma sœur et mon frère, merci d'être là.

À mes bonnes amies, Ginette, Lyne, Karine, merci d'être là.

Un dernier remerciement à mon employeur qui a eu la patience, la souplesse et l'ouverture d'esprit de m'accorder tous les congés nécessaires pour la réalisation de ce projet. Merci.

Introduction

Chaque année, plusieurs milliers d'enfants sont victimes de la maltraitance au Canada. L'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (Trocmé et al., 2001) révèle qu'au Canada, 85 440 signalements sont répertoriés après évaluation des services de protection en 2008. En 2014 au Québec, un total de 29 835 signalements retenus pour maltraitance a été répertorié par la protection de la jeunesse (Association des centres jeunesse du Québec, 2014). De ces signalements, les problématiques de négligence (25,1 %) et de risque de sérieux de négligence (14,6 %) arrivent au premier rang des motifs de signalement retenus pour maltraitance. Au deuxième rang se placent les risques sérieux d'abus physique (7,7 %) et les abus physiques (25,2 %) sur le total des signalements retenus pour maltraitance.

La maltraitance amène plusieurs effets négatifs au niveau développemental pour l'enfant tels que difficultés d'adaptation au niveau sociocognitif (hypervigilance, dissociation), socioémotionnel (difficulté au niveau de la régulation des affects, conception de soi et des autres négatives), cognitifs (retards académiques, retards langagiers), troubles de comportement, décrochage scolaire, délinquance, problèmes de consommation d'alcool et de drogue et difficultés relationnelles importantes (Cicchetti & Valentino, 2006; Shonk & Cicchetti, 2001; Wekerle et al., 2014; Widom, 2000).

Ces expériences de mauvais traitement sont aussi associées à des conduites parentales négligentes et violentes à l'âge adulte et ainsi contribuant à la transmission d'un cycle intergénérationnel de négligence et d'abus (Cicchetti & Valentino, 2006; Egeland, Jacobitz, & Sroufe, 1988). La maltraitance engendre donc des coûts sociaux et économiques importants pour la société, de là l'importance de poursuivre le développement de programmes d'intervention efficaces auprès de cette clientèle afin de réduire de façon importante cette problématique.

Les travaux de recherche issus de la théorie de l'attachement nous permettent de mieux comprendre comment l'attachement peut être un facteur de risque ou de résilience dans le développement des enfants victimes de maltraitance. En regard des résultats des plus récentes recherches sur le sujet, la relation d'attachement parent-enfant apparaît une cible d'intervention à privilégier auprès des familles maltraitantes. Plusieurs études montrent que les programmes d'intervention inspirés de la théorie de l'attachement sont efficaces pour améliorer la sécurité d'attachement de l'enfant et augmenter la sensibilité parentale chez des enfants maltraités et leur parent (Moss et al., 2011; Pickreign et al., 2013).

Cependant, on possède encore peu d'information sur les facteurs qui peuvent modérer l'efficacité des programmes d'intervention en attachement auprès des familles maltraitantes. La présente étude exploratoire vise à examiner, par le biais de deux études de cas descriptives contrastées, si certaines caractéristiques liées au parent (état d'esprit

en regard de l'attachement, santé mentale, expériences traumatisantes antérieures, isolement social) peuvent avoir un effet modérateur sur l'efficacité d'une intervention en attachement pour les familles maltraitantes.

Contexte théorique

Maltraitance

La maltraitance est un problème majeur et face auquel la société doit réfléchir et trouver des solutions efficaces puisque celle-ci engendre des couts sociaux importants et entrave grandement le développement des enfants qui la subissent. Lorsqu'on parle de maltraitance, on fait généralement référence à quatre types de mauvais traitements: abus physique, négligence, abus sexuel, abus psychologique (Cicchetti & Valentino, 2006; Wekerle et al., 2014).

L'abus physique fait référence à des blessures physiques ou des actes de violence infligés à un enfant. Les signes les plus évocateurs d'abus physiques sont l'apparence de blessures physiques externes ou internes (bleus, lacérations, cicatrices, brulures, membres cassés, blessures à la tête, hémorragie interne) (Wekerle et al., 2014; World Health Organization (WHO), 1999).

La négligence elle, est plus difficile à repérer et représente un réel défi pour les chercheurs et les intervenants. Elle représente une incapacité du parent à protéger ou à répondre aux besoins de base de son enfant (besoins physiques, émotionnels, éducationnels, médicaux, nutritionnels) ou l'incapacité de lui offrir des conditions de vie sécuritaires (Wekerle et al., 2014; WHO, 1999).

L'abus sexuel lui, implique qu'un enfant ou un adolescent est soumis à participer à une ou des activités sexuelles, mais qu'il n'est pas totalement en mesure de comprendre, qu'il n'est pas prêt au niveau de son développement à s'adonner à ce genre d'activité et qu'il n'est pas en mesure de donner son consentement. De plus, l'acte contrevient aux lois de la société dans lequel l'enfant évolue (Wekerle et al., 2014; WHO, 1999).

L'abus psychologique lui, fait référence à tout acte commis ou omis pouvant être dommageable à l'intégrité psychologique de l'enfant tel que rejeter, dénigrer, menacer, ridiculiser, isoler, terroriser. Ces actes sont perpétrés par le parent ou l'adulte responsable de l'enfant (Wekerle et al., 2014; WHO, 1999).

Caractéristiques environnementales de la maltraitance

Plusieurs facteurs de risque placent les familles maltraitantes en position de vulnérabilité et peuvent influencer les pratiques parentales. Il est démontré que les enfants vivant dans un quartier économiquement défavorisé et caractérisé par la pauvreté, la violence conjugale et le chômage sont souvent associés à un haut taux de maltraitance (Cicchetti & Valentino, 2006; Coulton, Korbin, Su, & Chow, 1995; Deccio, Horner, & Wilson, 1994; Drake & Pandey, 1996; Garbarino & Sherman, 1980; Korbin, Coulton, Chard, Platt-Houston, & Su, 1998; Lynch & Cicchetti, 1998; Merrit, 2009; Steinberg, Catalano, & Dooley, 1981; Zuravin, 1989). L'isolement social et le manque de ressources économiques ou soutien social sont également associés à la maltraitance

(Cicchetti & Valentino, 2006; Duncan, 1999; Edelson, 1999; Perry, Hodges, & Egan, 2001; Windham et al., 2004).

Caractéristiques des parents maltraitants

Les études démontrent que les mères maltraitantes (en particulier les mères négligentes) ont une connaissance inadéquate concernant les soins de base à prodiguer à leurs enfants (Erickson & Egeland, 2002). Elles ont tendance à avoir des attentes élevées et souvent irréalistes envers eux et les perçoivent souvent de façon plus négative (Cicchetti & Valentino, 2006; Dubowitz, 1999). Elles ont entre autres plus de difficultés au niveau de la sphère affective telle que bien identifier, reconnaître et nommer les émotions de leurs enfants et par conséquent, ceci les amène à être moins en mesure de répondre adéquatement à leurs besoins (Hildyard & Wolfe, 2007). Elles offrent également moins de soutien affectif et ignorent plus souvent les manifestations affectives de leurs enfants et elles leur offrent moins de soutien concernant la régulation de leurs émotions (Cicchetti & Valentino, 2006; Edward, Shipman, & Brown, 2005).

Les recherches faites auprès des familles maltraitantes observent également la présence de problèmes de santé mentale chez ces parents tels que la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique et le trouble de personnalité (Wekerle & Wall, 2002). Une réponse parentale caractérisée par moins de souplesse, moins de constance et moins de sensibilité envers leurs enfants est souvent associée à plusieurs désordres mentaux (Cicchetti & Valentino, 2006). Dans ces familles, il est aussi observé

que l'interaction parent-enfant est plus hostile, qu'il y a peu d'engagements de la part des parents dans la relation, un plus faible niveau de réciprocité ainsi qu'un manque de synchronie et d'harmonie (Alessandri, 1992; Bousha & Twentyman, 1984; Cicchetti & Valentino, 2006; Erickson & Egeland, 2002; Lyon-Ruth, Connell, Zoll, & Stahl, 1987; Wilson, Rack, Shi, & Norris, 2008). Ces parents peuvent entre autres, ignorer leurs enfants pendant de longues périodes de temps et à d'autres moments, ils peuvent être intrusifs et intervenir de façon contrôlante physiquement auprès d'eux.

Selon d'autres recherches effectuées auprès de mères adolescentes, les résultats démontrent que l'arrivée de l'enfant dans un milieu où la mère est adolescente est souvent affectée par différents facteurs de risque qui auront un impact sur le plan biologique, psychologique et social de l'enfant (Brooks-Gunn & Furstenberg, 1986; Lamb, 1988). Les enfants de mères adolescentes sont plus à risque de vivre de la négligence que les enfants de mères plus âgées pour différentes raisons (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Lounds, Borkowski, & Whitman, 2006). Entre autres, les mères adolescentes sont plus à risque de faire face à des difficultés d'adaptation personnelles en lien avec des problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, syndrome de stress post-traumatique, trouble de personnalité, abus de substance) (Bailey, Moran, & Pederson, 2007). Souvent, elles sont issues de milieux caractérisés par l'isolement, la pauvreté, le décrochage scolaire et une précarité financière. Elles vivent plus de ruptures amoureuses et sont la plupart du temps monoparentales (Spieker & Bensley, 1994; Tarabulsy et al., 2010).

Un autre facteur de risque qui est associé à la maltraitance est la présence de mauvais traitements dans l'enfance du parent. Cependant, ce ne sont pas tous les parents qui ont vécu des traumatismes durant l'enfance qui maltraitent leur enfant. Les caractéristiques des mères qui brisent le cycle de la maltraitance incluent le fait d'être mariées à un homme plus chaleureux et plus supportant envers elles et avoir une relation de couple plus saine et harmonieuse (Egeland, Jacobitz, & Papatola, 1987). Ces caractéristiques aident grandement ces mères à assumer leur rôle parental de façon plus positive (Quinton, Rutter, & Liddle, 1984). Les études relatent également que les parents ayant eu une histoire de maltraitance pendant leur enfance et qui ne maltraitent pas leurs enfants révèlent avoir vécu une expérience positive avec l'un de leurs parents dans leur enfance et mentionnent avoir davantage de soutien social comme parent (Egeland et al., 1987; Hunter & Kilstrom, 1979). Ils sont également plus en mesure de vivre leur colère ou de l'exprimer en lien avec leur vécu pendant leur enfance et sont davantage capables de donner des détails cohérents de leurs expériences d'abus ou de maltraitance.

La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement développée par John Bowlby et Mary Ainsworth a fait l'objet de plusieurs recherches au cours des dernières décennies. Nous pouvons même dire que ce modèle est devenu un modèle essentiel au niveau du développement de l'enfant et au niveau du développement à l'âge adulte. C'est entre autres une théorie qui rend bien compte du rôle de la famille au niveau de l'adaptation psychosociale de

l'enfant et c'est à l'intérieur de la relation d'attachement que l'enfant fera ses premiers apprentissages que ce soit de nature affective, sociale ou cognitive.

Selon la théorie de l'attachement, le terme « attachement » a une signification particulière (Bowlby, 1982). On ne parle pas ici d'amour ou d'affection entre deux personnes. L'attachement qu'un enfant développe envers l'adulte qui en prend soin est un lien basé sur le besoin de sécurité et de protection. Dans ce sens, il fait appel à la survie de l'espèce, puisqu'instinctivement, l'enfant s'attachera à son donneur de soin pour assurer sa survie. Donc, en situation de stress, le système d'attachement chez l'enfant est activé et ce dernier tentera de rechercher la proximité de sa figure d'attachement afin que celle-ci élimine la source de stress et lui offre protection et réconfort. Une fois le système d'attachement désactivé, l'enfant pourra être disponible pour explorer son environnement. Il s'agit alors que la figure d'attachement devienne une base de sécurité permettant le développement d'un équilibre entre l'exploration autonome et dépendance.

Cette théorie propose l'existence de trois systèmes : le système d'attachement, le système exploratoire et le système du *caregiving*. Comme mentionné précédemment, le système d'attachement vise le rapprochement physique de l'enfant avec sa figure d'attachement en cas de danger ou de détresse. Les éléments déclencheurs responsables d'activer ou non ce système chez l'enfant se divisent en deux classes : les facteurs internes (ex. : fatigue, douleur) ou les facteurs externes (ex. : menace provenant de

l'environnement). Ce qui permet de désactiver le système est la proximité d'avec la figure d'attachement. Lorsque le système d'attachement n'est pas activé, le système d'exploration est activé ce qui mène l'enfant à un sentiment de maîtrise et invite à la curiosité puisqu'un bébé est naturellement attiré par la nouveauté. Cette curiosité permettra à l'enfant d'explorer son environnement et de faire des apprentissages. Le système de *caregiving* du parent est organisé par un système de représentation, les modèles internes opérants (MOI) de *caregiving* (George & Solomon, 1996). Il s'agit de la capacité maternelle à lire et comprendre les signaux de l'enfant et d'y répondre de façon efficace.

Selon Bowlby (1982), le type d'attachement que l'enfant développe avec son parent est étroitement lié à la sensibilité de ce dernier. La sensibilité fait appel à la capacité du donneur de soins de détecter et interpréter correctement les besoins de l'enfant et d'y répondre adéquatement, et cela, dans un délai raisonnable. Ce sera à travers les interactions quotidiennes avec son parent que l'enfant développera un lien d'attachement. Plusieurs études montrent que la sensibilité maternelle pendant les premières années de vie est le facteur prédictif le plus important de la sécurité d'attachement (Atkinson et al., 2000; Lyons-Ruth & Jacobitz, 2008; Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2008).

Les stratégies d'attachement développées par l'enfant seront donc adaptées aux réponses de sa figure d'attachement et ainsi, permettront à l'enfant de gérer ses affects. Si le parent tient compte des besoins de son enfant et que ce dernier est rapidement pris

en considération, l'enfant se sentira protégé et en sécurité. Par contre, si le parent ne répond pas aux besoins de l'enfant et que ce dernier est souvent soumis à des frustrations, il sera davantage anxieux, car il craindra pour sa sécurité.

Selon la théorie d'attachement, les parents seraient donc une base de sécurité tout au long de l'enfance et de l'adolescence et les modèles internes que l'enfant élabore à partir de son histoire d'attachement avec ses parents, influenceront la manière dont il percevra les différentes situations sociales et aussi les attentes qu'il aura envers son entourage (Bowlby, 1982; Bretherton, 1985).

Types d'attachement

Les différences individuelles au niveau de la qualité de l'attachement sont divisées en deux grandes catégories : les relations d'attachement sécurisantes et les relations d'attachement insécurisantes (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Avoir une sécurité d'attachement ne veut pas dire que l'enfant ne ressent jamais de peurs ou d'appréhension, car la peur et l'anxiété sont des réactions normales et adaptatives chez l'être humain. La sécurité de l'attachement indique plutôt que l'enfant peut compter sur son parent comme source disponible de réconfort et de protection si le besoin se fait sentir. Un enfant dont la mère est sensible et réceptive envers lui recherchera sa présence lorsqu'il sera bouleversé et il sera calmé par son contact. Si l'enfant a vécu une relation sécurisante avec ses parents, il se percevra comme un individu compétent et il aura une représentation des autres comme étant des personnes fiables et sur qui il peut

compter (Bretherton, 1985; Ziv, 2005). La qualité d'attachement mère-enfant favorise donc le développement de relations sociales plus harmonieuses, une meilleure considération par les pairs et moins de conflits avec eux (Berlin, Zeanah, & Lieberman, 2008).

Par contre, cette confiance dans le monde qui l'entoure n'est pas installée chez l'enfant qui a développé une relation insécurisante avec sa figure d'attachement puisque dans son histoire avec la personne qui en prend soin, celle-ci ne s'est pas montrée disponible émotionnellement ou l'a fait de façon très irrégulière. Donc, l'enfant apprendra à ne pas rechercher le contact de son parent lorsqu'il sera bouleversé ou il recherchera du réconfort, mais de façon ambivalente. Cette relation d'attachement insécurisante entrainera des distorsions dans les représentations des buts et des motivations de soi et des autres chez cet enfant, par exemple il pourra se percevoir comme une personne qui ne mérite pas l'attention et le respect des autres et pourrait même voir les autres comme rejetant ou menaçant.

Le modèle d'attachement dit *insécurisant* inclut l'attachement évitant et l'attachement ambivalent. Chez l'enfant dont le type d'attachement est insécurisant-évitant, le système d'attachement est désactivé de manière défensive. L'enfant semble explorer son environnement, mais se sert de celui-ci pour gérer son anxiété. Il manifesterà de l'évitement physique et affectif envers son parent et il ne l'utilisera pas pour l'aider à gérer sa détresse ou pour faciliter l'exploration de son environnement. De

plus, l'inhibition du système d'attachement amène une limitation de l'engagement affectif vis-à-vis les autres (Cassidy & Kobak, 1988). À court terme, cela permet à l'enfant de se protéger, mais à long terme, il aura tendance à minimiser son besoin d'affection et il aura de la difficulté à établir des relations plus intimes (Crittenden, 1992).

Chez l'enfant dont le type d'attachement est insécurisant-ambivalent, le système d'attachement est, lorsqu'il se sent menacé, activé de façon exagérée. Il aura tendance à amplifier ses signaux de détresse de façon à obtenir l'attention de ses parents, et ce, au détriment de son système d'exploration de l'environnement (Bowlby, 1982). L'enfant est donc moins disposé à s'intéresser au monde qui l'entoure. Le débordement affectif qui vient de l'hyperactivation du système d'attachement empêche l'enfant de traiter l'information d'une façon objective et d'y réagir d'une façon efficace (Kobak & Madsen, 2008). Ces enfants démontrent de la résistance et des comportements conflictuels avec leurs parents et ont une immaturité excessive (Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985; Kobak & Madsen, 2008). Les trois modèles d'attachement mentionnés précédemment sont classés comme étant des modèles organisés, ce qui veut dire que les enfants présentant ces types d'attachement ont développé des stratégies d'attachement cohérentes et organisées afin de gérer leurs comportements et leurs émotions.

D'autres enfants sont plutôt classés comme ayant un attachement insécurisant désorganisé/désorienté et ce modèle se caractérise par l'absence de stratégies

d'attachement cohérentes et organisées (Main & Solomon, 1990). Ces enfants ne semblent pas capables de recourir à un seul modèle d'attachement organisé lorsqu'ils sont confrontés à un stress ou à une menace. Ils deviennent alors confus, désorientés ou apeurés et réagissent par des stratégies comportementales conflictuelles (Egeland, 2005). Durant la période préscolaire et scolaire, l'enfant avec un attachement désorganisé peut adopter une attitude protectrice et attentionnée envers son parent qui prend l'allure d'un renversement de rôle. Il peut aussi adopter une attitude coercitive où l'enfant tente de contrôler son parent de façon punitive et hostile (Cassidy & Marvin, 1992).

L'enfant ayant un attachement de style désorganisé fait face à un dilemme lorsqu'il vit une situation stressante. Le parent est à la fois la source de ce qui l'effraie et sa seule figure de protection disponible. Il s'agit d'une situation paradoxale puisque ceci place l'enfant apeuré sans solution possible pour faire diminuer son angoisse (Hesse & Main, 2006; Main & Hesse, 1990). L'enfant développe donc des comportements contradictoires d'approche et d'évitement à l'endroit de son parent et peut montrer de l'appréhension en sa présence (Main & Solomon, 1990; Solomon & George, 1999). Les résultats de plusieurs études apportent un appui à l'idée avancée par Main et Hesse (1990) que le développement d'un attachement désorganisé serait associé à des comportements parentaux qui suscitent de la peur chez l'enfant (Abrams, Rifkin, & Hesse, 2006; Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999; Madigan, Bakermans-Kranenberg et al., 2006; Madigan, Moran et al., 2006; van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenberg, 1999). Par exemple, certaines mères peuvent faire peur à

l'enfant (comportements hostiles envers l'enfant, retrait important) ou être apeurées envers leur enfant (hypervigilance, expression faciale de peur). Certaines études ont relevé également des particularités dans les échanges verbaux de ces mères avec leurs enfants. Ces études observent entre autres que ces mères ont tendance à avoir des propos ridiculisant ou épeurant lors de conversations avec eux (Cyr, Dubois-Comtois, & Moss, 2008; Dubois-Comtois, Cyr, Moss, & St- Laurent, 2008).

Conséquences de l'attachement sur l'adaptation ultérieure

Plusieurs études démontrent que le type d'attachement durant l'enfance permet de prédire certains aspects du développement social, cognitif et affectif chez l'enfant. Un attachement sécurisant amène entre autres le développement de qualités interpersonnelles telles que la confiance en soi, un sentiment de compétence personnelle, meilleure estime de soi, meilleures habiletés sociales, la capacité à interagir adéquatement et à développer des relations interpersonnelles satisfaisantes (Raikes & Thompson, 2005; Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005).

Parmi les trois modèles d'attachement insécurisant, le type d'attachement désorganisé amène l'enfant à présenter plus de risque d'inadaptation socioaffective et de psychopathologie plus tard au cours de sa vie. Plusieurs études montrent que les enfants désorganisés démontrent plus de comportements d'agressivité et un haut taux de problèmes extériorisés (difficultés d'autorégulation des émotions, comportements

d'opposition) et intériorisés (retrait social, dissociation, plaintes somatiques, symptômes dépressifs, idées suicidaires) pendant l'enfance et l'adolescence que les enfants ayant un attachement sécurisant (Carlson, 1998; Dubois-Comtois, Moss, Cyr, & Pascuzzo, 2013; Kaufman & Cicchetti, 1989; Moss, Bureau, Cyr, & Dubois-Comtois, 2006; Salzinger, Feldman, Hammer, & Rosario, 1993).

L'aspect émotionnel a aussi été étudié chez les enfants ayant un attachement désorganisé. Il semble que ces enfants démontrent un niveau plus élevé de colère que les enfants classifiés comme évitant, ambivalent ou sécurisant (Kochanska, 2001). On dénote entre autres chez ces enfants une moins bonne capacité de résolution des conflits, un manque d'empathie envers autrui, des difficultés sociales et ils ont un style d'interaction avec les pairs plus coercitif, hostile et agressif (Klimes-Dougan & Kistner, 1990; Lyons-Ruth & Jacobitz, 1999, 2008; Main & George, 1985; Wartner, Grossman, Fremmer-Bombik, & Suess, 1994).

Les recherches démontrent également un lien entre le patron d'attachement de type désorganisé et la qualité du fonctionnement cognitif. Ces difficultés au niveau cognitif mettraient ces enfants plus à risques d'avoir des problèmes au niveau académique (Moss & St-Laurent, 2001; Moss, St-Laurent, & Parent, 1999).

Bowlby (1982) affirme que les modèles internes que l'enfant intériorise sur la base de ses relations d'attachement précoces sont dynamiques et qu'ils peuvent être modifiés

suite à de nouvelles expériences. Ceci peut être particulièrement vrai pendant l'enfance lorsque les patrons d'attachement ne sont pas encore cristallisés. Le type d'attachement peut être modifié et l'intervention qui cible la relation d'attachement peut amener l'enfant vers un développement plus optimal tant au niveau social, affectif que cognitif.

Facteurs associés à l'attachement désorganisé

Beaucoup de travaux révèlent que les enfants maltraités sont plus à risque de développer un attachement insécurisant de type désorganisé/désorienté (Barnett, Ganiban, & Cicchetti, 1999; Cicchetti & Barnett, 1991; Cyr, Euser, Bakermans-Kranenberg, & van IJzendoorn, 2010; Lyons-Ruth et al., 1987). La relation dysfonctionnelle entre le parent et son enfant présente dans ces familles maltraitantes est contributive à l'établissement et au maintien d'un lien attachement désorganisé ainsi qu'aux difficultés d'adaptation qu'il développe (Lyons-Ruth et al., 1987). Les particularités que l'on retrouve au sein de ces dyades dysfonctionnelles ont un impact cumulatif sur ces enfants en raison entre autres de la subtilité et de la continuité des attitudes ou comportements que le parent adopte envers son enfant, et cela, de façon quotidienne. Ces parents démontrent par exemple, moins d'affect positif, de soutien et de réciprocité dans la relation avec leurs enfants (Edward et al., 2005; Egeland, Breitenbucher, & Rosenberg, 1980; Kavanagh, Youngblade, Reid, & Fagot, 1988; Milot, St-Laurent, Éthier, & Provost, 2010; Shipman et al., 2007). Leurs pratiques parentales sont plus inadéquates et ils utilisent des méthodes disciplinaires souvent plus coercitives, punitives et menaçantes (Chilamkurti & Milner, 1993; Loeber, Felton, & Reid, 1984). Les

mères abusives sont décrites comme étant plus intrusives et plus hostiles tandis que les mères négligentes sont décrites comme étant plus inconstantes et désengagées (Borrego, Timmer, Urquiza, & Follette, 2004; Bousha & Twentyman, 1984; Crittenden, 1981, 1988; Wilson et al., 2008).

De plus, quelques études ont constaté une relation entre la dépression maternelle et l'attachement désorganisé, puisque la dépression maternelle est souvent associée à des soins inconsistants et hostiles (Cyr & Moss, 2001; Lyons-Ruth, Lyubchik, Wolfe, & Bronfman, 2002; Martin & Gaffan, 2000). D'autres problématiques tel l'abus de substances, importants conflits conjugaux sont également associés à la désorganisation chez l'enfant (Lyons-Ruth et al., 1999; Lyons-Ruth & Jacobitz, 2008). La récente méta-analyse de Cyr et al. (2010) indique par ailleurs qu'un cumul de cinq facteurs de risque socioéconomiques (ex. faible revenu, consommation abusive d'alcool ou drogue, mère adolescente, niveau d'éducation maternelle) est un prédicteur de désorganisation de l'attachement aussi important que la maltraitance.

Une association entre l'état d'esprit du parent en regard de l'attachement, caractérisé par un traumatisme non-résolu (abus, décès) et l'attachement désorganisé de l'enfant a aussi été démontrée (Lyons-Ruth & Jacobitz, 2008; Madigan, Bakermans-Kranenberg et al., 2006; Main & Hesse, 1990; van IJzendoorn, 1995). L'état d'esprit du parent fait référence aux représentations des relations d'attachement que le parent a développées à partir de ses expériences antérieures envers ses figures d'attachement. Cet

état d'esprit est un prédicteur important de l'attachement de l'enfant puisque l'état d'esprit du parent influencera la façon dont le parent interprétera les besoins et les comportements de son enfant. Par exemple, les mères qui ont un état d'esprit autonome ou sécurisant seront en mesure de parler avec cohérence de leurs expériences d'attachement passées et de mieux en comprendre la signification et les représentations qu'elles s'en font aujourd'hui (Hesse, 2008). Grâce à cette meilleure capacité réflexive, elles seront plus aptes à identifier et reconnaître les besoins de leur enfant et d'y répondre adéquatement, ce qui est favorable au développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant. Il a été observé par certaines études entre autres que la disponibilité psychique du donneur de soins a un impact sur le développement socioémotionnel, éducatif et de la santé mentale de l'enfant (Candelaria, Teti, & Black, 2011).

Par contre, certaines mères présentent un état d'esprit non-résolu puisqu'elles ne parviennent pas à résoudre leurs traumatismes (ex: abus, décès) qu'elles ont vécus (Hesse, 2008). Cela se traduit dans leur discours sur leurs expériences d'attachement par des incohérences comme une désorientation dans le temps ou dans l'espace (ex. parler des expériences antérieures d'abus au présent). L'état d'esprit non-résolu du parent a été associé à un attachement désorganisé chez l'enfant (Madigan, Bakermans-Kranenberg et al., 2006; van IJzendoorn, 1995). Des recherches évoquent le fait que chez les mères d'enfants désorganisés, s'occuper de leurs enfants dérégulerait leur système de *caregiving*. Le système peut être dérégulé par exemple par la réactivation de craintes ou

de souvenirs traumatisants personnels (Huth-Bocks, Levendosky, Bogat, & von Eye, (2004). Ces expériences difficiles font en sorte que la mère semble moins en mesure de bien percevoir ou identifier les besoins de son enfant et d'y répondre adéquatement.

Programmes d'intervention basés sur les principes de l'attachement

Il existe divers types d'interventions guidées par la théorie de l'attachement (Bernard et al., 2012; Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006; Gosh Ippen, Harris, van Horn, & Lieberman, 2011; Juffer, Hoksbergen, Riksen-Walraven, & Kohnstamm, 1997; Moss et al., 2011; Pickreign et al., 2013; Toth, Maughan, Manly, Spagnola, & Cicchetti, 2002). L'objectif de ces modèles d'intervention en attachement vise à modifier le patron relationnel dysfonctionnel entre le parent maltraitant et son enfant. Deux grands types de programmes existent : un programme de courte durée (5-16 semaines) et un programme de longue durée (20 semaines à 1 an).

Ces deux approches utilisées sont différentes entre autres par rapport à la durée d'intervention, mais elles ont un point en commun, elles mettent l'accent sur la relation parent/enfant comme outil principal d'intervention. De plus, ce type de programme préconise l'établissement d'une relation de confiance entre le parent et l'intervenant afin de l'utiliser comme base de sécurité et comme moteur de changement.

Le programme de courte durée est axé sur les comportements du parent. Il comprend des visites à domicile hebdomadaires et vise à aider les parents à devenir plus

sensibles envers les signaux de leurs enfants. Il vise également à augmenter la sécurité d'attachement de l'enfant (Bakermans-Kranenberg, Juffer, & van IJzendoorn, 1998; Dozier et al., 2006; Moran, Pederson, & Krupka, 2005; Moss et al., 2011). On s'intéresse aux comportements du parent au moment où il est en interaction avec son enfant et un des moyens privilégiés est l'utilisation de la rétroaction vidéo. L'objectif principal est d'amener le parent à reconnaître, interpréter et répondre de façon appropriée aux signaux et comportements de son enfant. Après avoir filmé une interaction parent-enfant, l'intervenant visionne les extraits vidéo avec le parent afin de renforcer ses comportements positifs et sensibles envers son enfant. Une récente étude utilisant un programme de courte durée et menée auprès d'une population d'enfants maltraités et leur parent biologique (Moss et al., 2011) a donné des résultats positifs. Les résultats révèlent que les mères exposées à ce programme ont démontré une augmentation de leur sensibilité maternelle au terme de 8 séances d'intervention. Cette étude démontre également que l'exposition à l'intervention a entraîné chez l'enfant une augmentation des comportements d'attachement sécurisant et une diminution des comportements d'attachement insécurisant désorganisé. De plus, une diminution des problèmes de comportement est observée chez les enfants plus âgés de l'échantillon (Moss et al., 2011). Un autre programme en attachement de courte durée (ABC, *Attachement Biobehavioral Catch-up*) a été évalué dans une récente étude menée auprès d'enfants maltraités ou à haut risque de maltraitance. Les résultats de cette étude démontrent également que, dans le groupe exposé à l'intervention en attachement, on retrouve au post-test une proportion plus élevée d'enfants avec un attachement

sécurisant et une proportion moins élevée d'enfants présentant un attachement désorganisé comparativement au groupe contrôle (Bernard et al., 2012).

Le programme de longue durée lui, comprend des séances de psychothérapie parent-enfant (CPP, *Child Parent Psychotherapy*) (Gosh Ippen et al., 2011; Lieberman & van Horn, 2008). Cette approche prend ses origines dans la psychothérapie parent-enfant de Fraiberg (1980) et la théorie de l'attachement de Bowlby (1982). Ce type de programme tente de changer les représentations internes des parents. Il vise également à aider le parent à comprendre comment son expérience d'enfance avec ses propres parents a pu influencer la façon dont il éduque son enfant et ainsi lui permettre d'améliorer sa capacité à offrir des soins plus sécuritaires et appropriés à son enfant. (Cicchetti et al., 2006; Gosh Ippen et al., 2011; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990; Lieberman & van Horn, 2008; Osofsky et al., 2007). Quelques études ont évalué l'efficacité de ces programmes d'intervention longue durée auprès de parents maltraitants ou à haut risque de maltraitance (Cicchetti et al., 2006; Gosh Ippen et al., 2011; Lieberman, Gosh Ippen, & van Horn, 2006; Lyons-Ruth et al., 1990; Pickreign et al., 2013; Toth et al., 2002). Les résultats de ces études montrent divers effets positifs de cette intervention de longue durée : une augmentation des comportements de sensibilité du parent à l'égard de l'enfant, une augmentation de la sécurité d'attachement chez les enfants, une diminution de la désorganisation de l'attachement, une diminution des problèmes de comportement et moins de représentations négatives de soi chez les enfants.

Une importante méta-analyse révèle que l'intervention de courte durée basée sur l'augmentation des comportements sensibles des parents était plus efficace pour augmenter la sécurité d'attachement que l'intervention de longue durée basée sur les représentations internes des parents (Bakermans-Kranenberg, van IJzendoorn, & Juffer 2003). Une autre méta-analyse révèle que l'intervention de courte durée axée sur la sensibilité maternelle était également efficace pour réduire la désorganisation d'attachement (Bakermans-Kranenberg, van IJzendoorn, & Juffer, 2005). Il est important toutefois de noter que, dans ces méta-analyses, il n'y a pas d'études dont les échantillons sont constitués d'un nombre important d'enfants maltraités.

On possède encore peu d'informations sur les facteurs pouvant modérer l'efficacité des interventions en attachement. Une récente étude (Moran et al., 2005) menée auprès de mères adolescentes a démontré que globalement l'intervention de courte durée en attachement fut bénéfique, mais que certaines mères n'ont pas bénéficié autant de l'intervention. Deux facteurs ont été identifiés comme ayant eu un effet modérateur sur l'intervention : l'état d'esprit de la mère en regard de l'attachement et l'expérience de trauma dans l'enfance (Moran et al., 2005). L'intervention a été moins efficace auprès des mères qui présentaient un état d'esprit non résolu et qui avaient vécu des traumatismes durant l'enfance.

Objectifs de l'essai

Compte tenu des ressources limitées disponibles dans les services de Protection de la jeunesse, le recours à des programmes d'intervention en attachement de courte durée se présente comme une stratégie d'intervention judicieuse à privilégier considérant que ces programmes se sont montrés efficaces pour augmenter la sensibilité parentale, améliorer la sécurité d'attachement et diminuer la désorganisation de l'attachement. Toutefois, nous connaissons encore peu de choses sur les facteurs qui peuvent modérer (réduire ou accroître) l'efficacité de ce type de programme. La présente étude vise à examiner, de façon exploratoire et descriptive, si certaines caractéristiques liées au parent peuvent avoir un effet modérateur sur l'efficacité d'une intervention en attachement de courte durée pour les familles maltraitantes. L'essai comporte deux études de cas descriptives contrastées, soit une comparaison de deux dyades mère-enfant suivies en Protection de la jeunesse pour maltraitance ayant participé à une intervention de courte durée en attachement : l'une pour laquelle l'intervention a eu des effets positifs (mère présentant des comportements sensibles suite à l'intervention, amélioration de la sécurité d'attachement de l'enfant et diminution de la désorganisation de l'attachement) et l'autre pour laquelle l'intervention a été peu efficace (mère présentant toujours des comportements manquant de sensibilité suite à l'intervention, pas d'amélioration de la sécurité d'attachement de l'enfant). Il est important de noter ici que tout au long de l'essai, lorsque nous discutons de ces deux études de cas, les termes « intervention efficace » ou « intervention ayant eu des effets positifs » réfèrent à une intervention ayant mené entre le pré-test et le post-test : à un passage de comportements maternels

plutôt insensibles à des comportements maternels plutôt sensibles, à l'amélioration de la sécurité d'attachement chez l'enfant et à une diminution de la désorganisation de l'attachement. De même, les termes « intervention peu efficace » seront utilisés pour désigner une intervention qui n'a pas mené entre le pré-test et le post-test : à un passage de comportements maternels plutôt insensibles à des comportements maternels plutôt sensibles, ni à une amélioration de la sécurité d'attachement chez l'enfant. Cette terminologie sera utilisée afin de ne pas alourdir inutilement le texte.

Sur la base de l'étude de Moran et al. (2005) qui ont mis en évidence l'importance de ces facteurs, nous avons d'abord retenu comme facteurs modérateurs potentiels l'état d'esprit d'attachement du parent et la présence de traumatismes antérieurs dans son enfance. Par ailleurs, nous nous intéressons également à la santé mentale et au réseau social de la mère comme autres facteurs modérateurs potentiels puisque ces variables peuvent constituer des facteurs de protection qui peuvent contribuer à ce que la mère soit plus disponible et réceptive à l'intervention ou, au contraire, constituer des facteurs de risque qui peuvent entraver l'efficacité de l'intervention. Nous posons l'hypothèse qu'un état d'esprit d'attachement non-résolu chez la mère et la présence de traumatismes antérieurs durant son enfance sont des facteurs de risque qui vont nuire à l'efficacité de l'intervention en attachement. Plus précisément, il est attendu que la mère pour qui l'intervention a été peu efficace présentera un état d'esprit d'attachement non-résolu et des traumatismes antérieurs, alors que la mère pour qui l'intervention a été efficace aura un état d'esprit résolu et peu ou pas de traumatismes antérieurs. Nous posons également

l'hypothèse qu'une bonne santé mentale (scores de symptômes psychiatriques sous le seuil clinique) et un réseau social soutenant seront associés à une meilleure efficacité de l'intervention. Plus précisément, il est attendu que la mère pour qui l'intervention a été efficace aura peu ou pas de problèmes de santé mentale et qu'elle disposera d'un réseau social soutenant, alors que la mère pour qui l'intervention a été peu efficace présentera des problèmes de santé mentale (scores de symptômes psychiatriques au-dessus du seuil clinique) et que son réseau social sera limité et peu soutenant.

Méthode

Participants

Les participants de notre étude de cas sont tirés d'un plus vaste échantillon de familles qui ont participé à une étude portant sur l'efficacité d'une intervention de courte durée en attachement auprès de familles maltraitantes. Les participants de l'étude originale (Moss et al., 2011) étaient recrutés parmi les clientèles du Centre Jeunesse de Lanaudière (CJL) où ils étaient suivis pour une problématique de maltraitance. Les enfants devaient être âgés entre 12 et 71 mois et ils devaient vivre avec leur parent au moment de l'étude. Les familles qui participaient à une intervention additionnelle autre que les services usuels donnés par le CJL étaient exclues ainsi que les familles d'enfants qui présentaient des problèmes médicaux majeurs (ex : leucémie, paralysie cérébrale) ou des troubles neuro-développementaux tels que le trouble du spectre de l'autisme. Parmi l'échantillon original de familles qui ont reçu l'intervention en attachement, nous avons retenu les familles dont l'enfant présentait en pré-test un attachement insécurisant-désorganisé et dont la mère était peu sensible. Par la suite, parmi ces familles, nous avons sélectionné au hasard deux familles : soit une famille pour laquelle l'intervention a été peu efficace (entre le pré-test et le post-test : maintien de comportements maternels plutôt insensibles, maintien d'un attachement insécurisant – Dyade A) et l'autre pour laquelle l'intervention a eu des effets positifs (entre le pré-test et le post-test : passage de comportements maternels plutôt insensibles à des comportements maternels plutôt

sensibles, amélioration de la sécurité d'attachement et diminution de la désorganisation de l'attachement – Dyade B).

L'enfant de la dyade A est un garçon âgé de 24 mois, suivi par les services de Protection de la jeunesse pour une problématique de négligence. Chez la dyade A, suite à l'intervention, malgré une augmentation du score de sensibilité maternelle, les comportements maternels sont restés globalement plutôt insensibles et l'attachement de l'enfant est demeuré insécurisant (scores de sensibilité au tri-de-cartes de sensibilité maternelle : pré-test = -0,70, post-test = -0,30). Les scores au tri-de-cartes varient entre -1 et 1; plus le score se rapproche de 1, plus le parent est sensible. Les scores de la mère A indiquent qu'elle est peu sensible, tant au pré-test qu'au post-test; attachement de l'enfant : pré-test = insécurisant-désorganisé, post-test = insécurisant-évitant).

L'enfant de la dyade B est une fille âgée de 14 mois qui est également suivie par les services de Protection de la jeunesse pour une problématique de négligence. Chez la dyade B, suite à l'intervention, il y a un passage, entre le pré-test et le post-test, de comportements maternels plutôt insensibles à des comportements maternels plutôt sensibles et l'attachement de l'enfant est devenu sécurisant (scores de sensibilité : pré-test = -0,10, post-test = 0,81; les scores de sensibilité de cette mère indiquent qu'elle était peu sensible au pré-test alors qu'au post-test, elle était devenue très sensible; attachement de l'enfant : pré-test = insécurisant-désorganisé, post-test = sécurisant).

Procédure

L'évaluation du programme d'intervention dans l'étude originale s'est faite à partir d'un devis expérimental pré-test post-test avec une assignation aléatoire aux conditions d'intervention et de comparaison. Elle comprend une comparaison entre deux groupes, l'un qui a reçu l'intervention (groupe exposé) et l'autre qui, dans un premier temps, a reçu l'intervention habituelle du CJL (groupe comparaison). Au total, 67 familles ont complété les évaluations (trois visites d'évaluation pré-test, deux visites d'évaluation post-test) soit 35 dans le groupe exposé et 32 dans le groupe de comparaison. Les visites d'évaluation post-test (qui sont semblables aux visites d'évaluation pré-test) ont lieu environ 10 semaines après la dernière visite pré-test. Suite aux visites pré-test, les participants du groupe exposé reçoivent l'intervention qui comprend huit visites hebdomadaires, qui sont ensuite suivies des rencontres d'évaluation post-test. Dans le groupe de comparaison, le pré-test est suivi d'une attente de 10 semaines environ, suivi du post-test et de l'intervention en différé. Les mesures recueillies en pré-test et en post-test sont exactement les mêmes dans les deux groupes. Le but des visites d'évaluation était de recueillir l'information nécessaire à l'évaluation des effets de l'intervention. Les familles participantes ont complété les mesures pré-test lors de trois visites : une première visite à domicile d'environ deux heures, une deuxième d'environ une heure et enfin une rencontre au laboratoire d'une heure. Un intervalle d'une semaine environ a eu lieu entre les rencontres. Les visites d'évaluation post-test incluaient une visite à domicile et une visite au laboratoire.

Pendant la première rencontre à domicile faite par un évaluateur dument formé pour la tâche, le parent et l'évaluateur remplissent divers questionnaires incluant un questionnaire sociodémographique, l'Échelle de Ressources Sociales et l'Inventaire des symptômes psychiatriques. Immédiatement après la rencontre, la sensibilité maternelle est évaluée à l'aide du Tri-de-cartes de sensibilité maternelle (Pederson & Moran, 1995), basé sur les observations faites par l'évaluateur pendant la rencontre. À la deuxième visite pré-test à domicile, l'Entrevue d'attachement adulte (EAA; George, Kaplan, & Main, 1996) est utilisée pour mesurer l'état d'esprit d'attachement de la mère et les traumatismes antérieurs. Une semaine plus tard, la Situation Étrangère (Ainsworth et al., 1978) est effectuée en laboratoire afin d'évaluer le type d'attachement de l'enfant. Suite à l'évaluation pré-test, les participants sont assignés aléatoirement au groupe intervention ou au groupe contrôle.

Le programme d'intervention consiste à effectuer huit visites structurées à domicile d'une durée de 90 minutes environ. Les rencontres sont divisées en quatre étapes :

- 1- Une discussion de 20 minutes sur un thème choisi par le parent : certains événements survenus pendant la semaine, des difficultés relationnelles avec son enfant ou toutes questions relatives à celui-ci.
- 2- Une séance de 10-15 minutes d'interaction parent-enfant filmée, utilisant des jouets ou activités choisis par l'intervenant en fonction de l'âge et du développement de l'enfant et des besoins de la dyade.

- 3- Une séance de rétroaction vidéo de 20 minutes où l'intervenant et le parent discutent des observations, des sentiments ou émotions vécues pendant la séance. L'accent est mis sur les comportements positifs et sensibles du parent envers son enfant.
- 4- Une période de 10-15 minutes pour boucler la rencontre et mettre l'accent sur les forces et les progrès du parent et l'inviter à continuer à faire des activités similaires avec son enfant pendant la semaine.

Pour notre étude, les deux familles ont été sélectionnées au hasard parmi les 35 familles du groupe exposé à l'intervention.

Mesures

Voici les mesures utilisées dans le cadre de la présente étude de cas : données sociodémographiques, sensibilité maternelle, attachement de l'enfant, état d'esprit de la mère en regard de l'attachement, traumatismes antérieurs de la mère, santé mentale de la mère et soutien social de la mère.

Données sociodémographiques (mesurées au pré-test)

Ces données incluent des informations sur la situation sociodémographique de la famille (le sexe et l'âge de l'enfant, l'âge de la mère, le niveau de scolarité, le revenu familial, le nombre d'enfants, le rang dans la famille, l'âge de la mère à la naissance du

premier enfant, informations sur le père de l'enfant cible et/ou le conjoint actuel de la mère).

Sensibilité maternelle (mesurée au pré-test et au post-test)

La sensibilité de la mère est évaluée par des observateurs à l'aide du Tri-de-cartes de sensibilité maternelle (Pederson & Moran, 1995) lors de la visite à la maison. Le tri-de-carte permet d'évaluer la qualité des comportements maternels durant les interactions mère-enfant à domicile. Les scores varient entre -1 et 1. Plus le score se rapproche de 1, plus le parent fait preuve de sensibilité à l'égard de son enfant; plus le score se rapproche de -1, plus le parent fait montre d'insensibilité envers son enfant. Cet instrument peut être utilisé avec des enfants âgés entre trois mois et 6 ans. Le Tri-de-cartes de sensibilité maternelle présente d'excellents indices de fidélité et de validité prédictive. Cette mesure est fortement associée à la sécurité d'attachement de l'enfant et à son développement socioaffectif (Pederson & Moran, 1995). Les corrélations intra-classe entre les observateurs (0,84 au pré-test et 0,81 au post-test) indiquent un bon accord inter-juges.

Attachement de l'enfant (mesuré au pré-test et au post-test)

La Situation Étrangère (Ainsworth et al., 1978) a été utilisée afin d'évaluer le type d'attachement de l'enfant pour les enfants âgés entre 1 et 2 ans. La Situation Étrangère est une procédure expérimentale réalisée en laboratoire qui inclut deux courtes séparations et réunions de trois minutes entre l'enfant et le parent et visant à susciter des

comportements d'attachement chez l'enfant. L'évaluation de la classification d'attachement de l'enfant est basée sur l'observation des comportements de l'enfant durant la procédure, plus particulièrement lors des épisodes de réunion. Les enfants avec un attachement *sécurisant* utilisent le parent comme base de sécurité pour explorer et ils recherchent la proximité avec ce dernier dans les moments de détresse. Le patron d'attachement *insécurisant-évitant* est caractérisé par des comportements d'évitement tant physique qu'affectif à l'endroit du parent. Les enfants dont l'attachement est *insécurisant-ambivalent* montrent de la résistance, de la colère, de la passivité ou une grande irritabilité qui interfèrent avec l'exploration de l'environnement ainsi qu'avec la recherche active et efficace de proximité et de réconfort auprès du parent. Enfin, l'attachement *insécurisant-désorganisé* est caractérisé par l'absence chez l'enfant de stratégies d'attachement cohérentes et organisées (comportements étranges ou contradictoires en présence du parent). L'attachement de l'enfant a été évalué par des codeurs ayant reçu la formation et l'accréditation pour l'évaluation de l'attachement avec cette procédure. L'accord inter juge pour la classification des quatre catégories d'attachement (sécurisant, insécurisant-évitant, insécurisant-ambivalent et insécurisant-désorganisé) calculé sur 20 % des cas était 0,84.

État d'esprit de la mère en regard de l'attachement (mesuré au pré-test)

L'entrevue d'attachement adulte (EAA; George et al., 1996) est utilisée pour mesurer l'état d'esprit d'attachement de la mère. L'EAA est une entrevue semi-structurée d'environ une heure qui amène le participant à décrire ses relations précoces

avec ses parents et à relater des épisodes spécifiques pour illustrer ces descriptions. L'analyse du discours lors de l'entrevue permet d'évaluer les représentations de la personne concernant ses relations avec sa mère et son père lorsqu'elle était enfant (Main, Goldwyn, & Hesse, 2003). Sur la base du discours, il est possible de classifier la personne dans l'une des catégories d'attachement suivantes : sécurisant-autonome, insécurisant-détaché, insécurisant-préoccupé et insécurisant-non-résolu. Les personnes ont un attachement *sécurisant-autonome* lorsqu'elles ont la capacité d'avoir accès à l'ensemble de leurs expériences d'enfance, qu'elles soient positives ou négatives, et lorsque leur discours sur leur histoire d'attachement est cohérent. L'attachement *insécurisant-détaché* se caractérise par un discours manquant de cohérence et par une tendance à minimiser les expériences d'attachement et à idéaliser les figures d'attachement. L'attachement *insécurisant-préoccupé* s'observe par un discours où il y a une quantité excessive d'informations qui sont souvent hors sujet, une préoccupation actuelle à l'égard des figures d'attachement de l'enfance et également un manque de cohérence. Finalement, l'attachement *insécurisant-non-résolu* est caractérisé par un discours où il est possible de remarquer que des expériences significatives de perte ou d'abus vécues dans l'enfance ne sont pas résolues pour la personne. Cela peut s'observer dans le discours, à divers moments dans l'entrevue, par une désorientation dans le temps ou dans l'espace, comme par exemple rapporter qu'un décès s'est produit à deux moments ou dans deux endroits différents, ou encore parle de la personne décédée au présent comme si elle était toujours vivante. En plus de démontrer une bonne validité prédictive (van IJzendoorn, 1995), l'EAA présente d'excellents indices de fidélité et de

validité discriminante et convergente (Bakermans-Kranenberg & van IJzendoorn, 1993). Les entrevues d'attachement ont été codées par des codeurs ayant suivi la formation de cotation des entrevues d'attachement adulte et obtenu l'accréditation officielle de M. Main et E. Hesse.

Traumatismes antérieurs de la mère (évalués au pré-test)

Les expériences de traumatismes vécues antérieurement par la mère ont été évaluées par le biais de deux sources : le *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) et l'Entrevue d'attachement adulte (EAA). Le CTQ est un questionnaire auto-rapporté qui évalue les expériences de mauvais traitements vécues par les mères durant l'enfance. Ce questionnaire comprend 28 items de type Likert répartis en cinq échelles : abus émotionnel, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique. La mère doit rapporter la fréquence de ses expériences selon une échelle en cinq points : *Jamais vrai*, *Rarement vrai*, *Quelquefois vrai*, *Souvent vrai* et *Très souvent vrai*. Pour chaque type de maltraitance, il est également possible d'établir le niveau de sévérité des expériences rapportées par la mère sur une échelle de sévérité en quatre points où : 1 = aucune maltraitance; 2 = niveau faible; 3 = niveau modéré; 4 = niveau sévère de maltraitance. Les points de coupure suivants (proposés par les auteurs de l'instrument) ont été utilisés pour catégoriser la sévérité des expériences de mauvais traitements : pour l'abus émotionnel, aucun = 5 à 8, faible = 9 à 12, modéré = 13 à 15 et sévère = 16 à 25; pour l'abus physique, aucun = 5 à 7, faible = 8 à 9, modéré = 10 à 12 et sévère = 13 à 25; pour l'abus sexuel, aucun = 5; faible = 6 ou 7,

modéré = 8 à 12 et sévère = 13 à 25; pour la négligence émotionnelle, aucun = 5 à 9, faible = 10 à 14, modéré = 15 à 17 et sévère = 18 à 25; pour la négligence physique, aucun = 5 à 7, faible = 8 à 9, modéré = 10 à 12 et sévère = 13 à 25. Le CTQ a été validé auprès d'une population de 2000 répondants, incluant des groupes cliniques et non-cliniques. Il présente une bonne consistance interne (α entre 0,79 et 0,94) et une bonne fidélité test-retest (r entre 0,76 et 0,96).

L'EAA a été utilisée comme source d'information supplémentaire pour les traumatismes antérieurs de la mère puisque cette entrevue, qui permet d'explorer la qualité des relations d'attachement durant l'enfance de la mère, inclut aussi des questions portant spécifiquement sur la présence ou non de décès et d'expériences de maltraitance vécues antérieurement par la mère.

Santé mentale de la mère (évaluée au pré-test)

La santé mentale de la mère est évaluée à l'aide de l'Inventaire des symptômes psychiatriques (SCL-90R; Dérogatis & Lazarus, 1994). Ce questionnaire de 90 items est rempli par la mère. Il permet de cibler les symptômes psychologiques ou psychiatriques sur neuf échelles (somatisation, obsession-compulsion, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, phobie, idéation paranoïde, traits psychotiques). Pour chacune des échelles, il est possible de calculer un score t et de catégoriser le niveau de sévérité des problèmes de santé mentale en fonction des points de coupure suivants : score t inférieur ou égal à 60 = normal; $60 < \text{score } t < 71$ = élevé; score t

supérieur ou égal à 71 = très élevé. Cet instrument possède d'excellentes qualités psychométriques.

Soutien social de la mère (mesuré au pré-test)

Le réseau de soutien social de la mère a été évalué par le biais de l'Échelle de Ressources Sociales (ERS; Combinaison des items de la version courte du *Social Support Questionnaire* (Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987) et du *Arizona Social Support Inventory Scale* (Barrera, 1983). Ce questionnaire composé de 7 échelles (émotions personnelles, aide matérielle, conseils, valorisation, soutien tangible, vie sociale, interactions négatives) mesure les perceptions globales de soutien social de l'individu. L'individu doit d'abord identifier les personnes importantes dans son entourage et évaluer le degré de satisfaction concernant son soutien selon les différentes échelles. Ce questionnaire démontre une bonne validité et a été associé à divers aspects de la santé mentale chez les parents (Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000; Sarason et al., 1987).

Résultats

Cette section décrit, pour chacune des dyades retenues, les données recueillies sur les différentes mesures de l'étude. Pour chacune des dyades, les résultats sont rapportés selon l'ordre suivant : données sociodémographiques, soutien social, santé mentale de la mère, état d'esprit de la mère face aux figures d'attachement, traumatismes antérieurs et autres expériences de vie pertinentes. Le Tableau 1 à la page suivante présente les données obtenues par les dyades sur chacune des mesures.

Description de la dyade A

L'ensemble des données correspondant à la dyade A est présenté dans la colonne de gauche du Tableau 1.

Données sociodémographiques

La mère A est une jeune femme de 26 ans qui habite avec ses deux garçons de 3½ et 2 ans (enfant cible). Le jeune frère de madame habite également avec eux depuis sa sortie de prison. Elle a eu son premier enfant à l'âge de 21 ans. Elle a eu des troubles d'apprentissage et a complété un secondaire 1. Actuellement, elle est monoparentale et vit de l'aide sociale. Elle n'a plus de contacts avec le père des enfants.

Tableau 1

Comparaison des caractéristiques individuelles et familiales

Caractéristiques	Dyade A	Dyade B
Sensibilité au tri-de-cartes de sensibilité maternelle		
Score au pré-test	-0,70	-0,10
Score au post-test	-0,30	0,81
Attachement de l'enfant (situation étrangère)		
Pré-test	Insécurisant-désorganisé	Insécurisant-désorganisé
Post-test	Insécurisant-évitant	Sécurisant
Données sociodémographiques		
Âge de l'enfant	24 mois	14 mois
Sexe de l'enfant	Garçon	Fille
Âge actuel de la mère	26 ans	21 ans
Âge de la mère à la naissance du 1 ^{er} enfant	21 ans	17 ans
Statut civil	Monoparental	Conjoint de fait
Scolarité de la mère	Secondaire I Tr. grave d'apprentissage	Secondaire V
Santé mentale de la mère (SCL-90)		
Somatisation	Normal	Normal
Obsession/Compulsion	Normal	Normal
Sensibilité interpersonnelle	Très élevé	Normal
Dépression	Élevé	Normal
Anxiété	Élevé	Normal
Hostilité	Élevé	Normal
Anxiété / Phobie	Élevé	Normal
Idéation paranoïde	Très élevé	Normal
Psychose	Très élevé	Normal
Score global	Élevé	Normal

Tableau 1

Comparaison des caractéristiques individuelles et familiales (suite)

Caractéristiques	Dyade A	Dyade B
Soutien social de la mère (ERS)		
	Mère	Conjoint
	Frère	Travailleuse sociale
	Grand-mère	Maison de la Famille
État d'esprit face aux figures d'attachement (EAA)		
Classification de l'attachement	U/Ds3; État d'esprit non résolu	U/Ds1; État non-résolu
Idéalisation	Mère	Père
Dérogação et colère	Envers le père	
Processus métacognitif	Très faible	Faible
Cohérence de la pensée	Faible	Moyenne
Traumatismes antérieurs (CTQ, EAA)		
Types d'abus (CTQ)		
Abus émotionnel	Sévère	Faible
Abus physique	Sévère	Modéré
Abus sexuel	Sévère	Sévère
Négligence émotionnelle	Faible	Sévère
Négligence physique	Modéré	Faible
Âge de l'apparition		
Abus émotionnel	Enfance	
Abus physique	6 ans	
Abus sexuel	9 ans	12 ans
Négligence émotionnelle		Enfance
Agrresseur sexuel	Père	Oncle

Tableau 1

Comparaison des caractéristiques individuelles et familiales (suite)

Caractéristiques	Dyade A	Dyade B
Décès (EAA)	2 grands-parents pendant l'adolescence	4 grands-parents pendant l'enfance et l'adolescence Témoin de la mort d'une amie écrasée sous un autobus à l'âge de 8 ans
Autres expériences de vie pertinentes (EAA)		Compétition de natation Patinage, gymnastique, vélo Relation privilégiée avec un éducateur du centre d'accueil

Soutien social

Dans le questionnaire de soutien social (ERS), sa mère, son frère et sa grand-mère sont les principales personnes que la mère A identifie comme pouvant lui apporter un soutien moral, affectif ou financier. Pour les échelles émotions personnelles et valorisation, elle évalue le degré de satisfaction à l'égard de ces personnes comme étant un peu satisfaisant. Elle évalue leur soutien au niveau de l'aide matérielle, du soutien tangible, des conseils et de la vie sociale comme étant assez satisfaisant.

Santé mentale de la mère

Les résultats à l'Inventaire de symptômes psychiatriques (SCL-90) révèlent un score global de 68, donc supérieur au score clinique qui se situe à 61. Les résultats font état de

problème de santé mentale globale sévère. Elle cote sévère et très sévère sur sept échelles sur neuf.

État d'esprit de la mère face à ses figures d'attachement

Lors de l'Entrevue d'attachement adulte (EAA), il en ressort qu'elle a vécu des expériences d'abus émotionnel, physique et sexuel sévères. Cette entrevue a permis d'identifier cette mère avec un état d'esprit d'attachement de type non-résolu en lien avec ces traumatismes et des deuils antérieurs (U/Ds3) et des éléments d'attachement de type détaché. Dans son discours, on retrouve des éléments d'idéalisation envers la mère. De plus, la présence de dérogation (minimiser et dévaloriser l'importance des relations d'attachement) et de colère envers le père est notée dans son discours. On retrouve également dans son discours, un processus métacognitif très faible ainsi qu'une faible cohérence de la pensée.

Traumatismes antérieurs

Les réponses de la mère A au CTQ indiquent qu'elle a subi de l'abus émotionnel, physique et sexuel sévère durant son enfance. Elle rapporte également avoir subi de la négligence physique à un niveau modéré. Dans l'EAA, cette mère rapporte avoir grandi avec sa mère, son père et son frère. Son père était alcoolique et a été violent physiquement envers elle dès l'âge de 6 ans. Il a abusé d'elle sexuellement dès l'âge de 9 ans. Les sévices ont cessé lorsqu'elle avait 16 ans quand sa propre mère a réussi à quitter son père. Donc selon son histoire, cette femme a vécu différentes formes de

maltraitance sévère dans son enfance. De plus, elle mentionne dans l'EAA qu'elle a perdu deux grands-parents pendant son adolescence.

Description de la dyade B

L'ensemble des données correspondant à la dyade B est présenté dans la colonne de droite du Tableau 1.

Données sociodémographiques

La mère B est une jeune femme de 21 ans. Elle habite avec son conjoint et ses deux enfants, un garçon de 3½ ans et une fille de 1 an (enfant cible). Son conjoint travaille comme tireur de joints depuis plusieurs années. Elle a eu son premier enfant à l'âge de 17 ans. Elle a réussi à terminer son secondaire V. Actuellement, elle est mère au foyer.

Soutien social

Dans le questionnaire de soutien social (ERS), les réponses au questionnaire de soutien social (ERS) indiquent que son conjoint (père de l'enfant), est identifié comme étant une personne lui apportant soutien moral, affectif et financier, et cela, de façon très satisfaisante. Elle identifie également la maison de la famille et l'intervenante du CLSC comme sources de soutien. Pour les échelles émotions personnelles, valorisation, conseils et vie sociale, elle évalue le degré de satisfaction à l'égard des personnes de son réseau social comme étant assez satisfaisant. Elle évalue le soutien au niveau de l'aide matérielle et le soutien tangible comme très satisfaisants.

Santé mentale de la mère

Les résultats de la mère B à l'Inventaire de symptômes psychiatriques (SCL-90) indiquent un score global de 51, donc inférieur au score clinique qui se situe à 61. Les résultats aux différentes échelles ne font donc état d'aucun problème de santé mentale.

État d'esprit face aux figures d'attachement

L'analyse du discours de la mère B dans l'EAA a permis d'identifier cette mère avec un état d'esprit d'attachement de type non-résolu en lien avec des traumatismes (abus sexuel) et des deuils (U/Ds1), avec présence d'éléments d'attachement de type détaché. Dans son discours, on retrouve également des éléments d'idéalisation envers son père. On peut également voir dans son discours une capacité métacognitive faible et une cohérence de la pensée moyenne. Dans l'entrevue, la mère B rapporte qu'elle a été adoptée en bas âge et la famille qui l'a accueillie s'est séparée lorsqu'elle était jeune et elle a grandi en garde partagée entre les deux foyers. Elle dit avoir toujours eu une relation conflictuelle avec sa mère adoptive. Elle la considérait trop exigeante et sévère. Elle a tenté à plusieurs reprises de fuguer de chez elle, disant qu'elle avait toujours été à la recherche de sa vraie famille. Elle dit par contre avoir une meilleure relation avec son père malgré qu'il fût exigeant envers elle surtout concernant le sport. Elle rapporte également avoir vécu des expériences de négligence émotionnelle et physique de la part de sa mère et a été victime d'abus sexuel (abus perpétré par un oncle).

Traumatismes antérieurs

Cette femme a vécu différentes formes de maltraitance dans son enfance. Ses réponses au CTQ indiquent qu'elle a subi de l'abus sexuel sévère ainsi que de la négligence émotionnelle sévère. Elle rapporte aussi avoir vécu de l'abus physique à un niveau modéré. Dans l'EAA, elle mentionne que les abus sexuels ont été perpétrés par un oncle à partir de l'âge de 12 ans (4 ou 5 reprises). Elle rapporte également dans l'entrevue qu'elle a été placée à différents moments pendant son adolescence dans un centre d'accueil, où elle y a fait la majeure partie de ses études secondaires. Elle a perdu ses quatre grands-parents pendant son adolescence et a été témoin de la mort d'une amie écrasée sous un autobus à l'âge de 8 ans.

Autres expériences pertinentes

Dans l'EAA, la mère B rapporte qu'elle avait une bonne relation avec son père qui la suivait partout dans ses différentes activités sportives (gymnastique, patinage artistique, vélo), entre autres les compétitions de natation. De plus, lors de ses séjours en centre d'accueil, elle a eu une relation privilégiée avec un éducateur du centre d'accueil avec qui elle a développé une relation de confiance et elle mentionne qu'il est devenu très significatif pour elle.

Discussion

Étant donné l'impact de la maltraitance sur le développement des enfants victimes de maltraitance, des coûts sociaux que cela engendre et des défis cliniques énormes auxquels font face les intervenants qui travaillent auprès de cette clientèle, le recours à des programmes d'intervention en attachement de courte durée devient une stratégie d'intervention importante et à privilégier surtout lorsqu'on sait qu'ils se sont montrés efficaces. Par contre, on en connaît encore peu sur les facteurs qui peuvent modérer l'efficacité de ce type de programme. La section suivante nous permettra alors d'interpréter, de comparer et de mieux comprendre les résultats des deux études de cas sélectionnées parmi les familles ayant participé à un programme d'intervention en attachement de courte durée en attachement. L'objectif de la présente étude était d'examiner l'effet modérateur potentiel sur l'efficacité de cette intervention de certaines caractéristiques associées au parent, soit l'état d'esprit d'attachement du parent, ses traumatismes antérieurs, sa santé mentale et son réseau de soutien social.

Nous avons posé comme première hypothèse qu'un état d'esprit d'attachement non-résolu chez la mère et la présence de traumatismes antérieurs durant l'enfance seraient tous deux des facteurs de risque pouvant nuire à l'efficacité de l'intervention en attachement. Plus précisément, nous nous attendions à ce que la mère A, pour qui l'intervention a été peu efficace (maintien de comportements parentaux globalement peu sensibles et pas d'amélioration de la sécurité d'attachement de l'enfant), présenterait un

état d'esprit d'attachement non-résolu et des traumatismes antérieurs. Nous supposons également que la mère B, pour qui l'intervention a été efficace (augmentation de la sensibilité parentale, amélioration de la sécurité d'attachement et diminution de la désorganisation de l'attachement chez l'enfant), aurait un état d'esprit résolu et peu ou pas de traumatismes antérieurs. À la lumière des résultats obtenus, notre hypothèse concernant l'état d'esprit d'attachement n'est pas appuyée puisque les deux mères présentaient un état d'esprit non-résolu. Nous supposons alors que d'autres facteurs ont possiblement pu agir comme facteurs de protection auprès de la maman B. Lorsqu'on observe les résultats obtenus à l'entrevue d'attachement adulte, nous constatons que la mère A a un niveau de cohérence de la pensée très faible, alors que la Mère B présente un niveau moyen de cohérence de la pensée. Il se pourrait alors que cette meilleure cohérence de la pensée ait pu être favorable à créer chez la mère B une meilleure disponibilité et compréhension face à l'intervention.

Un deuxième facteur de risque associé à notre première hypothèse était les traumatismes antérieurs. En regard des résultats obtenus au CTQ et à l'EAA, nous constatons que les deux mères ont toutes deux vécu des traumatismes antérieurs pendant leur enfance. Dans ce sens, cette hypothèse ne s'avère pas appuyée. Par contre, nous observons certaines différences entre les mères dans le type d'abus, la sévérité, la chronicité des abus et par qui les abus ont été perpétrés. Nous observons que la mère A a subi plusieurs formes d'abus sévères (des abus émotionnels, physiques et sexuels), et cela, dès son jeune âge. Nous observons alors une chronicité importante dans les abus

qu'elle a vécus et qui de plus, ont été perpétrés par une figure d'attachement, le père. Concernant la mère B, nous observons qu'elle a été victime d'un moins grand nombre de formes d'abus. Elle a vécu des abus sexuels sévères, mais ceux-ci ne semblent pas avoir été aussi chroniques et ils ont été perpétrés par un oncle, à partir de l'âge de 12 ans. Il est possible que ces différences aient pu avoir un impact sur la trajectoire développementale de ces mères. Les multiples formes d'abus chroniques que la mère A a vécues et qui ont été commis par une figure d'attachement ont pu avoir un impact négatif important sur son développement, et avoir agi comme facteurs de risque nuisibles à l'efficacité de l'intervention.

Nous avons également émis l'hypothèse qu'une bonne santé mentale serait associée à une meilleure efficacité de l'intervention. Il était attendu que la mère A, pour qui l'intervention a été peu efficace, présenterait des problèmes de santé mentale, alors que la mère B, pour qui l'intervention a été efficace, aurait une bonne santé mentale. Cette hypothèse a été appuyée. Nous constatons effectivement un niveau clinique de problèmes de santé mentale chez la mère A : elle présente un score global de problèmes de santé mentale qui se situe dans la zone clinique et elle présente des scores cliniques pour sept des neuf échelles de symptômes du SCL-90. On pourrait ici faire le lien avec les traumatismes antérieurs qu'elle a vécus qui ont été sévères et chroniques, et cela, tant pour l'abus émotionnel, l'abus physique que l'abus sexuel. On peut supposer que ces traumatismes ont pu avoir un impact important entre autres au niveau de ses processus de pensée (faible cohérence de la pensée) et de sa santé mentale. Pour ce qui est de la

mère B, nous constatons qu'elle a une bonne santé mentale ce qui a possiblement été un facteur de protection qui a pu favoriser une meilleure disponibilité cognitive et affective face à l'intervention. Par ailleurs, dans l'entrevue d'attachement, la mère B rapporte avoir vécu des expériences positives durant l'enfance et l'adolescence telles que : participation à des compétitions de natation et autres activités sportives (gymnastique, patinage artistique, vélo). Activités auxquelles elle s'est adonnée pendant plusieurs années et où son père l'a suivie et soutenue. De plus, elle rapporte également que, lors de ses séjours en centre d'accueil, un éducateur est devenu très présent dans sa vie et il est devenu son confident. Elle mentionne qu'il est devenu avec les années (13-18 ans) une personne significative pour elle. Donc, toutes ces expériences pourraient avoir agi comme facteurs de protection dans sa trajectoire développementale et avoir en partie contribué à sa bonne santé mentale et au fait qu'elle réussisse à bénéficier de l'intervention en attachement.

Nous avons comme autre hypothèse qu'un bon réseau de soutien social pourrait être un facteur de protection qui favoriserait l'efficacité de l'intervention. Nous observons que les deux mères de notre étude ont identifié trois personnes ou ressources principales leur apportant du soutien. Dans ce sens, nous pourrions croire que cette hypothèse n'est pas appuyée. Toutefois, on constate que le niveau de satisfaction est légèrement inférieur chez la mère A que chez la mère B : le niveau de satisfaction rapporté par la mère A en regard des divers types de soutien va de *un peu satisfait* à *assez satisfait* alors que chez la mère B, le niveau varie de *assez satisfait* à *très satisfait*.

De plus, nous observons que pour la mère B, elle a identifié son conjoint (père de l'enfant) comme étant un soutien pour elle, ce qui nous semble être un facteur de protection important, d'autant plus qu'elle se montre assez ou très satisfaite de ce soutien. De plus, elle va rechercher du soutien à l'extérieur du milieu familial auprès des ressources publiques (CLSC) et communautaires (maison de la famille); ce qui nous semble être favorable à briser l'isolement et démontre une certaine ouverture vers l'extérieur, et qui nous apparaît être un bon facteur de protection. Pour ce qui est de la mère A, son réseau de soutien semble se restreindre à sa famille immédiate (sa mère, son frère qui sort de prison et sa grand-mère) donc un réseau plus isolé et fermé; ce qui pourrait constituer un facteur de risque. On peut donc penser que le réseau de soutien social plus élargi de la mère B, qu'elle évalue comme *assez* ou *très satisfaisant*, peut être un facteur facilitant dans sa vie qui a pu contribuer à l'efficacité de l'intervention en attachement. Alors que pour la mère A, le réseau de soutien plus restreint (et peut-être de moins bonne qualité), qu'elle qualifie de *un peu* ou *assez satisfaisant*, peut être un facteur qui a nui à sa disponibilité et réceptivité à l'intervention.

Enfin, on observe également des différences entre les deux mères en ce qui concerne le niveau de scolarité. Nous constatons que la mère A a eu des troubles d'apprentissages et qu'elle a seulement réussi à compléter un secondaire I. Nous croyons que ses limites cognitives peuvent constituer un facteur de risque possible. Il se peut que ses limites cognitives aient pu diminuer la capacité de cette mère à bénéficier pleinement de l'intervention. Pour ce qui est de la mère B, nous constatons qu'elle a réussi à

terminer son secondaire V, ce qui laisse supposer qu'elle semble avoir de meilleures capacités cognitives. Ceci nous semble être un bon facteur de protection et un élément permettant une meilleure capacité à bénéficier de l'intervention.

En résumé, contrairement à ce qui était attendu, un état d'esprit d'attachement non-résolu ne s'est pas avéré un facteur modérateur de l'intervention dans nos deux études de cas, puisque les deux mères, tant celle pour qui l'intervention n'a pas été efficace que celle pour qui l'intervention a été bénéfique, démontraient un état d'esprit non-résolu. Cette absence d'effet modérateur de l'état d'esprit d'attachement peut possiblement être interprétée à la lumière des différents facteurs de risque et de protection qui étaient présents chez les deux mères. Un ensemble de facteurs de protection semble avoir été présents chez la mère B (celle qui a bénéficié de l'intervention), alors que la mère A (pour qui l'intervention n'a pas été efficace) semble avoir été exposée à davantage de facteurs de risque. Entre autres une bonne santé mentale semble avoir été un facteur de protection pour la mère B. À cet égard, nous croyons que possiblement, le fait d'avoir vécu des expériences positives dans son enfance et adolescence (compétitions sportives, lien significatif avec un éducateur pendant son adolescence) a pu avoir un impact positif sur sa trajectoire de vie et être un facteur favorisant le développement d'une bonne santé mentale. Un autre facteur de protection présent chez cette mère et pouvant avoir eu un impact sur l'intervention est d'avoir de bonnes capacités cognitives. Elle avait complété ses études secondaires, ce qui nous semble positif et probablement aidant pour elle pour mieux saisir, comprendre et intégrer l'intervention. De plus, un bon réseau de soutien

était présent pour la mère B, elle avait le soutien de son conjoint et davantage accès à des modèles sociaux différents par la fréquentation de la maison de la famille et du CLSC. En effet, comme le mentionne entre autres l'étude d'Egeland et ses collaborateurs (1987), les caractéristiques des mères qui brisent le cycle de la maltraitance incluent le fait d'être mariées à un homme qui les soutienne. De telles expériences aident grandement ces mères à assumer leur rôle parental de façon plus positive (Quinton et al., 1984). En résumé, un cumul de facteurs de protection (bonne santé mentale, présence d'expériences positives diverses durant l'enfance et l'adolescence, bonnes capacités cognitives, bon réseau social de soutien) pourrait avoir eu un effet modérateur positif sur l'intervention auprès de cette mère qui avait un état d'esprit non-résolu et qui a également vécu des traumatismes dans son enfance.

Par contre, pour la mère A qui a moins bénéficié de l'intervention, nous croyons qu'un cumul de facteurs de risque (abus sévère dans l'enfance et perpétré par une figure d'attachement, problèmes de santé mentale, limites cognitives, réseau de soutien plus limité) a pu réduire l'efficacité de l'intervention. Nous avons entre autres observé que la mère A a vécu de multiples formes d'abus chroniques et sévères, perpétrés par une figure d'attachement (père). On peut penser que la chronicité et la sévérité des traumatismes vécus par la mère durant son enfance pourraient avoir eu un impact important sur sa trajectoire développementale et affecter son fonctionnement dans diverses sphères telles que : affective (problèmes de santé mentale), cognitive (difficultés d'apprentissage et faible cohérence de la pensée), sociale (empathie, choix de

partenaire, constitution d'un réseau social). En conclusion, pour mieux comprendre ce qui peut modérer l'efficacité des programmes d'intervention de courte durée en attachement, peut-être vaut-il mieux considérer un ensemble de facteurs de risque et de protection et comment ceux-ci se combinent et se cumulent, plutôt que de ne s'attarder qu'à un ou deux facteurs à la fois. Cette hypothèse va dans le sens de plusieurs travaux qui s'inscrivent dans la perspective de la psychopathologie développementale, entre autres ceux de Sameroff, Gutman et Peck (2003), qui rapportent que le type de facteur de risque semble secondaire au nombre de facteurs de risque, et que le cumul de facteurs de risque dans l'écologie familiale de l'enfant est un meilleur prédicteur des problèmes de comportement ou d'adaptation chez l'enfant que chaque facteur de risque pris isolément.

Forces et limites

Une contribution intéressante de cette recherche est qu'à ce jour, peu d'études ont été effectuées concernant les facteurs de modulation de l'efficacité des programmes d'intervention en attachement. Une meilleure connaissance des facteurs de modulation constitue un levier intéressant au niveau de l'intervention. On parle beaucoup de performance et d'efficacité dans la société actuelle où on doit judicieusement cibler les programmes d'intervention offerts que ce soit pour la population maltraitante ou la population vulnérable en général. De mieux identifier ces facteurs de modulation permettrait certainement de mieux répondre aux besoins de cette clientèle, mais également d'intervenir de façon plus judicieuse et plus efficace.

Quelques limites de l'étude doivent toutefois être mentionnées. Il ne s'agit bien sûr que d'une étude de cas exploratoire et réalisée à partir de seulement deux dyades mère-enfant. Il faut être prudent dans l'interprétation et il est donc très difficile de généraliser les résultats. Il est important de souligner également que l'Inventaire de symptômes psychiatriques (SCL-90) (utilisé pour évaluer la santé mentale de la mère) et le CTQ (utilisé pour évaluer les traumatismes antérieurs de la mère) sont des questionnaires auto-rapportés. Donc, il se peut que les réponses aient été un peu biaisées par soit des déficits de la mémoire, par de fausses perceptions ou tout simplement par la peur d'être jugée. Par ailleurs, nous nous sommes penchés sur quelques facteurs modérateurs potentiels en particulier. Il est possible que d'autres facteurs, dont nous n'avons pas tenu compte dans la présente étude, aient pu agir comme modérateurs de l'intervention (p.ex., caractéristiques de l'enfant comme son tempérament ou la présence chez lui de problèmes de comportement).

Par contre, en dépit de ces limites et à partir des observations faites dans cette étude, on peut malgré tout se questionner et réfléchir à d'éventuelles hypothèses ou pistes de recherches. Il serait intéressant par la réalisation d'une étude auprès d'un plus grand échantillon, de vérifier avec une plus grande validité les hypothèses émises dans le cadre de cette étude. Par ailleurs, considérant les résultats que nous avons obtenus, une piste de recherche pertinente à explorer concerne le cumul de facteurs de risque et de protection comme modérateurs potentiels de l'intervention.

Conclusion

Tel que mentionné précédemment, la maltraitance est un problème social envers lequel tous doivent se sentir concernés puisqu'elle a des impacts négatifs importants au niveau développemental chez les enfants et qu'elle engendre des coûts sociaux et économiques importants pour la société. Divers programmes d'intervention basés sur la théorie de l'attachement ont vu le jour et plusieurs études ont démontré l'efficacité de ces programmes d'intervention auprès des familles maltraitantes (Moss et al., 2011; Pickreign et al., 2013). Par contre, peu d'études ont examiné les facteurs qui peuvent modérer l'efficacité des programmes d'intervention en attachement auprès des familles maltraitantes.

Cette étude exploratoire visait donc, par le biais de deux études de cas descriptives contrastées, à examiner si certaines caractéristiques liées au parent (état d'esprit en regard de l'attachement, santé mentale, expériences traumatisantes antérieures, isolement social) pouvaient avoir un effet modérateur sur l'efficacité d'une intervention en attachement de courte durée pour les familles maltraitantes. Notre hypothèse à l'effet qu'un état d'esprit d'attachement non-résolu chez la mère serait un facteur de risque pouvant nuire à l'efficacité de l'intervention en attachement n'a pas été appuyée puisque les deux mères – l'une pour qui l'intervention a été peu efficace et l'autre pour laquelle l'intervention a été bénéfique – présentent toutes deux un état d'esprit non-résolu. Les résultats montrent toutefois que les deux mères se distinguent sur les autres facteurs : la

nature et la chronicité des expériences traumatisantes vécues durant l'enfance, la santé mentale et le réseau de soutien social. Des différences entre les deux mères ont également été observées en ce qui concerne le parcours scolaire et la présence d'expériences positives significatives vécues à l'enfance et l'adolescence. Pris ensemble, ces résultats suggèrent qu'au-delà de l'état d'esprit d'attachement non-résolu, il peut être pertinent dans des recherches futures de considérer le cumul des facteurs de risque et de protection présents dans la vie des parents pour mieux comprendre les éléments qui peuvent modérer (accroître ou réduire) l'efficacité d'une intervention de courte durée en attachement auprès des familles maltraitantes.

Les retombées de cet essai doctoral s'orientent principalement vers les modalités de l'intervention. Cette étude de cas exploratoire nous a permis de constater que c'est à travers l'histoire de chacune de ces mères que nous avons pu identifier certains facteurs de risque ou de protection. Nous croyons que les interventions faites auprès de ces parents à l'intérieur de ce programme pourraient se faire d'abord avec un plan individuel. Le fait de mieux cibler les facteurs de risque potentiels dans l'histoire de vie de la mère permettrait de débiter le programme tout en intervenant sur les facteurs de risque et ainsi diminuer leurs impacts sur l'intervention. Par exemple, nous croyons qu'une bonne évaluation de la santé mentale, des capacités cognitives et du réseau de soutien permettrait au départ de mettre les moyens ou les ressources nécessaires à contribution (CLSC, médecin, organismes communautaires) pour ainsi maximiser l'efficacité de l'intervention. Par exemple, il pourrait être offert avant le début du programme un suivi

médical pour s'assurer de la nécessité d'une pharmacothérapie, ou d'un suivi psychologique. De plus, il faudrait vérifier les capacités cognitives de la mère afin d'adapter les interventions en conséquence (exemples plus concrets, fractionner les demandes, diminuer les objectifs, augmenter le nombre de rencontres) ou favoriser le développement d'un réseau de soutien positif. De plus, dans ce plan individuel, il pourrait être intéressant de cibler les facteurs de protection afin de s'appuyer sur ceux-ci pour également maximiser l'efficacité de l'intervention. Il se peut que ce procédé demande un peu plus de temps au départ, mais il pourrait s'avérer plus avantageux en fin de compte. Il serait intéressant que les recherches poursuivent le travail en ce sens et se questionnent sur les facteurs de modération afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle et diminuer par le fait même les impacts majeurs découlant de la maltraitance.

Références

- Abrams, K., 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, 344-362.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Allessandri, S. M. (1992). Mother-child interactional correlates of maltreated and nonmaltreated children's play behaviour. *Development and Psychopathology*, 4, 257-270.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2014). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2014*. Repéré à <http://www.centrejeunessedequbec.qc.ca/publications/Bilan%20DPJ/Bilan%20DPJ%202013-2014.pdf>.
- Atkinson, L., Niccols, A., Paglia, A., Coolbear, J., Parker, K. C. H., Poulton, L., ... Sitarenios G. (2000). A meta-analysis of time between maternal sensitivity and attachment assessments: Implication for internal working models in infancy/toddlerhood. *Journal of Social and Personal Relationship*, 17, 791-810.
- Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in at risk sample of adolescent mothers. *Attachment and Human Development*, 9, 139-161.
- Bakermans-Kranenberg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (1998). Interventions with video feedback and attachment discussion; does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Mental Health Journal*, 19, 202-219.
- Bakermans-Kranenberg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29, 870-879.
- Bakermans-Kranenberg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer F. (2003). Less is more; meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.

- Bakermans-Kranenberg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal, 26*, 191-216.
- Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of type D attachment from 12 to 24 months of age. Dans J. I. Vondra & D. Barnett (Éds), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development, 64*, 97-118.
- Barrera, M. (1983). A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections, 3*, 8-13.
- Berlin, L. J., Zeanah, C. H., & Lieberman, A. F. (2008). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. Dans J. Cassidy & P. R. Dhaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2^e éd., pp. 745-761)*. New York, NY: Guilford Press.
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O., & Carlson, E. (2012). Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial. *Child Development, 83*, 623-636.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire. A retrospective self-report: Manual*. Chicago: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company.
- Borrego, J., Timmer, S. G., Urquiza, A. J., & Follet, W. C. (2004). Physically abusive mothers' responses following episodes of child non-compliance and compliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 897-903.
- 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*, 106-114.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. (2^e éd.)*. New York, NY. Basic Book
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. Dans I. Bretherton & E. Waters (Éds), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(Serial No. 209), 1-20.
- Brooks-Gunn, J., & Furstenberg, F. F. (1986). The children of adolescent mothers: Physical, academic, and psychological outcomes. *Developmental Review, 6*, 224-251.

- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17- year prospective study of officially re-corded and self-reported child abused and neglect. *Child Abused & Neglect*, 22(11), 1065-1078.
- Candelaria, M., Teti, D. M., & Black, M. M., (2011). Multi-risk infants: Predicting attachment security from sociodemographic, psychosocial, and health risk among African-American preterm infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 870-877.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization / disorientation. *Child Development*, 69(0009-3920), 1107-1128.
- Cassidy, J., & Kobak, R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. Dans J. Belsky & T. Nezworski (Éds), *Clinical implication of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cassidy, J., & Marvin, R. S. (1992). *Attachment organization in preschool children: Procedure and coding manual* (Unpublished Manuscript). University of Virginia.
- Chilamkurti, C., & Milner, J. S. (1993). Perceptions and evaluations of child transgressions and disciplinary techniques in high- and low-risk mothers and their children. *Child Development*, 64, 1801-1814.
- Cicchetti, D., & Barnett, D. (1991). Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment. Dans W. Grove & D. Cicchetti (Éds), *Thinking clearly about psychology: Essays in honors of Paul E. Meehl: Vol. 2. Personality and Psychopathology* (pp. 347-377). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cicchetti, D., Rogosh, F. A., & Toth, S. (2006) Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). Development and psychopathology. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éds), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder and adaptation* (2^e éd., pp. 1-23). Hoboken, NJ: Wiley.

- Coulton, C. J., Korbin, J. E., Su, M., & Chow, J. (1995). Community level factors and child maltreatment rates. *Child Development, 66*, 1262-1276.
- Crittenden, P. M. (1981). Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill-Palmer Quarterly, 27*, 201-218.
- Crittenden, P. M. (1998). Relationships at risk. Dans J. Belsky & T. Nezworski (Éds), *Clinical implication of attachment* (pp. 136-174). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2008). Les conversations mère-enfant et l'attachement de l'enfant à la période préscolaire. *Revue canadienne des sciences du comportement, 40*, 140-152.
- Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenberg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology, 22*, 87-108
- Cyr, C., & Moss, E. (2001). Le rôle des interactions mère-enfant et la dépression maternelle à l'âge préscolaire dans la prédiction de l'attachement de l'enfant à l'âge scolaire. *Revue canadienne des sciences du comportement, 33*, 77-87.
- Deccio, G., Horner, W. C., & Wilson, D. (1994). High-risk neighbourhoods and high-risk families: Replication research related to the human ecology of child maltreatment. *Journal of Social Service Research, 18*, 123-137.
- Dérogatis, L., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory and matching clinical rating scales. Dans M. E. Maruish (Éd), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 217-248). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Dozier, M., Peloso, E., Lindheim, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S., & Ackermanet, J. (2006). Developing evidence-based interventions for foster children: An example of a randomized clinical trial with infants and toddlers. *The Journal of Social Issues, 62*, 767-785.
- Drake, B., & Pandey, S. (1996). Understanding the relationship between neighbourhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 20*, 1003-1018.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Moss, E., & St-Laurent, D. (2008). Le rôle des conversations mère-enfant dans le développement des représentations d'attachement à la période scolaire. *Enfance, 60*, 71-82.

- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., & Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*, 1311-1324.
- Dubowitz, H. (1999). The families of neglect children. Dans M. E. Lamb (Éd.), *Parenting and child development in non-traditional families* (pp. 327-345). Mahwah, N.J: Erlbaum.

- Duncan, R. D. (1999). Peer and sibling aggression: An investigation of intra-and extrafamilial bullying. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 871-886.
- Edelson, J. L. (1999). The overlap between child maltreatment and women battering. *Violence Against Women, 5*(2), 134-154.
- Edward, A., Shipman, K., & Brown, A. (2005). The socialization of emotional understanding: A comparison of neglectful and nonneglectful mothers and their children. *Child Maltreatment, 10*(3), 293-304.
- Egeland, B. (2005). Programmes d'intervention et de prévention portant sur l'attachement et destinés aux jeunes enfants. Dans R. E. Tremblay, R. G. Barr, & RDeV Peters (Éds), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (pp. 1-8). Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Récupéré le 26 mai 2007 de <http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/EgelandFRxp.pdf>.
- Egeland, B., Breitenbucher, M., & Rosenberg, D. (1980). Prospective study of the significance of life stress in the etiology of child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 517-528.
- Egeland, B., Jacobitz, D., & Papatola, K. (1987). Intergenerational continuity of abuse. Dans R. Gelles & J. Lancaster (Éds), *Child abuse and neglect: Biosocial dimensions* (pp. 225-276). New York, NY: Aldine.
- Egeland, B., & Jacobitz, D., & Sroufe, A. (1988). Breaking the cycle of child abuse. *Child Development, 59*, 1080-1088.
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (2002). Child neglect. Dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A Reid (Éds), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2^e éd., pp. 3-20). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high risk sample. Dans I. Bretherton & E. Waters (Éds), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child development, 50*(1-2, Serial No. 209), 147-186.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health; the first year of life*. New York, NY: Basic Book.
- Garbarino, J., & Sherman, D. (1980). High-risk neighbourhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment. *Child Development, 51*, 188-198.

- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview Protocol* (3^e éd.) (Unpublished manuscript). University of California at Berkeley.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal, 17*, 198-216.
- Gosh Ippen, C., Harris, W. W., van Horn, P., & Lieberman, P. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest risk. *Child Abuse & Neglect, 35*, 504-513.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2^e éd., pp. 552-598). New York, NY: Guilford Press.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology, 18*, 309-343.
- Hildyard, K., & Wolfe, D. A. (2007). Understanding child neglect: Cognitive processes underlying neglectful parenting. *Child Abuse & Neglect, 31*, 895-907.
- Hudson, D. B., Elek, S. M., & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the New Parents Project. *Adolescence, 35*(139), 445-453.
- Hunter, R., & Kilstrom, N. (1979). Breaking the cycle in abusive families. *American Journal of Psychiatry, 136*, 1320-1322.
- Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A., Bogat, G. A., & von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child Development, 75*, 480-496.
- Juffer, F., Hoksbergen, R. A. C., Riksen-Walraven, J. M., & Kohnstamm, G. A. (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 38*, 1039-1050.
- Kaufman, J., & Cicchetti, D. (1989). Effects of maltreatment on school-age children's socioemotional development: Assessments in a day-camp setting. *Developmental Psychology, 25*(4), 516-524.

- Kavanagh, K. A., Youngblade, L., Reid, J. B., & Fagot, B. I. (1988). Interactions between children and abusive versus control parents. *Journal of Clinical Child Psychology, 17*, 137-142.
- Klimes-Dougan, B., & Kistner, J. (1990). Physically abused preschoolers' responses to peers' distress. *Developmental Psychology, 26*, 599-602.
- Kobak, R., & Madsen, S. (2008). Disruptions in attachment bonds: Implications for theory, research, and clinical intervention. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2^e éd., pp. 23-47). New York, NY: Guilford Press.
- Kochanska, G. (2001). Emotional development in children with different attachment histories: The first three years. *Child Development, 72*, 474-490.
- Korbin, J. E., Coulton, C. J., Chard, S., Platt-Houston, C., & Su, M. (1998). Impoverishment and child maltreatment in African American and European American neighborhoods. *Development and Psychopathology, 10*, 215-233.
- Lamb, M. E. (1988). The ecology of adolescent pregnancy and parenthood. Dans A. R. Pence (Éd.), *Ecological research with children and families: From concepts to methodology* (pp. 99-121). New York, NY: Teachers College Press.
- Lieberman, A. F., Gosh Ippen, C., & van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6 month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 913-918.
- Lieberman, A. F., & van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infant and young children: Repairing the effect of stress and trauma on early attachment*. New York, NY: Guilford Press.
- Loeber, R., Felton, D. K., & Reid, J. B. (1984). A social learning approach to the reduction of coercive processes in child abusive families: A molecular analysis. *Advances in Behavior Research and Therapy, 6*, 29-45.
- Lounds, J. J., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (2006). The potential for child neglect: The case of adolescent mothers and their children. *Child Maltreatment, 11*(3), 281-294.
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1988). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychology, 10*, 235-257.

- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. Dans J. I. Vondra & D. Barnett (Éds), *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research, and current directions. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3, Serial No. 258), 67-96.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61, 85-98.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Zoll, D., & Stahl, J. (1987). Infants at social risk; relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23, 223-232.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2^e éd., pp. 520-554). New York, NY: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting context, and developmental transformation from infancy to adulthood. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2^e éd., pp. 666-697). New York, NY: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Lyubchik, A., Wolfe, R., & Bronfman, E. (2002). Parental depression and child attachment: Hostile and helpless profiles of parent and child behavior among families at risk. Dans S. Goodman & I. Gotlib (Éds), *Children of depressed parents: Alternative pathways to risk for psychopathology* (pp. 89-121). Washington, DC: American Psychological Association.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenberg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoît, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganization attachment: A review and meta-analysis of transmission gap. *Attachment and Human Development*, 6, 223-239.
- Madigan, S., Moran, G., & Pederson, D. R. (2006). Unresolved states of mind, disorganized attachment relationships, and disrupted mother-infant interactions of adolescent mothers and their infants. *Developmental Psychology*, 42, 293-304.
- Main, M., & George, C. (1985) Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates: A study in the day care setting. *Developmental Psychology*, 21(3), 407-412.

- Main, M., Goldwin, R., & Hesse, E. (2003). *Adult attachment scoring and classification system* (Unpublished manuscript). University of California at Bekerley.
- 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. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-184). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infant 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. 121-181). Chicago: The University of Chicago Press.
- Martin, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 737-746.
- Merrit, D. H. (2009). Child abuse potential: Correlate with child maltreatment rates and structural measures of neighborhoods. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 927-934.
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S., & Provost, M. A. (2010). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and quality of mother-child relationship. *Child Maltreatment*, 15, 295-304.
- Moran, G., Pederson, D. R., & Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal*, 26, 231-249.
- Moss, E., Bureau, J.-F., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2006). Is maternal Q-set a valid measure of preschool child attachment behavior? *International Journal of Behavioral Development*, 30, 488-497.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, M. G., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development Psychopathology*, 23, 195-210.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school and academic performance. *Developmental Psychology*, 37, 863-874.

- Moss, E., St-Laurent, D., & Parent, S. (1999). Disorganized attachment and developmental risk at school-age. Dans C. George & G. Solomon (Éds), *Attachment disorganization* (pp. 160-186). New York, NY: Guilford Press.
- Osofsky, J. D., Kronenberg, M., Hammer, J. H., Lederman, J. C., Katz, L., Adams, S., ... & Hogan, A. (2007). The development and evaluation of the intervention model for the Florida Infant Mental Health Pilot Program. *Infant Mental Health Journal*, 28, 259-280.
- Pederson, D. R., & Moran, G. (1995). A categorical description of attachment relationships in the home and its relation to q-sort measurement of infant-mother interaction. Dans E. Waters, B. Vaughn, G. Posada, & K. Kondo-Ikemura (Éds), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behaviour and working models: New growing points of attachment theory and research. Monographs of Society for research in Child Development*, 60(2-3, Serial No. 244), 247-254.
- Perry, D. G., Hodges, E. V. E., & Egan, S. K. (2001). Determinants of chronic victimization by peers: A review and new model of family influence. Dans J. Juvonen & S. Graham (Éds), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 73-104). New York, NY: Guilford Press.
- Pickreign, E., Stronach, A., Sheree, L., Toth, A., Rogosh, A. F., & Cicchetti, D. (2013). Preventive interventions and sustained attachment security in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 25, 919-930.
- Quinton, D., Rutter, M., & Liddle, C. (1984). Institutional rearing, parenting difficulties, and marital support. *Psychological Medicine*, 14, 107-124.
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2005). Efficacy and social support as predictors parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, 26, 177-190.
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children 'social relationship. *Child Development*, 64, 169-187.
- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. Dans S. S. Luthar (Éd.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 364-301). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social & Personal Relationships*, 4(4), 497-510.

- Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development, 16*, 268-285.
- Shonk, S. M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits and risk for academic and behavioural maladjustment. *Developmental Psychology, 37*, 3-17.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. Dans J. Solomon & C. George (Éds), *Attachment disorganization* (pp. 3-32). New York, NY: Guilford Press.
- Spieker, S. J., & Bensley, L. (1994). Roles of living arrangements and grandmother social support in adolescent mothering and infant attachment. *Developmental Psychology, 30*, 102-111.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). One social world. Dans W. A. Collins & B. Laursen (Éds), *Minnesota symposium on child psychology: Vol.30. Relationship as developmental context* (pp. 241-261). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person*. New York, NY: Guilford Press.
- Steinberg, L., Catalano, R., & Dooley, D. (1981). Economic antecedents of child abuse and neglect. *Child Development, 52*, 975-985.
- Tarabulsky, G. M., Bernier, A., Larose, S., Roy, F., Moisan, C., & Baudry, C. (2010). Clinical challenges of adolescent motherhood. Dans S. Tyano, M. Keren, H. Herrman, & J. Cox (Éds), *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 67-78). New York, NY: Wiley-Blackwell.
- Toth, S. L., Maughan, A., Manly, J. T., Spagnola, M., & Cicchetti, D. (2002). The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology, 14*, 877-908.
- Trocme, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Tourigny, M., & Billingsley, D. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : données principales*. Ottawa, ON: Ministère des travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis of the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117*, 387-403.

- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenberg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225-240.
- Wartner, U. G., Grossman, K., Fremmer-Bombik, E., & Suess, G. (1994). Attachment patterns at six in south Germany: Predictability from infancy and implication for preschool behavior. *Child Development, 65*, 1014-1027.
- Weinfield, N. S., Sroufe, A. L., Egeland, B., & Carlson, E. A. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2^e éd., pp. 78-101). New York, NY: Guilford Press.
- Wekerle, C., & Wall, A. M. (2002). Clinical and research issues in relationship violence and substance abuse. Dans C. Wekerle & A.-M. Wall (Éds), *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (pp. 324-348). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Wekerle, C., Wolfe, D. A., Dunston, J., & Alldred, T. (2014). Child maltreatment. Dans E. J. Mash & R. A. Barkley (Éds), *Child psychopathology* (3^e éd., pp. 737-789). New York, NY: Guilford Press.
- Widom, C. S. (2000). Understanding the consequences of childhood victimization. Dans R. M. Reese (Éd.), *Treatment of child abuse* (pp. 339-361). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Wilson, S. R., Rack, J. J., Shi, X., & Norris, A. M. (2008). Comparing physically abusive, neglectful, and non-maltreating parents during interactions with their children: A meta-analysis of observational studies. *Child Abuse & Neglect, 32*, 897-911.
- Windham, A. M., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2004). Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse & Neglect, 28*(6), 645-667.
- World Health Organization (WHO). (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva: Author.
- Ziv, Y. (2005). Attachment-based intervention program: Implications for attachment theory and research. Dans L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Éds), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 61-78). New York, NY: Guilford Press.

Zuravin, S. J. (1989). The ecology of child abuse and neglect: Review of the literature and presentation of data. *Violence and Victims, 4*, 101-120.