

# Les troubles de l'attachement

Trouble réactionnel de l'attachement (TRA)

Trouble désinhibition du contact social (TDCS)

Par:

Sébastien Monette, Ph.D.-Psy.D.  
Neuropsychologue, SISSC, CIUSSS-CS  
Clinicien-chercheur, IUJD, CIUSSS-CS  
Professeur associé, psychologie, UQAM  
Professeur habilité, psychologie, UdeS  
Courriel: [sebastien\\_monette@hotmail.com](mailto:sebastien_monette@hotmail.com)



Conseil de recherches en  
sciences humaines du Canada

Social Sciences and Humanities  
Research Council of Canada

Canada

**UQÀM**  
Université du Québec à Montréal



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal  
Québec



INSTITUT  
UNIVERSITAIRE  
JEUNES EN DIFFICULTÉ

# Termes

Troubles de l'attachement (TA) =  
*Attachment disorders*  
(AD)

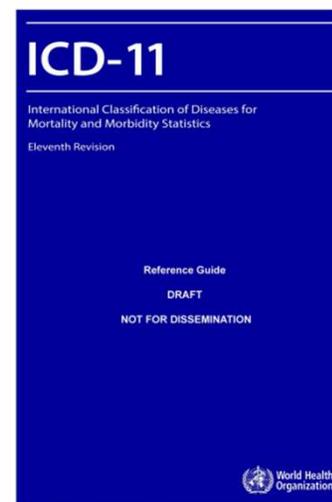
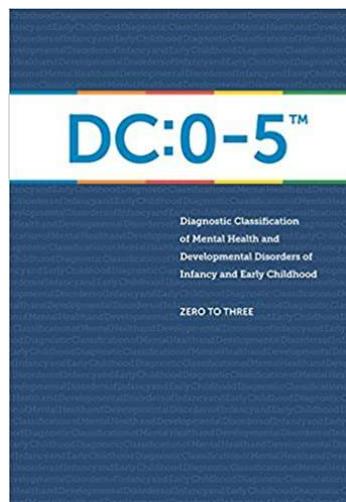
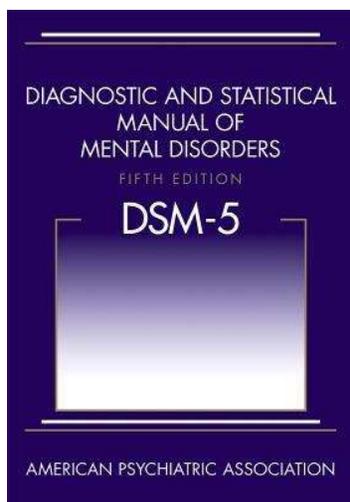
Trouble réactionnel de  
l'attachement (TRA) =  
*Reactive attachment*  
*disorder*  
(RAD)

Trouble de désinhibition du  
contact social (TDCS) =  
*Disinhibited social*  
*engagement disorder*  
(DSED)

# Plan de présentation

- Définition
- Sujet controversé
- Distinction: troubles d'attachement et attachement insécurisant/désorganisé
- Prévalence, facteur de risque, comorbidité
- *Guideline* évaluation et intervention
- Nos projets de recherche

# Troubles de l'attachement et nosologie



DSM-5 (2013)	DC: 0-5 (2016)	CIM-11 (2022)
<b>Section:</b> <i>Trauma and stress related disorder</i>	<b>Section:</b> <i>Trauma, stress and deprivation disorders</i>	<b>Section:</b> <i>Disorders specifically associated with stress</i>
<b>TRA</b>	<b>TRA</b>	<b>TRA</b>
<b>TDCS</b>	<b>TDCS</b>	<b>TDCS</b>
<b>TSPT</b>	<b>TSPT</b>	<b>TSPT</b>
Stress aigu	Stress aigu	Stress aigu
Trouble de l'adaptation	Trouble de l'adaptation	Trouble de l'adaptation
	<i>Complicated grief</i>	<i>Prolonged grief</i>
		TSPT complexe

# Définition TRA-TDCS (DSM-5)

TRA	TDCS
<b>Critère A (2/2): Mode relationnel durable vis-à-vis des adultes qui prennent soin de l'enfant, caractérisé par un comportement inhibé et un retrait émotionnel :</b>	<b>Critère A (2/4): Mode relationnel avec lequel l'enfant approche et interagit avec des adultes inconnus:</b>
A1) l'enfant <b>recherche rarement du réconfort</b> quand il est en détresse	A1) montre peu ou <b>pas de réticence à approcher</b> et interagir avec des adultes étrangers
A2) l'enfant <b>répond rarement au réconfort</b> quand il est en détresse	A2) fait preuve d'un comportement <b>trop familier</b>
	A3) <b>se réfère peu ou pas à un adulte connu</b> dans des endroits inconnus ou des situations nouvelles***
	A4) <b>pourrait facilement partir avec un étranger</b>
<b>Critère B (2/3): Trouble social et émotionnel persistant</b>	<b>Critère B : Les comportements du critère A ne se limitent pas à une impulsivité (comme dans le TDAH), mais incluent un comportement socialement désinhibé.</b>
B1) faible <b>réactivité sociale et émotionnelle</b> à autrui.	
B2) <b>affects positifs restreints</b>	
B3) <b>épisodes inexplicables de peur, colère ou tristesse</b> lors d'interactions non-menaçantes avec les figures de soins	

# Définition TRA-TDCS (DSM-5)

TRA	TDCS
C) L'enfant a vécu des <b>formes extrêmes d'insuffisance/carence de soins</b> : 1) Négligence ou privation sociale: carence chronique des besoins émotionnels élémentaires (réconfort, stimulation, affection) 2) Changements répétés de figures de soins 3) Éducation dans des conditions inhabituelles qui limitent sévèrement les possibilités d'établir des attachements sélectifs	
D) Le manque de soins décrit dans le critère C est considéré comme étant à <b>l'origine</b> des comportements décrits dans le critère A	
E) Les critères du <b>TSA</b> ne sont pas atteints.	-
F) Le trouble est évident <b>avant l'âge de 5 ans</b> .	-
G) L'âge de développement de l'enfant est <b>d'au moins 9 mois</b> (critère E pour TDCS)	
<i>Spécifier si : <b>Chronique</b> : le trouble est présent depuis plus de 12 mois.</i> <i>Spécifier si : <b>Grave</b> quand l'enfant présente tous les Sx du trouble</i>	

# Domaine sujet à controverse

Child Adolesc Soc Work J  
DOI 10.1007/s10560-017-0511-7



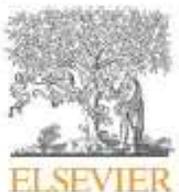
## Conventional and Unconventional Perspectives on Attachment and Attachment Problems: Comparisons and Implications, 2006–2016

Jean Mercer<sup>1</sup>

## The Use and Abuse of Attachment Theory in Clinical Practice with Maltreated Children, Part II: Treatment

Brian Allen<sup>1</sup>

TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE  
12(1) 13-22  
© The Author(s) 2011  
Reprints and permission:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/1524838010386974  
http://tva.sagepub.com



## Research in Developmental Disabilities

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/redevdis](http://www.elsevier.com/locate/redevdis)

Research in  
Developmental  
Disabilities

Review article *Research in Developmental Disabilities* 77 (2018) 24–29

## Misperceptions of reactive attachment disorder persist: Poor methods and unsupported conclusions

Brian Allen<sup>a,b,\*</sup>



EVIDENCE-BASED PRACTICE IN CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH  
2016, VOL. 1, NO. 1, 60–71  
<http://dx.doi.org/10.1080/23794925.2016.1172945>



## A RADical Idea: A Call to Eliminate “Attachment Disorder” and “Attachment Therapy” From the Clinical Lexicon

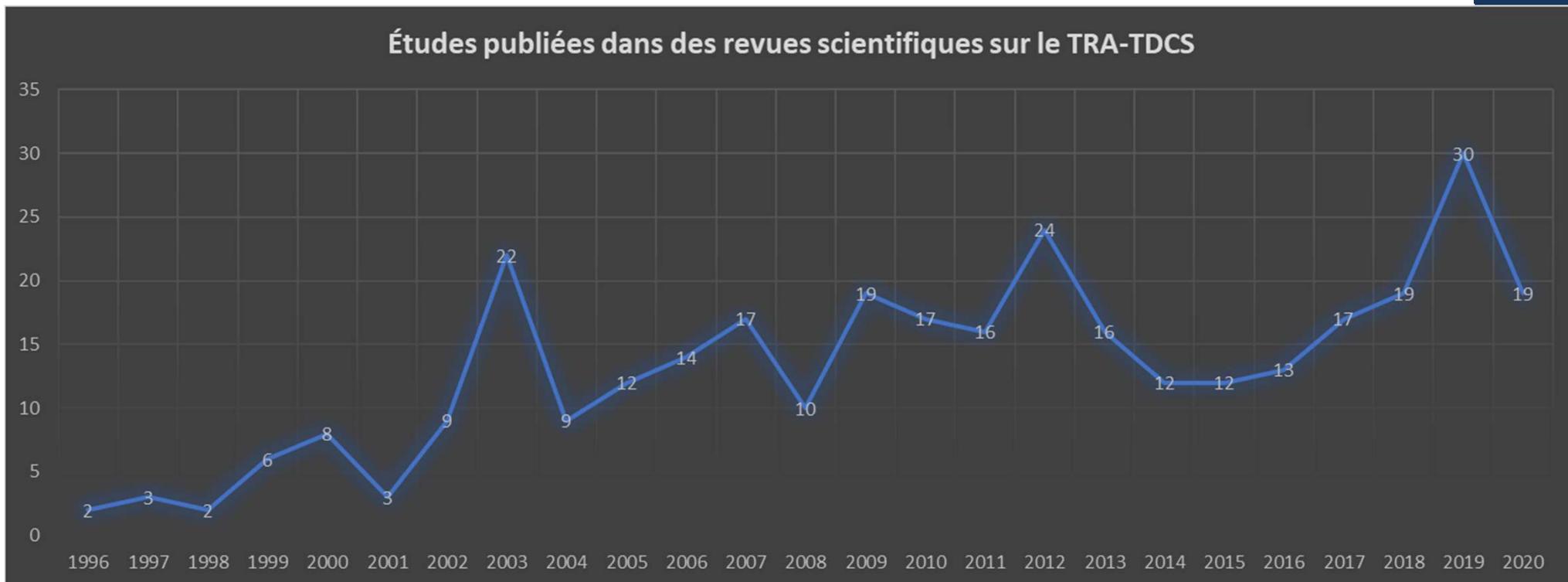
Brian Allen

# Domaine sujet à controverse

## Pourquoi?

- Peu d'études empiriques dans le domaine.
- L'existence d'un courant de « non-conventionnel/pseudo-scientifique » (critères diagnostiques et intervention) sur les TA
- Indices de surdiagnostic des TA particulièrement chez les enfants adoptés (USA)
- Confusion dans la pratique clinique entre les catégories d'attachement (A-C-D) et le TRA-TDCS

# Peu d'études empiriques



Nombre d'articles publiés par année (2010-2020):

- **TRA-TDCS:** 19 par année
- TDAH: 1400 par année
- TSA: 2500 par année
- Attachement: 1400 par année

# Conception « non-conventionnelle » des TA

## Évaluation des TA basée sur des symptômes non-reconnus:

- Fixation sur le sang et la violence
- Agressif avec les plus jeunes et cruel envers les animaux
- Mensonges répétés
- Refuse de montrer leur affection
- Manipulation et exploitation des autres
- Vont devenir des criminels endurcis
- Signes de trouble d'opposition (TOP) et de troubles des conduites (TC) interprétés comme des signes de « trouble de l'attachement »

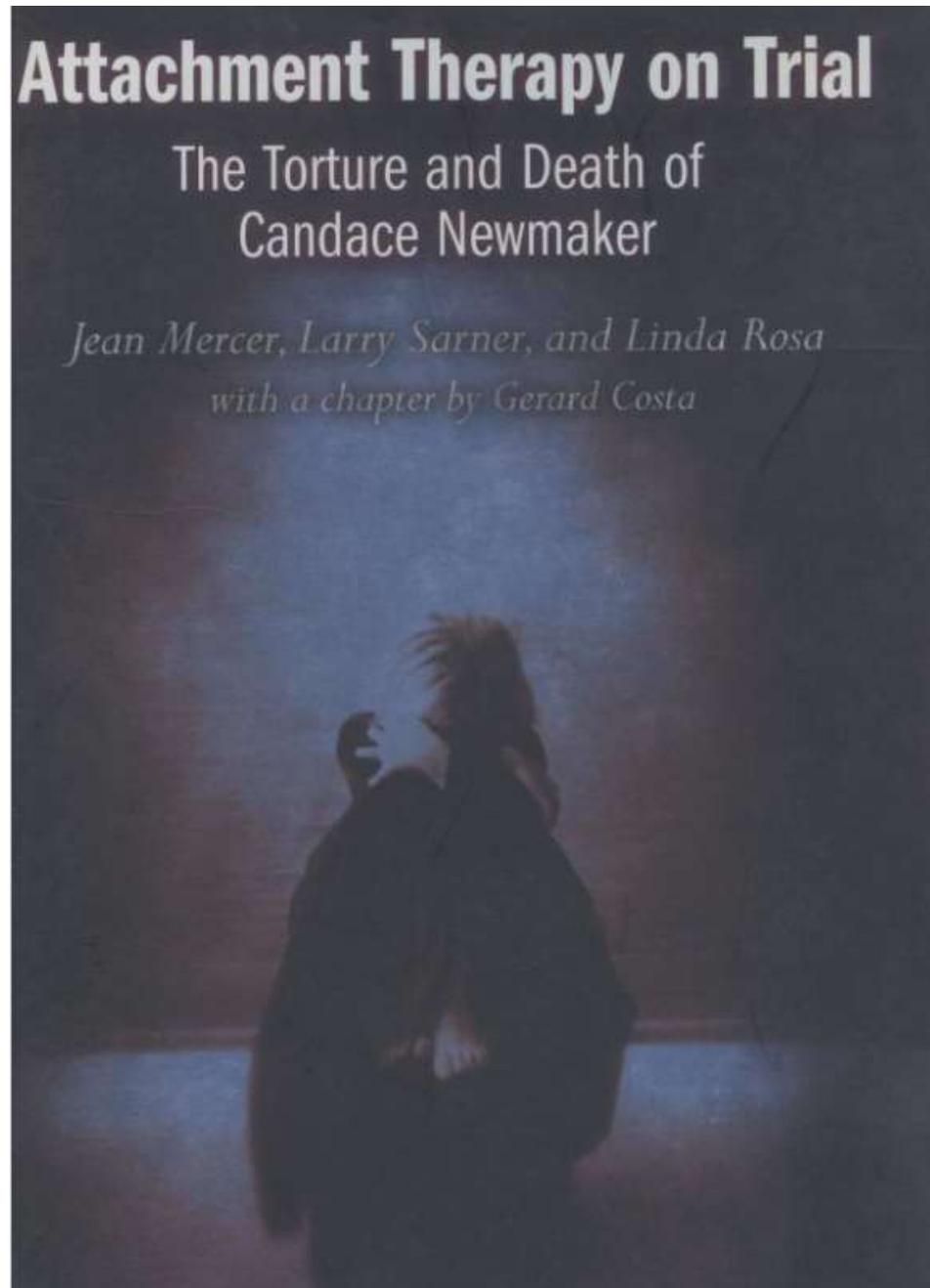
## Intervention/thérapie:

- Contentions physiques pour frustrer l'enfant (“faire sortir sa rage”), générer de l'impuissance, afin que l'enfant puisse alors se “ré-attacher”
- Reproduire des interactions bébé-parent (nourrir au biberon un enfant)
- Souvent nommée: *Attachment therapy, Holding therapy, Rage reduction, Rebirth, etc.*

## Basé sur :

- Anecdotes (courant chez des parents adoptifs aux USA)
- À contre-courant des études/connaissances scientifiques

# Conception « non-conventionnelle » des TA



# Conception « non-conventionnelle » des TA

## Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems

**Mark Chaffin**

*University of Oklahoma Health Sciences Center, Center on Child Abuse and Neglect*

**Rochelle Hanson**

**Benjamin E. Saunders**

*Medical University of South Carolina, Crime Victims Research and Treatment Center*

**Todd Nichols**

*Family Attachment Counseling Center*

**Douglas Barnett**

*Wayne State University*

**Charles Zeanah**

*Tulane University School of Medicine*

**Lucy Berliner**

*Harborview Sexual Assault Center*

**Byron Egeland**

*University of Minnesota Institute of Child Development*

**Elana Newman**

*University of Tulsa*

**Tom Lyon**

*University of Southern California Law School*

**Elizabeth LeTourneau**

*Medical University of South Carolina, Family Services Research Center*

**Cindy Miller-Perrin**

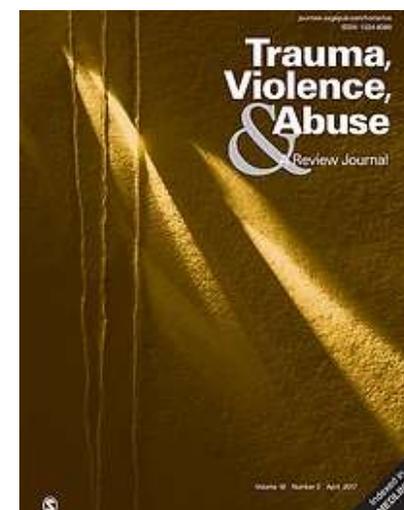
*Pepperdine University*

CHILD MALTREATMENT, Vol. 11, No. 1, February 2006 76-89

DOI: 10.1177/1077559505283699

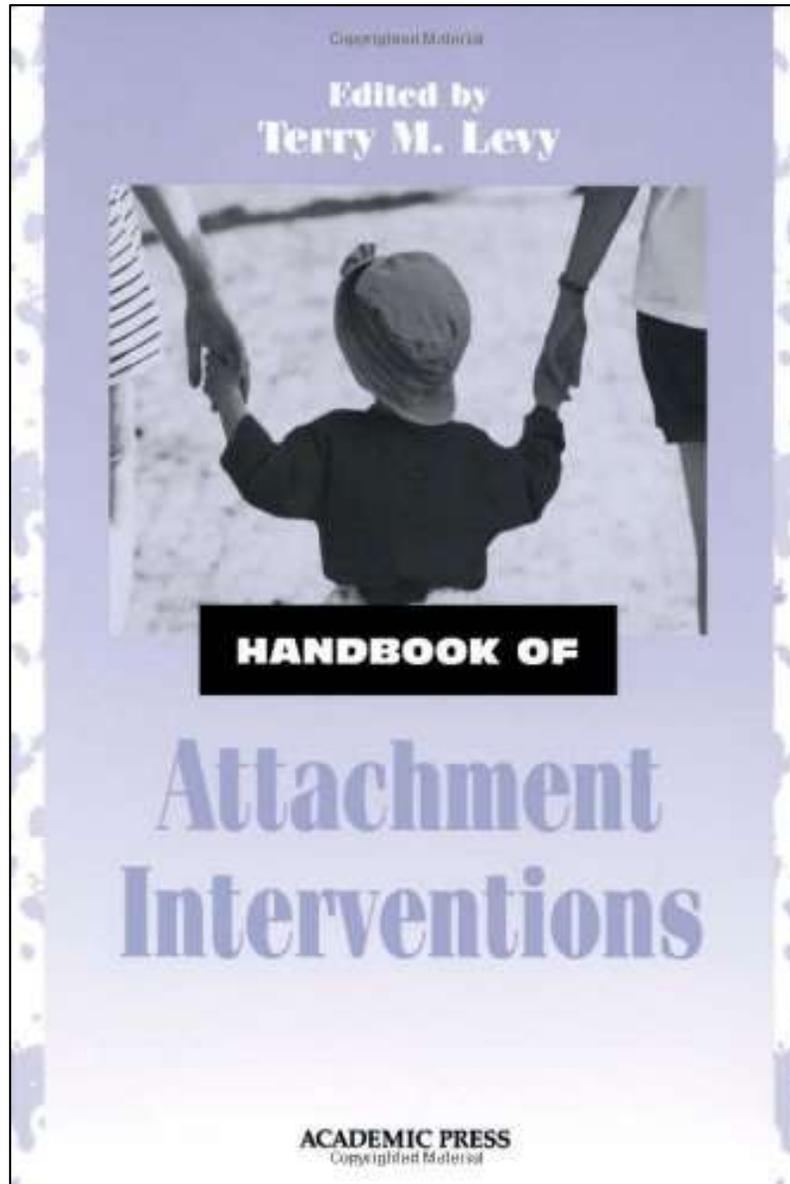
© 2006 Sage Publications

*APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children)*

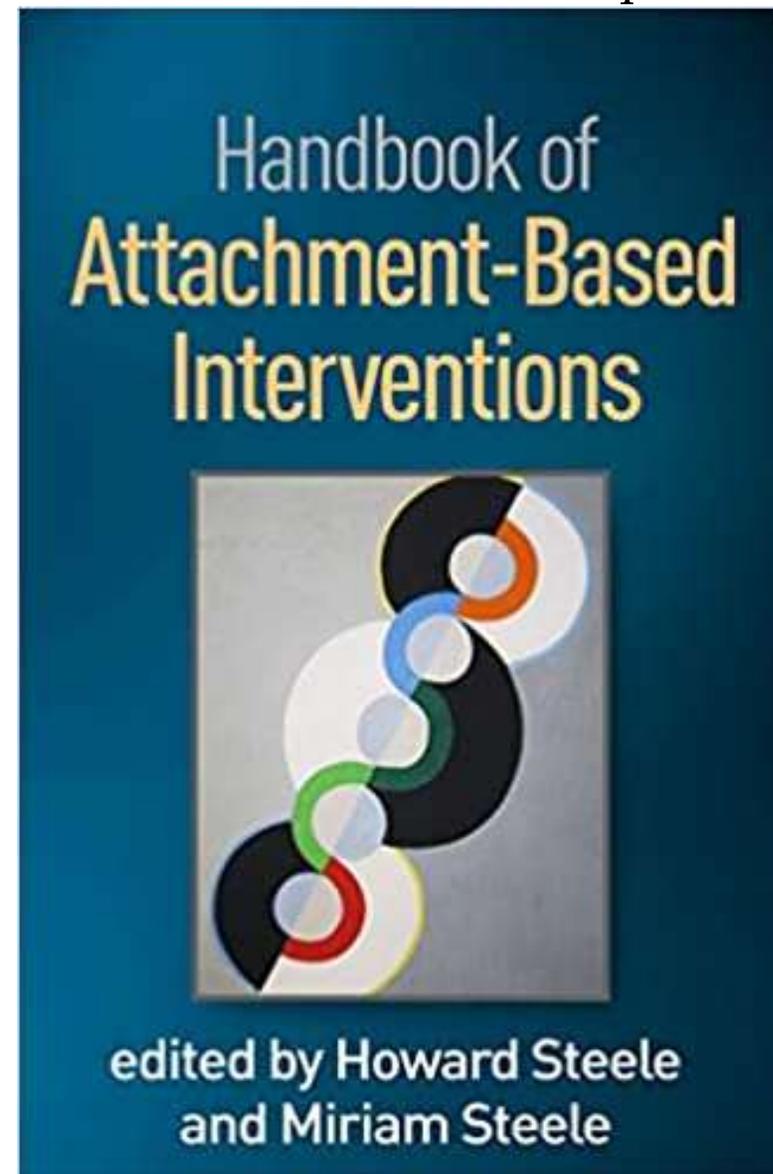


# Conception « non-conventionnelle » des TA

Approche non-conventionnelle  
pseudo-scientifique



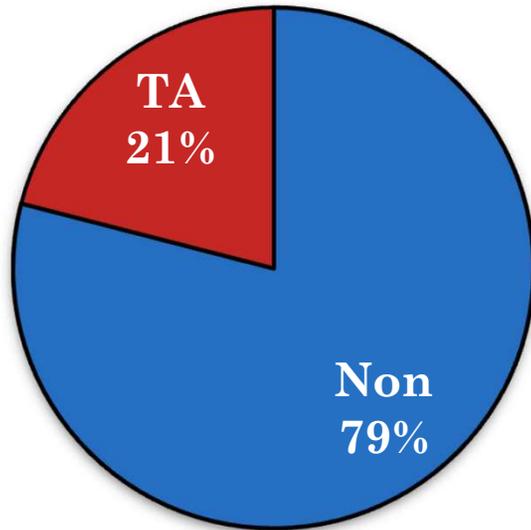
Approche  
conventionnelle/scientifique



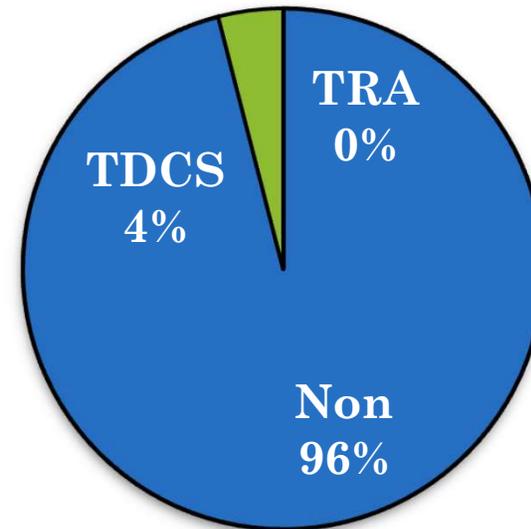
# Signes de surdiagnostic des TA

**Woolgar & Baldock (2015): n = 100 (49% adopté, 51% en FA): UK**

Dx de TA au dossier

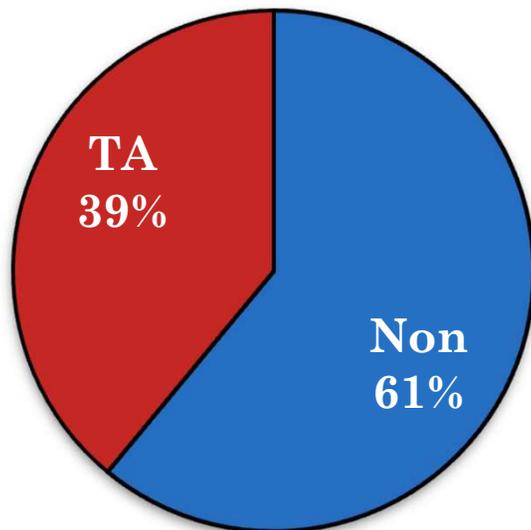


Dx de TRA-TDCS évalué par les chercheurs

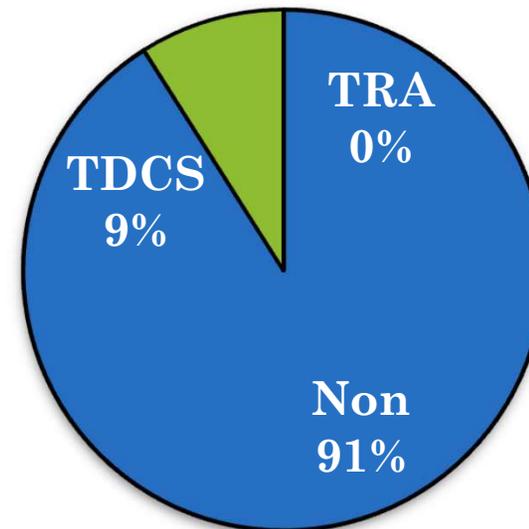


**Allen & Schuengel (2017): n = 100 (40% adopté, 60% en FA): USA**

Dx de TA au dossier



Dx de TRA-TDCS évalué par les chercheurs



# Distinction Attachment et TA

ATTACHMENT & HUMAN DEVELOPMENT, 2017  
<https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1354040>

 **Routledge**  
Taylor & Francis Group

 OPEN ACCESS  Check for updates

## Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers

Pehr Granqvist<sup>a</sup>, L. Alan Sroufe<sup>b</sup>, Mary Dozier<sup>c</sup>, Erik Hesse<sup>d</sup>, Miriam Steele<sup>e</sup>, Marinus van Ijzendoorn<sup>f</sup>, Judith Solomon<sup>g</sup>, Carlo Schuengel <sup>h</sup>, Pasco Fearoni<sup>i</sup>, Marian Bakermans-Kranenburg<sup>j</sup>, Howard Steele<sup>e</sup>, Jude Cassidy<sup>k</sup>, Elizabeth Carlson<sup>b</sup>, Sheri Madigan<sup>l</sup>, Deborah Jacobvitz<sup>m</sup>, Sarah Foster<sup>n</sup>, Kazuko Behrens<sup>o</sup>, Anne Rifkin-Graboi<sup>p</sup>, Naomi Gribneau<sup>g</sup>, Gottfried Spangler<sup>q</sup>, Mary J Ward<sup>r</sup>, Mary True<sup>s</sup>, Susan Spieker<sup>t</sup>, Sophie Reijman<sup>g</sup>, Samantha Reisz<sup>g,u</sup>, Anne Tharner<sup>f</sup>, Frances Nkara<sup>d</sup>, Ruth Goldwyn<sup>v</sup>, June Sroufe<sup>w</sup>, David Pederson<sup>x</sup>, Deanne Pederson<sup>y</sup>, Robert Weigand<sup>z</sup>, Daniel Siegel<sup>aa</sup>, Nino Dazzi<sup>bb</sup>, Kristin Bernard<sup>cc</sup>, Peter Fonagy <sup>i</sup>, Everett Waters<sup>cc</sup>, Sheree Toth<sup>dd</sup>, Dante Cicchetti<sup>b</sup>, Charles H Zeanah<sup>ee</sup>, Karlen Lyons-Ruth<sup>ff</sup>, Mary Main<sup>d</sup> and Robbie Duschinsky<sup>g</sup>

### *Disorganized attachment vis-à-vis attachment disorder*

How does disorganized attachment relate, then, to “attachment disorder,” which is an individual-level clinical diagnosis? To be clear, they are completely different things.

# Distinction Attachement et TRA-TDCS

Confusion chez les professionnels de l'évaluation:

.....AXE I;.....ESPT chronique.....  
.....**Trouble de l'attachement ambivalent**.....  
.....TDAH possible, vs.agitation secondaire au trouble de l'attachement ou autre.....  
.....cause.....

**IMPRESSION DIAGNOSTIQUE :**  
Nous sommes d'accord avec l'impression antérieure d'un **trouble de l'attachement de type désorganisé**.....

# Distinction Attachement et TA

## Attachement désorganisé (D):

- Classification qui s'applique à une **dyade**: on vient qualifier le lien entre un enfant et une figure de soin (méthode typique : situation étrangère)
- Signes: comportements stéréotypés/figés, comportements contradictoires (approche/évitement), comportements désorientés, indifférence au retour du parent après détresse intense, peur du parent, chez préscolaire: contrôle punitif ou contrôle attentionné
- Pas un diagnostic/trouble mental

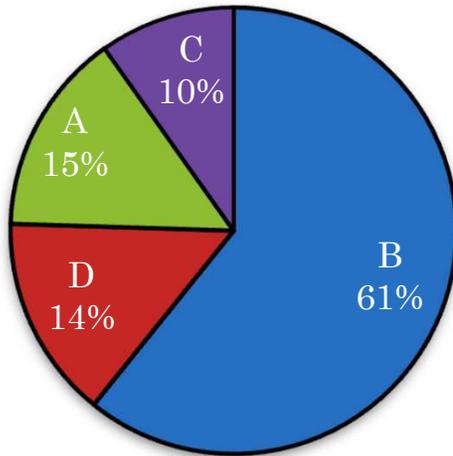
## Troubles de l'attachement (TRA ou TDCS)

- Diagnostic/trouble mental (DSM-5, ICD-11, DC:0-5)
- Implique des altérations durables et importantes au plan relationnel et émotionnel (pas spécifique à une relation)
- S'applique à un **individu**

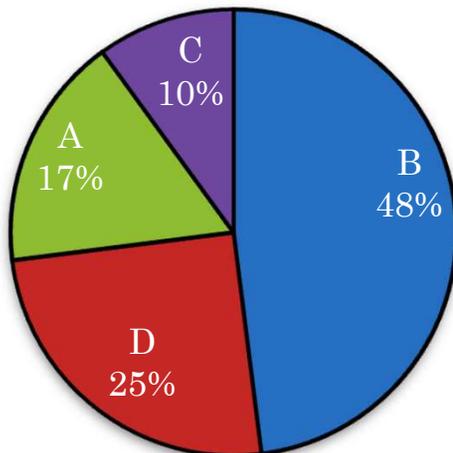
# Distinction Attachement et TA

## Attachement A-B-C-D

Enfants (population)

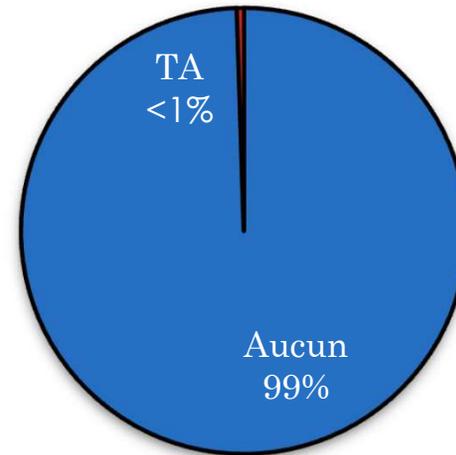


Enfants (pop. vulnérable)

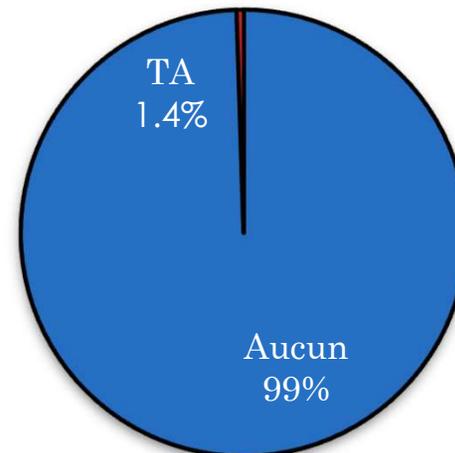


## TRA-TDCS

Enfants (population)



Enfants (pop. vulnérable)



# Prévalence des troubles de l'attachement

- En famille d'accueil:

- 19 à 42% TRA-TDCS (sans distinction, 4 études)
- 49% TDCS (Kay et al. 2016)
- 3% TRA; 12% TDCS, 3% mixte (Jonkman et al., 2014)
- 5% TRA; 30% TDCS (Kliewer-Neumann et al., 2018)
- 3% TRA (Bruce et al. 2019)
- 0% TRA; 9% TDCS (Allen et al., 2019)

- En Centre de réadaptation (foyers de groupe, unités globalisantes):

- Prévalence inconnue

# Prévalence des troubles de l'attachement

(nos données non-publiées)

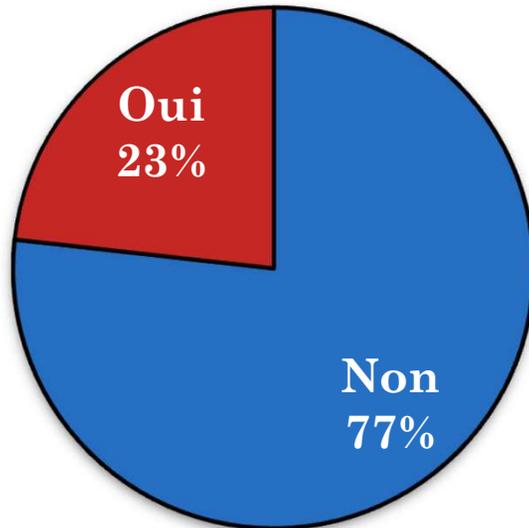
Nombre et pourcentage d'enfants répondant aux critères Dx du TRA et TDCS (selon la classification à l'entrevue RADA) par sous-échantillon

Échantillon total ( <i>n</i> = 368)		<b>TRA</b>		<b>TDCS</b>	
Sous-échantillons	( <i>n</i> =)	( <i>n</i> =)	%	( <i>n</i> =)	%
Communauté	98	0	<b>0%</b>	1	<b>1%</b>
Famille d'accueil	147	1	<b>&lt;1%</b>	26	<b>18%</b>
Centre de réadaptation	123	8	<b>7%</b>	12	<b>10%</b>

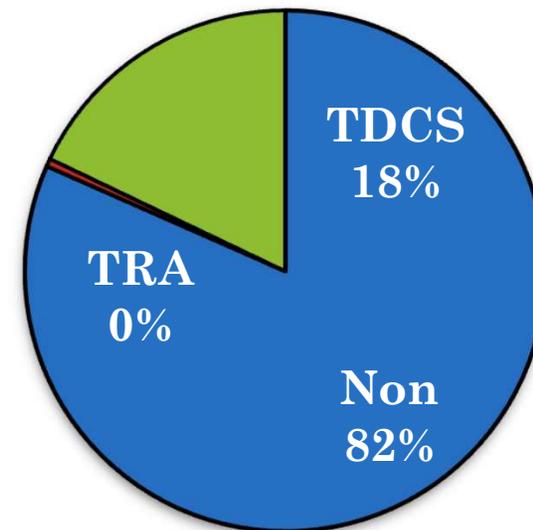
# Signes de surdiagnostic des TA?

**Nos données (non-publiées): n = 147 en FA**

Dx de TA au dossier

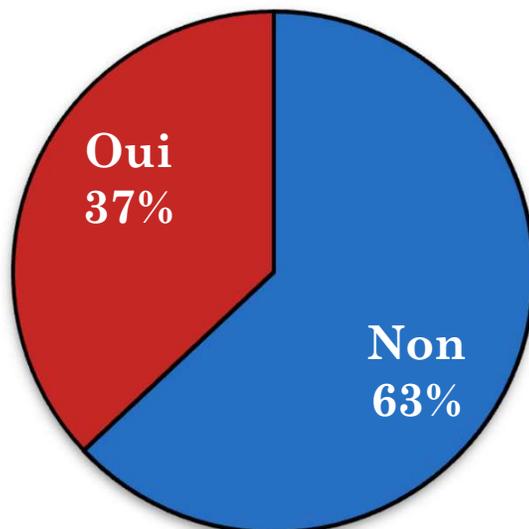


Dx de TRA-TDCS évalué par les chercheurs

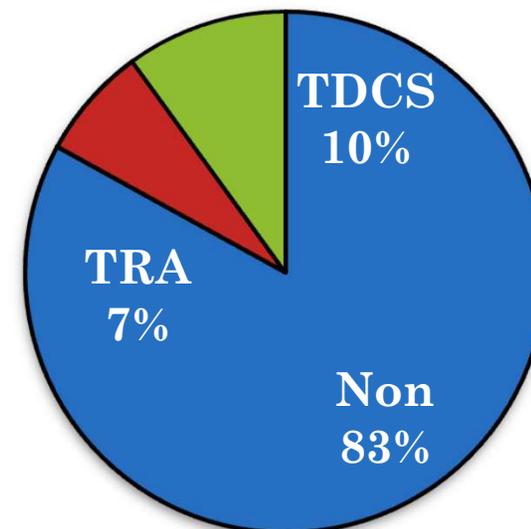


**Nos données (non-publiées): n = 123 en CR (unités, foyers de groupes, RI)**

Dx de TA au dossier



Dx de TRA-TDCS évalué par les chercheurs



# Troubles en co-occurrence

- TRA

- QI plus faible
- Sx dépressif

- TDCS

- Pas de lien avec le QI
- Impulsivité, Sx de TDAH
- Sx externalisés (troubles disruptifs : trouble d'opposition, trouble des conduites)

# Troubles neurodéveloppementaux en cooccurrence (Dx au dossier)

(nos données non-publiées)

<b>Dx au dossier / groupes</b>	<b>TRA (n=7)</b>	<b>TDCS (n=36)</b>	<b>DPJ (n=225)</b>
TDAH	57%	55%	49%
Trouble développemental du langage	14%	3%	10%
Trouble développemental de la coordination	14%	0%	4%
Syndrome Gilles de la Tourette	14%	3%	4%
Trouble spéc. app. lecture-écriture (dyslexie)	0%	6%	3%
Trouble spéc. app. calcul (dyscalculie)	0%	6%	3%
Déficiência intellectuelle (DI)	28%	3%	4%

# Troubles mentaux en cooccurrence (Dx au dossier)

(nos données non-publiées)

<b>Dx au dossier / groupes</b>	<b>TRA (n=7)</b>	<b>TDCS (n=36)</b>	<b>DPJ (n=225)</b>
Trouble d'opposition	43%	19%	20%
Trouble des conduites	14%	0%	4%
Troubles anxieux	0%	22%	13%
Trouble de stress post-traumatique	0%	8%	8%
Épisode dépressif	0%	6%	3%
Trouble obsessionnel-compulsif	0%	3%	2%
Énurésie/encoprésie	11%	3%	9%
Trouble alimentaire	14%	3%	5%

# Autres associations (TRA)

- ⦿ Cognition sociale plus faible (causé par QI plus faible?)
- ⦿ Concept de soi (se dévalorise devant l'échec) et des adultes connus et inconnus (méfiance) plus négatif
- ⦿ Moins de confiance envers l'enseignante
- ⦿ Biais d'attribution hostile

# Autres associations (TDCS)

- ⦿ Ne semble pas associé au QI, ni à la cognition sociale
- ⦿ Difficulté d'inhibition (fonctions exécutives)/impulsivité: causé par le TDAH en co-occurrence (25%)?
- ⦿ Concept de soi plus positif (surestimation?), plus de confiance envers adultes significatifs, plus de dépendance dans la relation enseignant-enfant
- ⦿ Absence de réactivité physiologique lorsque laissé seul ou avec un étranger

# Autres associations (TDCS)

## Étude qualitative (thèmes):

### ◎ **Amitié:**

- > Manque de distinction entre les niveaux d'intimité (connaissances, amis, meilleurs amis)
- > Tout le monde devient facilement un bon ami
- > « Qui sont tes amis? » exemples de réponses: tout le monde, une longue liste de noms, ou même l'évaluateur
- > Adultes et enfants sont des amis

### ◎ **Rejet:**

- > Impression d'être rejeté, intimidé par les pairs, pairs sont perçus comme méchants et peu digne de confiance
- > Semblent avoir peu de réelle appartenance à des groupes d'amis
- > Les adultes (même inconnus) sont considérés comme plus sécurisants et acceptants que les pairs

# Étiologie/facteurs de risque en PJ

## • TDCS:

- Suivi pour négligence
- Troubles mentaux et/ou toxicomanie du parent
- Comportements parentaux de:
  - Désengagement/retrait (par ex., parent répond peu aux signaux de l'enfant, initie peu d'interaction, offre peu de stimulation)
  - Désorientation (par ex., parent apeuré par son enfant, comportement d'errance)

## • TRA:

- Maltraitance précoce (âge au premier signalement)
- Placement plus tardif
- Troubles mentaux/antécédent d'hospitalisation en psychiatrie du parent

# *Guideline* de l'AACAP (2016)

*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*

AACAP OFFICIAL ACTION |

## **Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder**

Charles H. Zeanah, MD, Tessa Chesher, DO, Neil W. Boris, MD, and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI)

# Guideline de l'AACAP

- 1) **Dépistage** systématique des TA
- 2) Un processus d'évaluation diagnostique des TA devrait comprendre une **entrevue détaillée et des observations**
- 3) Procéder à une **évaluation complète** afin d'évaluer les possibles troubles en comorbidité.
- 4) Si l'enfant est dans son milieu naturel: porter une attention particulière aux **signes de maltraitance**
- 5) L'intervention la plus importante : l'enfant ayant un TA **doit bénéficier d'une figure de soins stable et émotionnellement disponible.**
  - Pas d'intervention validée spécifiquement pour les TA (à l'exception du placement en famille d'accueil/adoptive)
  - Interventions basées sur l'attachement (sensibilité parentale et/ou la relation figure de soins-enfant) possiblement aidantes
- 6) Des **interventions complémentaires** : troubles disruptifs (TOP-TC), TDAH

# Nos projets de recherche

1) Validation d'un questionnaire sur les troubles de l'attachement (6 à 12 ans): Q-TOP (*ETRAD-Q*)

2) Facteurs de risque du TRA et du TDCS chez les enfants placés (6-12 ans)

- Validation d'une entrevue semi-structurée pour évaluer le TRA-TDCS: (entrevue RADA)
- Méta-analyse de la prévalence du TRA-TDCS

3) Facteurs de risque du TRA et du TDCS chez les enfants signalés (3 à 5 ans)

- Validation de la mise-à-jour du MMCS (grille de codification de la maltraitance)

# Projet sur la validation Q-TOP

Article

## Development and Validation of a Measure of Attachment Disorders Based on DSM-5 Criteria: The Early TRAuma-Related Disorders Questionnaire (ETRADQ)

Sebastien Monette<sup>1,2</sup> , Chantal Cyr<sup>1,2</sup>, Miguel M. Terradas<sup>2,3</sup>, Sophie Couture<sup>2,4</sup>, Helen Minnis<sup>5</sup>, and Stine Lehmann<sup>6,7</sup>

Assessment

1–16

© The Author(s) 2020

Article reuse guidelines:

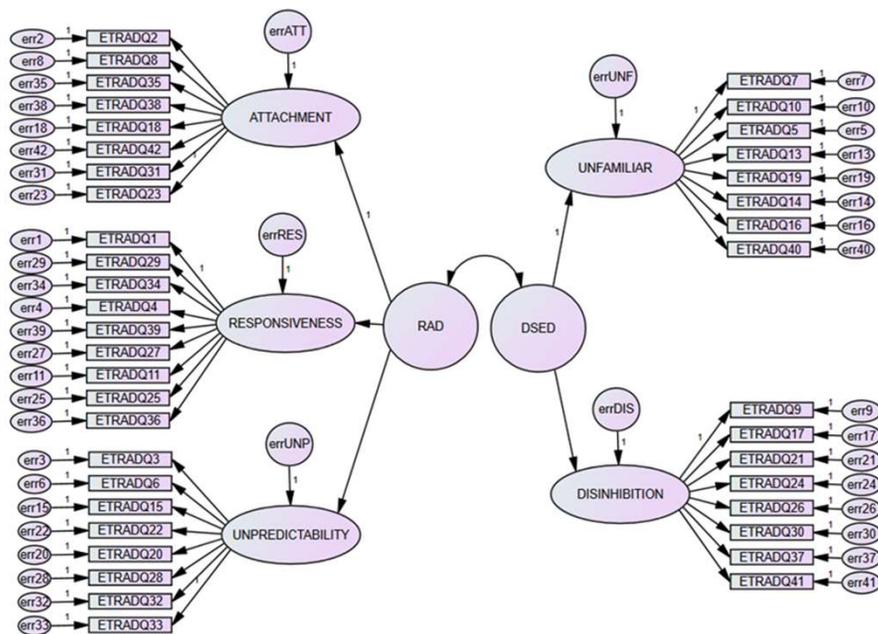
[sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)

DOI: 10.1177/1073191120981763

[journals.sagepub.com/home/asm](https://journals.sagepub.com/home/asm)



CFA ETRADQ 42items (minus item 12 = 41 items)



Échantillon (n = 823)

578 de la communauté

245 à risque

**Validité factorielle :**

RMSEA = .046

CFI = .959

TLI = .957

SRMR = .061

**Consistance interne:**

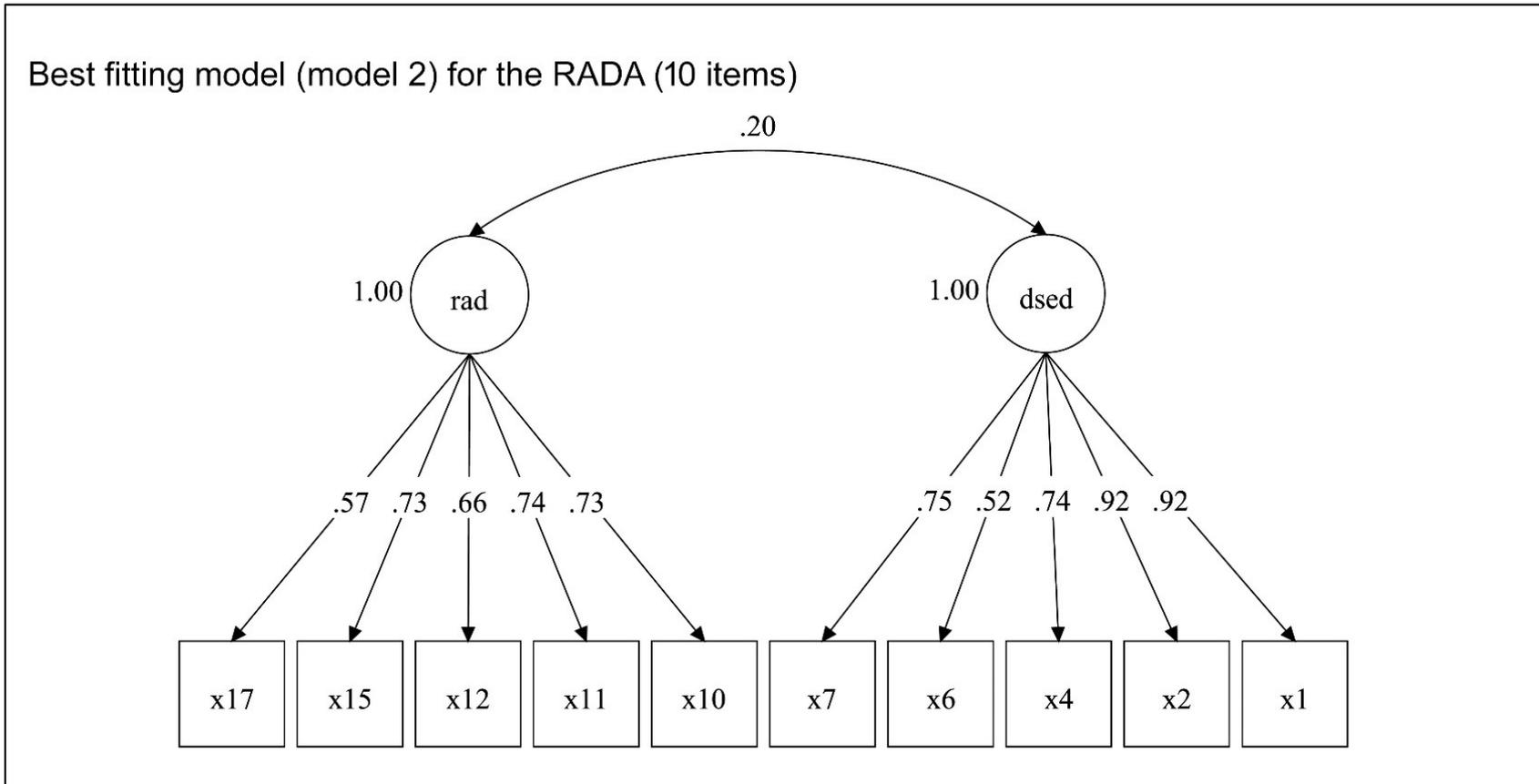
Omega > .88

**Fidélité test-retest :**  $r > .83$

**Validité convergente:**  $r > .75$

# Validation de l'entrevue RADA

Modèle retenu pour l'entrevue RADA (10 items), basé sur le DSM-5



**Échantillon (n = 368):**

98 de la communauté, 270 placés en FA ou CR

**Validité factorielle :**

RMSEA = .054, CFI = .981, TLI = .975, SRMR = .068

**Consistance interne:**

Omega > .71

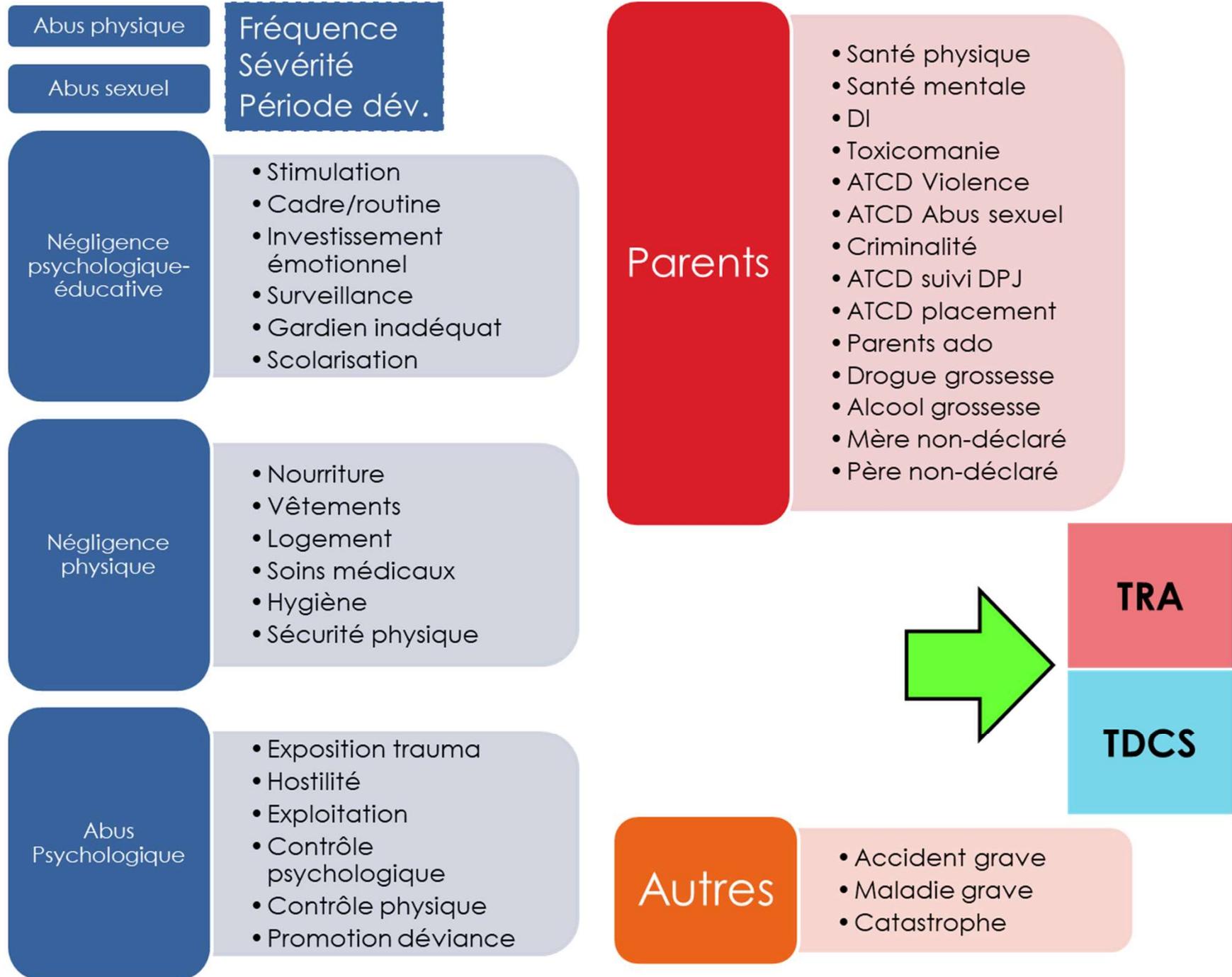
**Fidélité inter-juge (n = 30) :** moyenne des kappa pondéré : .77

**Validité convergente:**

r > .70

Article à venir sur la validation du RADA auprès d'enfants 6-12 ans placé

# Projets sur les facteurs de risque



# Projets sur les facteurs de risque

## L'Extended Modified Maltreatment Classification System (EMMCS):

### Mise à jour de l'instrument et données préliminaires sur les accords inter-juges

Pascale Courcelles<sup>2,3</sup>; Alycia O'Leary<sup>1,3</sup>; Sébastien Monette<sup>1,3</sup>; Chantal Cyr<sup>1,3</sup>; Sonia Hélie<sup>2,3</sup>

1, Université du Québec à Montréal (UQAM); 2, Université de Montréal; 3, Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD)



#### INTRODUCTION

- La maltraitance est un phénomène mondial qui touche des millions d'enfants, la prévalence à vie est estimée entre 13% et 35%, dépendamment des sous-types de maltraitance (Stoltenberg et al., 2015).
- Deux stratégies de mesure sont généralement utilisées en recherche pour mesurer la maltraitance : les mesures auto-rapportées ou les données des dossiers des services de protection de l'enfance (SPE).
- Dans cette dernière catégorie, l'instrument le plus utilisé (Jackson et al., 2019) pour coder les rapports narratifs des SPE est le *Modified Maltreatment Classification System* (MMCS; English et al., 1997), cependant, une révision du MMCS était nécessaire afin de prendre en compte les résultats des 20 dernières années de recherche, principalement en matière de maltraitance psychologique (Glaser, 2011; Hart et al., 2017), qui était très peu documentée dans le MMCS. Nous avons ainsi procédé à une mise à jour du MMCS, renommée *Extended Modified Maltreatment Classification System* (EMMCS; Monette, 2021).
- L'objectif de cette étude est de présenter le EMMCS aux chercheurs et des résultats préliminaires sur les accords inter-juge.

#### MÉTHODE

##### Participants

92 enfants d'âge scolaire (56 garçons: 36 filles,  $M_{\text{âge}} = 9.87$ ,  $ET = 1.87$ ) placés en familles d'accueil ( $n=41$ ) ou en centre de readaptation ( $n=51$ ) au Centre jeunesse de Montréal du CIUSSS-CS.

## Notre mise-à-jour de la grille de codification (MMCS → EMMCS) des rapports narratifs des services de protection de l'enfance, permettant de coder les différentes dimensions de la maltraitance, montre de très bons accords inter-juges.

Type et sous-types de maltraitance (26 variables)	Severité maximale (ICC)	Fréquence (ICC)
<b>Abus physique</b>	0.88	0.83
Abus sexuel	0.92	0.94
<b>Négligence physique</b>	0.71	0.86
Manque nourriture	0.79	0.81
Manque vêtements	0.63	0.82
Manque logement	0.67	0.77
Manque soins médicaux	0.61	0.75
Manque hygiène	0.80	0.91
Manque sécurité	0.91	0.64
<b>Négligence psychologique</b>	0.70	0.81
Manque stimulation	0.61	0.60
Manque cadre	0.63	0.50
Manque émotionnel	0.76	0.68
Parent absent	0.45	0.54
Manque surveillance	0.66	0.90
Manque gardien adéquat	0.68	0.68
Manque scolarisation	0.45	0.14
<b>Abus psychologiques</b>	0.87	0.97
Violence conjugale	0.79	0.82
Exposition trauma	0.53	0.78
Hostilité	0.59	0.95
Rejet	0.84	0.93
Attentes irréalistes	0.52	0.64
Contrôle psychologique	0.77	0.71
Contrôle physique	0.86	0.91
Promotion déviance	0.74	0.66
<b>Moyenne</b>	<b>0.80</b>	<b>0.85</b>

Période développementale d'exposition (5 variables)	Kappa/ICC
0 à 1,5 an (kappa)	0.89
1,5 an à 3 ans (kappa)	0.77
3 à 6 ans (kappa)	0.89
6 à 12 ans (kappa)	0.94
Code de chronicité (ICC)	0.74
<b>Moyenne</b>	<b>0.85</b>

Facteur de risque parent (18 variables par parent)	Père		Mère	
	Kappa	% Agr.	Kappa	% Agr.
Problème financier important	0.86	-	0.71	-
Problème de santé physique important	0.75	-	0.47	93%
Déficiência intellectuelle	0.71	-	0.69	-
Problème de santé mentale	0.71	-	0.67	-
Hospitalisée psychiatrie contre son gré	1.00	-	0.27	95%
Problème de consommation alcool/drogue	0.85	-	0.85	-
Antécédent de violence physique récurrent	0.68	73%	0.13	83%
Antécédent d'abus sexuel sur des majeurs	0.60	99%	1.00	-
Antécédent d'abus sexuel sur des mineurs	0.66	-	0.90	99%
Coupable crime non-violent	0.84	-	1.00	-
Coupable crime violent	0.84	-	1.00	-
Historique d'incarcération	0.71	-	0.66	-
Suivi par la DPJ durant l'enfance	0.86	-	0.92	-
Placé par la DPJ durant l'enfance	0.82	-	0.86	-
Vécu de maltraitance	0.75	-	0.88	-
Historique de prostitution	0.49	98%	0.94	-
Sans domicile fixe	0.78	-	0.63	-
Isolé socialement	0.50	71%	0.60	-
<b>Moyenne</b>	<b>0.68</b>	<b>-</b>	<b>0.68</b>	<b>-</b>

Facteurs de risque enfant (16 variables)	Kappa
Enfant est issu d'une agression sexuelle	1.00
Déni de grossesse de la mère	1.00
Mère de l'enfant était mineure	0.85
Drogue durant la grossesse	0.94
Alcool durant la grossesse	0.85
Enfant est né en sevrage	1.00
Statut de réfugié	1.00
Accident grave de l'enfant	1.00
Maladie ou condition médicale grave parent	0.92
Accident grave ou une maladie grave enfant	1.00
Décès d'un parent	0.66
Exposé à catastrophe naturelle	1.00
Exposé à guerre, terrorisme, violence politique	1.00
Père jamais impliqué	0.73
Mère jamais impliquée	1.00
Parents apparentés/consanguins	1.00
<b>Moyenne</b>	<b>0.88</b>

Interprétation	
Good (ICC/Kappa > .59)	🟢
Fair (ICC/Kappa = .40 à .59)	🟡
Poor (ICC/Kappa < .40)	🔴

#### Mesures

- Les différentes dimensions de la maltraitance ont été estimées en codant tous les rapports narratifs (RTS, Évaluation, Orientation) à vie extraits des dossiers des SPE des 92 enfants à l'aide du EMMCS. Chaque dossier a été codé indépendamment par deux assistantes de recherche. Cet outil permet de mesurer plusieurs dimensions importantes (Jackson et al., 2019) de la maltraitance:
  - Types (5) et sous-types (21) sous-types de maltraitance;
  - Sévérité maximale par types et sous-types (échelle en 5 points, Litrownik et al., 2005);
  - Fréquence des événements par types et sous-types;
  - Périodes développementales d'exposition et la chronicité (English, Graham et al., 2005);
  - Facteurs de risque du père, de la mère et de l'enfant.

#### RÉSULTATS

- Le EMMCS génère 109 scores et ceux-ci montrent des accords inter-juge satisfaisants sur la sévérité maximale (26 scores,  $M_{CIC} = .80$ ), la fréquence (26 scores,  $M_{CIC} = .85$ ), les périodes développementales (5 scores,  $M_{CIC} = .85$ ) et sur les facteurs de risque des parents (36 scores,  $M_{kappa} = .68$ ) et ceux de l'enfant (16 scores,  $M_{kappa} = .88$ ).
- Au total, 88% de ces indicateurs sont « bons à excellents » (> .59), 8% sont « passables » (.40 à .59) et 4% sont « faibles » (< .40).

#### REMERCIEMENTS

- Nous tenons à remercier toutes les familles d'accueil et tous les éducateurs/trices qui ont participé à ce projet. Ce projet est en partie financé par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD).

Contact: sebastien\_monette@hotmail.com



# Merci!

## Remerciements:

Familles d'accueil, éducateurs, psychoéducateurs, intervenantes du:

- Centre jeunesse de Montréal
- Centre jeunesse de Québec
- Centre jeunesse de Lanaudière
- Centre jeunesse des Laurentides
- Centre jeunesse de l'Estrie
- Centre jeunesse de la Montérégie

Pétales Québec

Fédération des parents adoptants du Québec (FPAQ)

Centres de services scolaires:

- Laval
- Chemin-du-Roy
- Appalaches
- Rives-du-Saguenay
- Monts-et-Marées
- Riveraine
- Marie-Victorin
- Val-des-Cerfs
- Vallée-des-Tisserands
- Seigneurie-des-Mille-Îles



# Références

- Review, guidelines TRA-TDCS

- Gleason, M., Fox, N., Drury, S., Smyke, A., Egger, H., Nelson, C., . . . Zeanah, C. (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 216 - 231.
- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 207–222.
- Zeanah, C. H., Cheshier, T., Boris, N. W., Walter, H. J., Bukstein, O. G., Bellonci, C., ... Stock, S. (2016). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 990–1003. doi:10.1016/j.jaac.2016.08.004

- Controverses TRA-TDCS

- Allen, B. (2018). Misperceptions of reactive attachment disorder persist: Poor methods and unsupported conclusions. *Research in Developmental Disabilities*, 77, 24–29. doi:https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.03.012
- Allen, B., & Schuengel, C. (2020). Attachment disorders diagnosed by community practitioners: a replication and extension. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(1), 4-10. doi:https://doi.org/10.1111/camh.12338
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B. E., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C., . . . Miller-Perrin, C. (2006). Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems. *Child Maltreatment*, 11(1), 76-89. doi:10.1177/1077559505283699
- Mercer, J. (2017). Conventional and Unconventional Perspectives on Attachment and Attachment Problems: Comparisons and Implications, 2006–2016. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(2), 81-95. doi:10.1007/s10560-017-0511-7

# Références

- Review attachement

- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., . . . Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development, 19*(6), 534-558. doi:10.1080/14616734.2017.1354040
- Forslund, T., Granqvist, P., van Ijzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz, A., Glaser, D., Steele, M., . . . Duschinsky, R. (2022). Attachment goes to court: child protection and custody issues. *Attachment & Human Development, 24*(1), 1-52. doi:10.1080/14616734.2020.1840762

- Nos travaux

- Zephyr, L., Cyr, C., Monette, S., Archambault, M., Lehmann, S., & Minnis, H. (2021). Meta-Analyses of the Associations Between Disinhibited Social Engagement Behaviors and Child Attachment Insecurity or Disorganization. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00777-1>
- Zephyr, L., Cyr, C., Monette, S., Langlois, V., Cyr-Desautels, L., & Archambault, M. (2021). Disinhibited social engagement behaviors in young maltreated children: Dysfunctional behavior of biological parents and child attachment. *Child Abuse & Neglect, 111*, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104791>
- Monette, S., Cyr, C., Terradas, M., Couture, S., Minnis, H., & Lehmann, S. (2021). Development and Validation of a Measure of Attachment Disorders based on DSM-5 criteria: The Early TRAuma-related Disorders Questionnaire (ETRADQ). *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191120981763>
- Lehmann, S., Breivik, K., Monette, S., & Minnis, H. (2020). Potentially traumatic events in foster youth, and association with DSM-5 trauma- and stressor related symptoms. *Child Abuse & Neglect, 101*, 104374. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104374>
- Lehmann, S., Monette, S., Egger, H., Breivik, K., Young, D., Davidson, C., & Minnis, H. (2020). Development and Examination of the Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder Assessment Interview. *Assessment, 27*(4), 749–765. <https://doi.org/10.1177/1073191118797422>