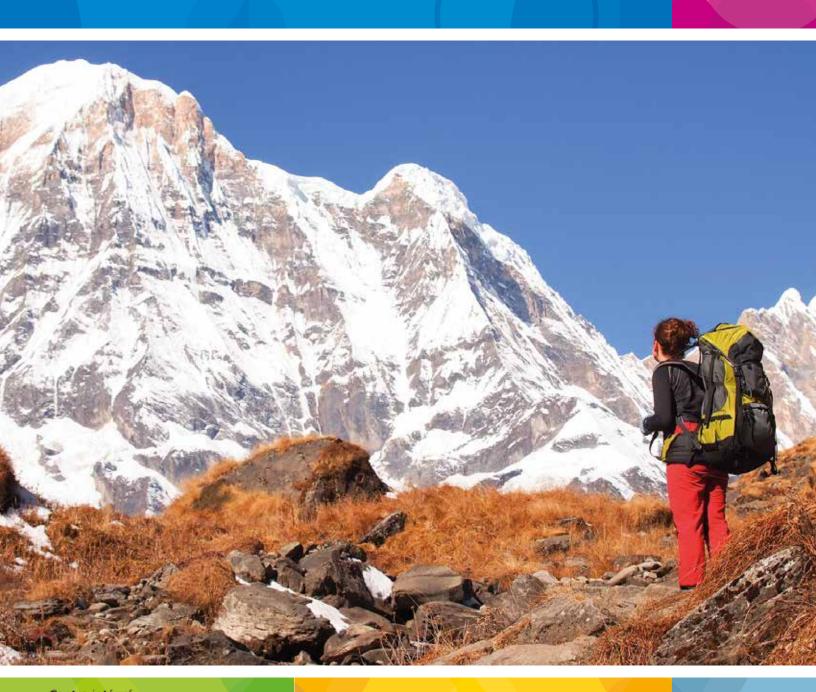
Au-delà du comportement :

décoder les besoins d'attachement pour mieux soutenir le développement des adolescents hébergés en centre jeunesse





Au-delà du comportement :

décoder les besoins d'attachement pour mieux soutenir le développement des adolescents hébergés en centre jeunesse

> Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sudde-l'Île-de-Montréal





Les images ont été choisies pour illustrer la présentation *Grimper l'Everest sans camp de base ni poste de ravitaillement : Comment soutenir les enjeux de l'adolescence lorsque l'attachement sécurisant n'est pas au rendez-vous ?* Séminaire CEM mai 2014

Rédaction

Carole Côté, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre d'expertise sur la maltraitance, Institut universitaire Jeunes en difficulté. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de Montréal (CCSMTL)

Daniel Breton, agent de planification, de programmation et de recherche, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (CISSS Laval)

Membres du groupe de travail du CCSMTL

Isabelle Bouchard, psychologue Stéphanie Guillemette, chef de service Anne Habermeyer, chef de service Diane Leclerc, éducatrice Geneviève Lemelin, psychologue

Membres du groupe de travail du CISSS de Laval

Diane Cécil, chef de service Raynald Guay, chef de service Suzanne Légaré, psychologue

Membres du groupe ayant agi à titre d'experts

Chantal Cyr, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal Katherine Pascuzzo, professeure associée au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal

Merci à tous les adolescents des unités: Le Totem, le Patriote, l'Éveil, l'Alizé, le Mirabel, le Traversier, le foyer Chartrand. Ils s'aventurent avec courage dans des sentiers inconnus et ont accepté d'aider d'autres jeunes en répondant à nos questions. Merci aux éducateurs qui font le voyage avec eux.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2018

ISBN: 978-2-550-80430-7 ISBN: 978-2-550-80431-4

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

Citation suggérée: Côté, C., Breton, D. et Pascuzzo, K. (2018). Au-delà du comportement: décoder les besoins d'attachement pour mieux soutenir le développement des adolescents hébergés en centre jeunesse

Pour plus d'information concernant nos publications, vous pouvez communiquer avec la bibliothèque:

514 896-3396

bibliotheque@cjm-iu.qc.ca

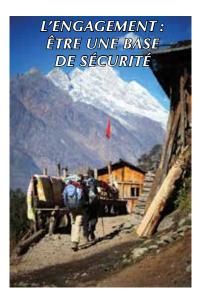


Table des matières

INTRODUCTION	1
Mise en contexte	1
But du projet	1
Objectifs particuliers	3
Section 1 Retour sur les notions de base de l'attachement	5
QU'EST-CE QUE L'ATTACHEMENT?	6
À QUOI SERT L'ATTACHEMENT?	8
RÉGULATION ET COMPRÉHENSION DES ÉMOTIONS	9
QUELS SONT LES PATRONS D'ATTACHEMENT?	9
QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DE L'ATTACHEMENT?	11
L'ATTACHEMENT: UN FACTEUR DE PROTECTION DANS LE DÉVELOPPEMENT	12
ATTACHEMENT À L'ÂGE PRÉSCOLAIRE ET SCOLAIRE	13
LES MODÈLES INTERNES OPÉRANTS (MIO)	14
Section 2 Attachement à l'adolescence: revue de la littérature	17
2.1 ENJEUX DE L'ATTACHEMENT À L'ADOLESCENCE DANS	
LA POPULATION NORMATIVE	18
2.1.1 Adolescence et puberté	18
2.1.2 Impact de ce passage sur l'attachement	21 23
2.2 ENJEUX DE L'ATTACHEMENT À L'ADOLESCENCE DANS	43
LA POPULATION CLINIQUE	37
2.2.1 Les adolescents hébergés présentent plusieurs facteurs	
de risque environnementaux	38
2.2.2 Les jeunes hébergés présentent différents comportements associés à la présence	
de ces facteurs de risque	39
2.2.3 Le placement est souvent demandé à cause des difficultés comportementales	4.0
présentées2.2.4 Une partie des difficultés des adolescents hébergés pourraient être comprises	40
si on utilisait l'angle du trauma	40
2.2.5 La maltraitance et la négligence vécues dans le milieu familial et le	
développement d'attachement insécurisant, tout particulièrement l'attachement	
désorganisé, comme modèle explicatif des difficultés des adolescents hébergés	42
2.2.6 L'attachement insécurisant et désorganisé comme facteur de risque	44
2.2.7 Attachement et placement en établissement à l'adolescence	50

2.3 RECENSION DES APPROCHES ET DES PROGRAMMES D'INTERVENTION UTILISANT L'ATTACHEMENT	
COMME CADRE THÉORIQUE ET POUVANT S'APPLIQUER	
À L'ADOLESCENCE	54
2.3.1 Une intervention qui se développe d'abord pour la petite enfance	54
2.3.2 Programmes conçus pour les enfants et les adolescents	57
2.3.3 Programmes d'intervention avec la dyade	62
2.3.4 Organisation d'un milieu de vie en établissement	66
Section 3 Portrait de la clientèle	83
Section 4 Consultation des équipes et potentialisation de leur expertise	87
4.1 APPRÉCIATION DES CONNAISSANCES DES INTERVENANTS EN CE QUI CONCERNE LA THÉ	ÉΛ_
RIE DE L'ATTACHEMENT	89
4.2 PERCEPTION DES INTERVENANTS DES BESOINS	
DES ADOLESCENTS DE LA POPULATION NORMATIVE VS CEUX DE LA POPULATION CLINIQUE	91
4.3 APPRÉCIATION DES CIBLES DES INTERVENTIONS	93
4.4 SENSIBILISATION DES ÉQUIPES	
AUX CONCEPTS D'ATTACHEMENT	94
4.4.1 Rencontre de sensibilisation numéro 1	95 98
4.5 EXERCICE D'OBSERVATIONS CIBLÉES ET DE MULTI-HYPOTHÈSES	101
_	101
4.6 DÉFINITION DES INTERVENTIONS APAISANTES ET NON APAISANTES LORS DE SITUATIONS CIBLÉES	103
Section 5 Conclusion	107
NOTIONS THÉORIQUES	
L'ATTACHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTS DE LA POPULATION NORMATIVE	110
L'ATTACHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTS DE LA POPULATION CLINIQUE	112
LIGNES DIRECTRICES POUR UNE INTERVENTION INTÉGRANT	440
LES NOTIONS D'ATTACHEMENT	113
Annexes 1	121
ANNEXE 1 1	121
	121

ANNEXE 2	124
Bilan des rencontres d'équipe sur les besoins des adolescents et sur les interventions auprès des jeunes	124
ANNEXE 3	126
De façon générale, quelles sont les interventions que vous faites avec vos jeunes?	126
ANNEXE 4	128
Exercice d'observation ciblée	128
ANNEXE PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE	129
Questionnaire sur la Présence de Facteurs de Risque	
CAPAI-Y-S	131
PARA – Version adolescent	135
PARA – Version adulte	136
Entrevue sur l'attachement	141
Échelle de relation adolescent-éducateur	151
Références	152

INTRODUCTION

Mise en contexte

Les établissements œuvrant auprès des jeunes enfants et des familles vulnérables ont progressivement intégré à leurs pratiques la théorie de l'attachement.

Le cadre de référence « Au cœur de l'intervention : l'attachement et la relation » (ACJQ, 2011) met en évidence l'importance de placer la dimension de l'attachement comme ingrédient incontournable de chacune des étapes de l'intervention en centre jeunesse. De nombreux travaux de recherche démontrent l'existence d'une importante perturbation du lien d'attachement chez un grand nombre d'enfants victimes de maltraitance, ce qui correspond à une importante proportion des enfants hébergés en centre jeunesse.

Afin de favoriser le transfert entre la théorie de l'attachement et la pratique en centre de réadaptation pour les enfants de 6 à 12 ans, un « modèle d'intervention différentielle centré sur les besoins d'attachement » (Breton et Lehoux, 2007, 2008) de même que des outils spécifiques s'y rattachant¹ ont été conçus. Ceux-ci ont été implantés avec les équipes qui accompagnent les clientèles de 6-12 ans en hébergement, tant au Centre jeunesse de Laval (CJL) qu'à celui de Montréal-Institut Universitaire (CJM-IU).

Dans les deux organisations, l'intégration des pratiques en attachement dans les équipes accueillant les enfants hébergés de 6 à 12 ans a suscité de nombreuses remises en question, tant au chapitre de l'intervention qu'à celui de l'organisation des milieux de vie de façon à soutenir de façon optimale la régulation affective des enfants. Le constat actuel est que lorsque ces derniers vieillissent, quittent les milieux surtout centrés sur les notions d'attachement et se retrouvent dans des milieux surtout centrés sur la gestion des comportements, le défi est de taille, tant pour les intervenants que pour les enfants.

Étant donné ce constat, l'intégration des notions d'attachement dans l'intervention auprès de l'ensemble de la clientèle hébergée, dont les adolescents, devient incontournable.

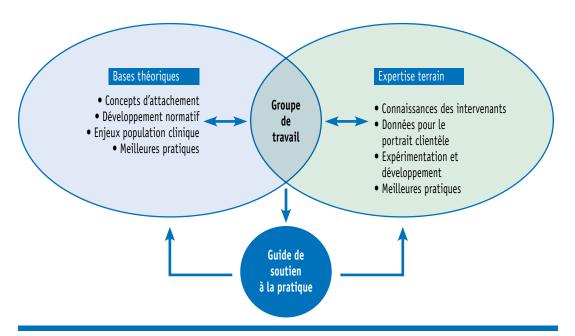
But du projet

C'est dans ce contexte que le CJL et CJM-IU se sont associés en 2012 afin de réaliser un projet de développement ayant pour but la création d'un guide de soutien à la pratique auprès des adolescents hébergés en centre jeunesse contenant des pistes et des outils d'intervention centrés sur l'attachement, le tout s'inscrivant dans une optique de qualification de l'intervention de réadaptation.

L'objectif était de créer un groupe de travail qui pourrait s'inspirer à la fois de bases théoriques solides concernant les concepts d'attachement à l'adolescence et de l'importante expertise acquise par les intervenants qui côtoient cette

^{1.} La «grille d'observation des indices de sécurité affective» (Lehoux, Bisaillon, Breton et Laporte, 2007, 2010) a été élaborée pour réaliser une collecte d'information qui soit la plus rigoureuse possible, et le «profil de sécurité affective de l'enfant» pour faciliter l'individualisation de l'intervention en fonction des besoins d'attachement des enfants. La grille est en cours de validation.

clientèle depuis plusieurs années, et ce, afin de produire un guide de travail intégrateur et adapté. Le schéma qui suit résume la démarche.



Au centre du schéma se trouve le groupe de travail, formé de responsables de projet, de chercheurs, de cliniciens et de gestionnaires. C'est l'équipe de base à partir de laquelle tous les travaux se sont déroulés.

À gauche, nous retrouvons les bases théoriques. La recherche ne cesse d'enrichir les réflexions sur les concepts d'attachement. Si l'attachement se crée en bas âge entre l'enfant et les adultes qui répondent à ses besoins, il n'en demeure pas moins que cet attachement évolue au fil des ans et selon les périodes de la vie de l'enfant. Il importe de bien comprendre les enjeux d'attachement propres aux adolescents, d'abord dans la population normative puis dans nos populations cliniques, pour éventuellement élaborer un guide d'accompagnement qui pourra s'inspirer des meilleures pratiques.

À droite, enfin, nous avons le volet expertise terrain. Depuis des décennies, les intervenants côtoient des adolescents dans un contexte d'hébergement. Ces intervenants ne deviennent pas nécessairement des figures significatives pour les adolescents, bien que cela se produise fréquemment, mais ils sont, le temps de l'hébergement, des adultes vers qui les adolescents peuvent se tourner pour trouver réponse à leurs besoins. Nous parlerons ici d'adultes référents. Au fil des ans, ces mêmes intervenants, de façon parfois bien intuitive, ont cumulé une formidable expertise en ce qui a trait aux interventions les plus susceptibles de soutenir les adolescents dans la gestion de leurs émotions. Le groupe de travail devra donc déployer des stratégies qui permettront, d'une part, de bien «isoler» les interventions qui se font déjà en attachement des autres interventions qui font partie inhérente de l'accompagnement des jeunes et, d'autre part, de susciter l'exploration d'interventions plus ciblées en attachement et d'en favoriser l'expérimentation directement sur le terrain.

INTRODUCTION 3

Les flèches indiquent la complémentarité qui s'est installée au fil du temps entre les bases théoriques et la pratique terrain pour graduellement construire un guide de pratique qui éventuellement pourra à son tour inspirer à la fois les réflexions théoriques et les pratiques.

Objectifs particuliers

Les pratiques tenant compte de l'attachement supposent de grands changements de paradigmes dans les milieux où elles s'installent. Alors que l'extinction des comportements dérangeants a pu occuper une grande partie des préoccupations des intervenants, ces mêmes comportements deviennent, d'un point de vue de l'attachement, des indicateurs de besoin d'assistance de la part du jeune pour arriver à se réguler. La prévisibilité des milieux dans le faire devient une prévisibilité dans le soin et le savoir-être. Le comportement n'appartient plus seulement au jeune, mais est la résultante de l'interaction de ce dernier avec son entourage, lequel est porteur de convictions et d'états mentaux qui peuvent influencer les comportements du jeune, positivement ou négativement. La cible d'intervention n'est plus uniquement le jeune, mais bien le jeune en interaction avec son entourage. Il est essentiel d'assurer une cohérence et une continuité des pratiques en intervention de réadaptation en intégrant la dimension de l'attachement aux pratiques actuellement reconnues avec les adolescents. Il va de soi que le tout s'inscrit en continuité avec le défi de l'offre de services de s'assurer de l'adéquation des programmes étant donné les différents besoins de la clientèle et l'évolution constante des problématiques qui y sont liées.

Le présent document se veut une synthèse des différents travaux effectués pouvant servir de point de départ à la fois à l'élaboration d'une formation et à la définition de pistes et d'outils concrets pour intégrer les notions d'attachement dans l'intervention de réadaptation des adolescents hébergés en centre de réadaptation.

La première partie du document propose un rapide survol de quelques notions de base de la théorie de l'attachement.

La deuxième partie présente les grands constats tirés d'une revue de la littérature relativement aux enjeux de l'attachement à l'adolescence, tant pour la population normative que pour la population clinique. Les approches et les programmes d'intervention intégrant la dimension de l'attachement et pouvant s'adresser aux adolescents y sont également brièvement présentés.

La troisième partie présente certains résultats obtenus à partir des démarches effectuées pour faire le portrait des adolescents hébergés en centre de réadaptation en ce qui a trait à l'attachement.

La quatrième partie du document met en lumière le travail de consultation des équipes et la potentialisation de leur expertise respective.

Finalement, la conclusion organise les lignes directrices qui seront les parties constituantes des travaux à venir.



Retour sur les notions de base de l'attachement



- > Qu'est-ce que l'attachement?
- > À quoi sert l'attachement?
- > Régulation et compréhension des émotions
- > Quels sont les patrons d'attachement?
- Qu'est-ce qu'un trouble de l'attachement? (Haugaard et Hazan, 2012; DeKlyen et Greenberg, 2008)
- > L'attachement: un facteur de protection dans le développement
- > Attachement à l'âge préscolaire et scolaire
- > Les modèles internes opérants (MIO)

Avant de présenter les enjeux de l'attachement à l'adolescence, il nous apparaît important et utile de revenir sur certains éléments de base de la théorie de l'attachement. Il est donc impossible de ne pas évoquer John Bowlby, à qui on doit le développement de la théorie de l'attachement. La première relation d'attachement se construit en effet dans l'enfance, pour ensuite se moduler et s'exprimer différemment selon les âges de la vie.

Qu'est-ce que l'attachement?

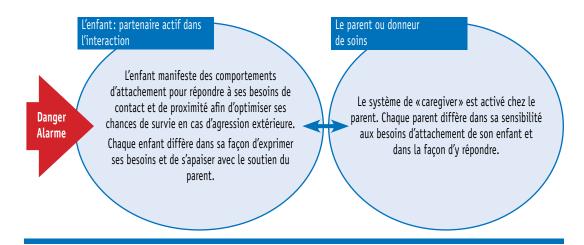
John Bowlby (1969, 1973, 1988) a été le premier chercheur à présenter un modèle cohérent et explicite de la relation mère-enfant et du processus par lequel ce lien se développe. Selon lui, le système d'attachement remplit deux fonctions principales:

- 1. protéger le nouveau-né vulnérable des dangers potentiels, et
- 2. réguler les émotions négatives encourues.

Le parent et son nouveau-né développent une relation de complicité, dans laquelle le parent détecte les signaux de détresse et de peur de l'enfant et y répond. Dès la naissance, le nourrisson manifeste des comportements d'attachement pour répondre à ses besoins de contact et de proximité, ce qui optimise ses chances de survie dans l'éventualité d'une agression extérieure. Ce sont des comportements qui éveillent chez le donneur de soins l'intérêt de s'occuper de lui. Les comportements d'attachement sont activés lors de toutes les situations alarmantes qui provoquent du stress et/ou de la détresse. Ce sont des signaux. Les comportements d'attachement (la capacité de succion [téter], la capacité à s'accrocher, la capacité à pleurer, la capacité à sourire, la capacité à suivre du regard) servent à assurer la proximité et la disponibilité du donneur de soins afin d'être protégé d'un éventuel danger. Plus l'enfant est jeune, plus il a besoin de quelqu'un de plus grand, de plus fort et de plus sage que lui pour le protéger (Cooper, Hoffman, Marvin et Powell, 2000). En vieillissant, l'enfant a un plus grand registre de comportements pour signaler ses besoins et pour être plus proactif dans la recherche de proximité.

La peur et les comportements d'attachement sont souvent activés simultanément. Il y a en bas âge une alarme qui s'active lorsque la figure d'attachement est absente ou perçue comme étant devenue inaccessible ou sans réaction (Ainsworth, Blehar, Waters, et Wall, 1978). Différentes situations font en sorte que les comportements d'attachement sont activés. Certaines sont liées à l'enfant – par exemple, celui-ci ressent fatigue, faim, maladie, douleur, inconfort (froid), etc. D'autres sont liées aux comportements du parent – par exemple, celui-ci est absent, s'en va, fait peur ou décourage l'intimité ou la proximité. Enfin, la présence d'événements alarmants dans l'environnement de l'enfant, par exemple des disputes ou de la violence conjugale, est aussi une situation provoquant ce type de réponse.

C'est lorsque l'enfant vit du stress (lorsqu'il est malade, apeuré, en conflit, stressé, etc.) que les comportements d'attachement sont le plus facilement observables.

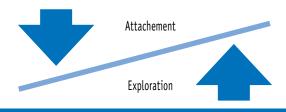


La manifestation de comportements d'attachement permet à l'enfant d'être protégé et apaisé. La sensibilité parentale, comportement par lequel le parent est capable de reconnaître et d'identifier les besoins de son enfant et d'y répondre de manière appropriée dans un délai acceptable, amènera l'enfant à acquérir un sentiment de sécurité qui lui permettra de recourir à son parent en situation de détresse (Bowlby, 1982). Ainsi, la sensibilité parentale joue un rôle important dans le type d'attachement que l'enfant développera envers avec son parent (Ainsworth, Bell et Stayton, 1971; Bowlby, 1982; Pederson et Moran, 1995).

Dans son rôle de donneur de soins principal, la mère agit aussi comme une base de sécurité qui encourage l'enfant dans l'exploration de son environnement (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978), de sorte que l'enfant puisse établir un équilibre entre la dépendance à sa figure d'attachement et l'exploration de son environnement.

Lorsque l'enfant est préoccupé par sa sécurité, alarmé, il n'est pas en mesure de faire des découvertes, d'explorer. Bowlby (1969) a conçu les comportements d'attachement et d'exploration comme des systèmes antagonistes mais interdépendants: l'activation du système d'attachement désactive le système d'exploration et vice versa. Il s'agit d'un véritable paradoxe, car l'attachement est le moyen par lequel l'enfant acquiert son autonomie.

Le danger réel ou potentiel constitue la clé soit de l'activation du système d'attachement, soit de l'inhibition du système exploratoire (Guédeney et Lamas, 2009). En d'autres termes, l'enfant va peu à peu créer un équilibre entre ces deux systèmes (Allen, 2008; Cassidy, 2008; Guédeney et Lamas, 2009).



La sensibilité parentale, c'est la capacité du parent à:

- Porter attention
 à l'enfant
- Détecter les signaux
- Bien les interpréter
- Répondre de façon appropriée
- Dans un délai raisonnable

À quoi sert l'attachement?

Un système motivationnel est lié à une fonction biologique spécifique et à un système comportemental qui interagissent pour permettre d'assurer l'adaptation et la survie de l'humain et de l'espèce.

Lemelin et al. (2012)

Bowlby (1988) s'est inspiré de la théorie évolutionniste. Selon lui, les espèces évoluent en s'adaptant à leur environnement. Lorsqu'un enfant vient au monde, ses chances de survivre seul sont nulles... L'enfant humain est, de toutes les espèces, celui qui naît et demeure le plus longtemps vulnérable. **Tous** les enfants, pour favoriser leur survie, ont le potentiel génétique nécessaire pour s'attacher à un adulte. L'attachement est considéré par Bowlby comme un instinct biologique pour assurer la survie des petits vulnérables. L'attachement est donc **un système motivationnel** et comportemental qui a des bases génétiques et dont les fonctions sont utiles à la survie (Guédeney et Lamas, 2009; Cassidy, 2008).

"Attachment is an evolutionarily advantageous regulatory system, designed to protect offspring by ensuring proximity to caregivers during times of stress and danger ('safe haven') and providing a foundation from which the child can explore his or her surrounding environment ('secure base'; Bowlby, 1988). According to Bowlby '... to stay in close proximity, or in easy communication with, someone likely to protect you is the best of all possible insurance policies'." (Moretti, Obsuth, Mayseless et Scharf, 2012, p. 81)

Il existe différents systèmes motivationnels ayant une fonction liée à la survie (Guédeney et Guédeney, 2009):

- 1. Système d'attachement: permet la proximité de l'enfant à un adulte afin d'assurer sa protection.
- 2. Système exploratoire: permet à l'enfant d'acquérir les compétences nécessaires pour améliorer ses chances de survie. Ce système et le précédent sont activés et désactivés par des signaux antagonistes.
- 3. Système peur-angoisse ou de vigilance: capacité de détecter la présence de choses effrayantes et de s'y adapter. Cette réaction active les comportements d'attachement.
- 4. Système du caregiving: le système parental du caregiving est le système complémentaire du système d'attachement chez l'enfant. Il permet la protection de l'enfant. C'est un système d'alerte à l'autre qui permet au parent de maintenir ou de rétablir la proximité physique et psychologique avec le bébé lorsque celui-ci est en situation d'alarme ou de détresse. Le système de caregiving du parent interfère avec ses autres systèmes et peut entrer en compétition avec eux. Par exemple, un stress intense peut activer le système d'attachement du parent et entraîner une extinction transitoire de son système de caregiving ou exploratoire.
- 5. Système affiliatif: l'homme est destiné à nouer des liens avec son entourage. Se rassembler augmente les chances de survie. En vieillissant, les enfants passent de plus en plus de temps avec les pairs et de moins en moins de temps avec les parents. Les systèmes d'attachement et affiliatif sont deux systèmes distincts mais étroitement liés. Le système affiliatif repose sur des échanges réciproques et mutuels.
- **6.** Système sexuel: permet la reproduction et donc la survie de l'espèce.

Brisch (2012) rappelle que la théorie de l'attachement n'explique qu'une partie du développement de la personnalité. Il s'agit cependant, selon lui, d'une partie cruciale en ce qui concerne l'établissement des relations interpersonnelles.

Régulation et compréhension des émotions

Une des principales fonctions de la relation d'attachement est d'aider l'enfant dans sa régulation émotionnelle. Cela débute avec une histoire répétée de petites détresses quotidiennes et de la réponse qui est donnée à l'enfant. Est-ce que l'enfant est réconforté par son parent? Est-ce qu'il s'apaise suffisamment pour recommencer à jouer, à explorer? Quelles stratégies l'enfant met-il au point pour composer avec le stress, les émotions négatives? Cet apprentissage se fait dans le cadre de la première relation. Un enfant qui se sent en sécurité est plus habile pour gérer ses émotions, il intériorise éventuellement des stratégies positives pour faire face au stress même en l'absence de sa figure parentale. Selon Kerns (2008), les enfants ayant un attachement sécurisant sont capables de reconnaître leurs émotions et d'en parler, et ont accès à des stratégies cognitives telles que l'évaluation de la situation. Ces enfants se caractérisent plus particulièrement par la capacité à comprendre les émotions négatives ou ambiguës. Ce phénomène s'expliquerait en partie par le fait qu'au cours de leur développement, ces enfants ont eu accès à des discussions ouvertes et fluides au sujet de leurs émotions et de celles de leurs parents (Dunn, 2002; Thompson, 2011). Il semble aussi que la sécurité de l'attachement rende l'enfant plus disponible et plus sensible aux états mentaux des autres. Lorsque les comportements d'attachement ne sont pas activés, l'enfant est capable d'explorer ses états mentaux internes et ceux d'autrui.

Quels sont les patrons d'attachement?

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, **TOUS** les enfants sont « programmés biologiquement » pour s'attacher. Ce qui diffère d'un enfant à l'autre, c'est la qualité des comportements d'attachement, laquelle varie en fonction de la qualité des réponses parentales.

Relativement à la théorie de Bowlby (1969), Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978) ont défini trois patrons d'attachement, sécurisant (B), insécurisant-évitant (A) et insécurisant-ambivalent (C), chacun présentant des caractéristiques distinctes.

Le parent d'un enfant chez qui s'est développé un patron d'attachement sécurisant (B) démontre une sensibilité aux demandes d'attention et de contact de son enfant et répond à ses besoins de manière adéquate. L'enfant sécurisé connaît ainsi des soins cohérents, sensibles et attentifs à ses besoins. Il apprend à exprimer ses besoins d'attachement ouvertement et clairement à son parent et se sent confiant, protégé et rassuré par celui-ci. Il parvient à établir un meilleur équilibre entre l'exploration autonome de son environnement et la proximité à son parent.

Le parent d'un enfant chez qui s'est développé un **patron d'attachement insécurisant-évitant (A)** est perçu comme étant relativement inaccessible et fermé aux signaux d'appel ou de détresse de son enfant. En réponse, l'enfant tend à masquer ses besoins d'attachement pour se protéger des sentiments douloureux et de rejet. Il manifeste beaucoup d'évitement physique et affectif envers son parent, en privilégiant l'exploration de son environnement et en minimisant la proximité à son parent lorsqu'il est en détresse.

Le parent d'un enfant ayant un **patron d'attachement insécurisant-ambivalent** (C) répond aux besoins de son enfant de manière inconstante: parfois il y est sensible, parfois il y est insensible. Cela suscite beaucoup d'incertitude chez l'enfant, qui montre alors de la résistance à l'égard de son parent ou une immaturité excessive, caractérisée par une exagération des comportements de détresse. L'enfant ambivalent adopte ces comportements dans le but de capter et de maintenir l'attention de son parent. Chez ces enfants, la préoccupation exagérée envers le parent amoindrit la qualité de l'exploration de l'environnement.

Malgré les différences majeures entre ces trois patrons d'attachement, un point en commun ressort: dans tous les cas, les enfants ont adopté des stratégies d'attachement organisées pour réguler leurs émotions en situation de stress même si certaines de ces stratégies sont insécurisantes (minimisation ou maximisation de la détresse). L'attachement sécurisant est un facteur de protection (Grossman, 2003) contre les effets des stress ultérieurs.

Par la suite, Main et Solomon (1990) ont défini un quatrième patron d'attachement: insécurisant-désorganisé (D). Ce dernier est caractérisé à la petite enfance par l'absence chez l'enfant de stratégies d'attachement cohérentes et organisées pour accéder au parent en situation de détresse. L'absence de stratégie se manifeste, entre autres, par des comportements contradictoires d'approche et d'évitement à l'endroit du parent et par de l'appréhension en sa présence (Main et Solomon, 1990). On parle aussi d'effondrement des stratégies. Plusieurs études ont montré que l'attachement insécurisant-désorganisé est associé à la manifestation de comportements parentaux menaçants ou apeurés en présence de l'enfant (Madigan, Moran, Schuengel, Pederson et Otten, 2007; Schuengel, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn et Bloom, 1999). Selon Main et Hesse (1990), l'enfant chez qui s'est développé un attachement insécurisant-désorganisé serait pris au cœur d'un paradoxe impossible à résoudre: sa source de réconfort est aussi sa source de peur.

Évaluation de la qualité du lien d'attachement dans l'enfance

Mary Ainsworth a élaboré en 1969 une procédure expérimentale (strange situation, ou situation étrangère) permettant de qualifier les comportements d'attachement. Un protocole suivi en laboratoire pendant une vingtaine de minutes et comportant des épisodes de séparation et de réunion ainsi que le contact avec une personne étrangère permet d'observer les comportements d'attachement de l'enfant. Une attention particulière est accordée aux épisodes de retrouvailles pour déterminer la typologie d'attachement de l'enfant avec son parent. Conçue d'abord pour les enfants de 12 à 18 mois, cette situation de laboratoire a été adaptée afin d'être utilisée avec des enfants plus vieux.

Pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire, certains outils permettent d'avoir accès aux représentations d'attachement à partir d'histoires à compléter en utilisant des figurines. Les scénarios proposés à l'enfant utilisent différents thèmes (blessure, terreur nocturne, séparation, retrouvailles) susceptibles d'éveiller ses représentations d'attachement, auxquelles on peut ensuite avoir accès en observant l'histoire qu'il élabore.

Qu'est-ce qu'un trouble de l'attachement? (Haugaard et Hazan, 2012; DeKlyen et Greenberg, 2008)

La théorie de l'attachement est fondamentalement une théorie portant sur le développement et non sur la pathologie.

Brisch (2012) décrit le développement de l'attachement sécurisant comme le pôle positif d'un continuum qui est traversé par l'attachement insécurisant, l'attachement désorganisé et le trouble de l'attachement avéré à son autre extrémité.

Selon DeKleyn et Greenberg (2008), il y a certains problèmes dans la définition du trouble de l'attachement. Premièrement, les critères diagnostiques du trouble de l'attachement reposent sur des comportements sociaux aberrants plutôt que sur les relations d'attachement comme telles et sur les conséquences de ce lien. Par exemple, un enfant peut avoir des manifestations de désordre avec le donneur de soins, mais pas avec d'autres adultes ni avec les pairs. Deuxièmement, le contexte d'apparition du trouble de l'attachement est défini comme un contexte de négligence grave ou de mauvais traitement, mais ce trouble pourrait se développer dans une relation stable et malsaine. Troisièmement, le trouble de l'attachement est par définition une difficulté relationnelle, et par le fait même trouve plus difficilement sa place dans un manuel diagnostique où l'individu devient porteur d'un trouble. Peu de chercheurs ont utilisé des mesures d'attachement en laboratoire dans l'étude des troubles de l'attachement. Il arrive qu'un enfant chez qui on a diagnostiqué un trouble de l'attachement ne présente pas d'indices d'insécurité dans la situation d'étrangeté. Plusieurs études seront nécessaires afin de comprendre plus précisément les formes de difficulté d'attachement qui pourraient être caractéristiques de la population de la protection de l'enfance ainsi que les avenues cliniques les plus prometteuses.

Si le diagnostic de trouble de l'attachement pose problème, bon nombre de chercheurs et de cliniciens sont d'accord avec Boris, Zeanah, Larrieu, Scheeringa et Heller (1998), qui tentent de différencier les troubles de l'attachement, qu'ils voient comme des formes de « non-attachement », des problèmes d'attachement caractérisés comme une « perturbation des liens d'attachement ». Les troubles de l'attachement sont décrits dans le DSM-5 et le CIM (classification des troubles mentaux et comportementaux provenant de la classification internationale statistique des maladies et des problèmes de santé connexes). Ce diagnostic est le fruit des efforts de différents théoriciens pour comprendre les perturbations de l'attachement et définir un seuil clinique relativement à des difficultés (Hodges et Tizard, 1989; Zeanah, 2000).

La façon de décrire les enfants qui en souffrent comme étant menteurs, manipulateurs et non empathiques et de leur faire porter divers autres attributs négatifs tend à occulter la reconnaissance de leur passé de négligence et de maltraitance, lequel pourrait expliquer certains des symptômes observés qui ne font pas partie du paradigme de l'attachement. Pour décrire ces enfants, la notion de trauma complexe conviendrait peut-être davantage, car l'expérience d'un attachement désorganisé se combine souvent avec un vécu d'expériences traumatiques, mais aussi souvent à des vulnérabilités génétiques. La maltraitance peut être associée à un attachement bien développé mais désorganisé, alors que le trouble de l'attachement serait davantage lié à une absence ou à une omission préalable aux troubles et dans des contextes: 1) de soins en établissement, 2) de changements répétés de figure principale d'attachement, ou 3) de présence de soignants identifiables mais extrêmement négligents, non intéressés à répondre aux besoins d'attachement de base. Une négligence grave et précoce et un donneur de soins indisponible semblent des critères nécessaires mais non suffisants pour expliquer le développement d'un trouble grave de l'attachement (Prior et Glaser, 2010). Dans l'étude du Minnesota faite à partir d'un échantillon à risque élevé, seuls deux ou trois des enfants (sur 180) auraient fait partie de cette catégorie. Il semble donc que la prévalence des troubles de l'attachement soit rare. Il est par conséquent important de distinguer le trouble de l'attachement d'un attachement désorganisé, le premier étant une condition nécessitant un traitement alors que la désorganisation de l'attachement est un facteur de risque important dans le développement de l'enfant et de l'adolescent.

Plusieurs études (Haugaard et Hazan, 2012; DeKlyen et Greenberg, 2008) démontrent que les troubles inhibés et désinhibés peuvent coexister dans les situations d'extrême négligence. La forme inhibée s'améliore le plus souvent lorsque l'enfant est adopté. Par contre, le trouble de l'attachement désinhibé peut persister même lorsque l'enfant est placé avec des parents sensibles, et même se présenter conjointement avec des comportements d'attachement structurés envers les soignants de l'enfant.

L'attachement: un facteur de protection dans le développement

Attachement sécurisant
= Facteur de protection
Attachement insécurisant
= Facteur de risque
Attachement désorganisé
= Facteur de risque élevé
associé à la
psychopathologie

Maintes études ont démontré qu'un attachement sécurisant chez un enfant constitue un facteur de protection important pour son développement global, puisqu'il a comme conséquences d'affecter l'expression de ses émotions, la communication dans ses relations futures et le développement de l'autorégulation de ses émotions, et conséquemment de créer un potentiel de résilience relativement à l'adversité (Tambelli, Laghi, Odorisio et Notari, 2012; Belsky et Cassidy, 1994, cité par Flaherty et Sadler, 2011; Cassidy, 2008). De plus, le développement des fonctions cognitives, adaptatives, sociales et relationnelles est également favorisé par un attachement sécurisant (Allen, 2008; Cassidy, 2008; Delage, 2008; Atger, 2007). En contrepartie, l'insécurité de l'attachement est plutôt associée aux développements négatifs dans les domaines mentionnés ci-dessus (Greenberg, Speltz et DeKlyen, 1993; Belsky et Cassidy, 1994; Belsky et Fearon, 2002; Carlson et Sroufe, 1995, cités par Flaherty et Sadler, 2011).

Il semble que la sécurité ou l'insécurité de l'attachement puissent aussi avoir un effet de façon plus indirecte (Prior et Glaser, 2010) dans d'autres domaines, dont

la compétence langagière et cognitive, la compétence au jeu, la communication et l'estime de soi.

L'importante étude du Minnesota connue sous le nom de « parent-child project » (Sroufe, Egeland, Carlson et Collins, 2009) démontre un lien entre:

- 1. l'attachement sécurisant dans l'enfance et un bon fonctionnement ultérieur;
- 2. l'attachement insécurisant et des difficultés émotionnelles et comportementales ultérieures.

L'étude permet aussi de faire une association globale entre l'attachement insécurisant-évitant et des problèmes de comportement, de l'agressivité et des affects négatifs ainsi qu'une association entre l'attachement insécurisant ambivalent ou résistant et de l'anxiété, un comportement passif et du retrait social. Finalement, on trouve aussi un lien entre l'attachement désorganisé et des comportements hostiles et agressifs et de la dissociation.

Attachement à l'âge préscolaire et scolaire

La théorie de l'attachement avance que tout au long de la vie, le système d'attachement est continuellement actif (Bowlby, 1988; Bretherton, 1985). À la période préscolaire et scolaire, de nouvelles habiletés de communication et de symbolisation de l'enfant modifient les interactions parent-enfant. Selon Bowlby (1969), l'enfant d'âge préscolaire est capable de se représenter et de gérer les croyances, buts et émotions qui sous-tendent une interaction à deux, et peut jouer un rôle beaucoup plus important dans le maintien d'un partenariat à buts corrigés efficace.

Partenariat à buts corrigés

Une collaboration se crée entre le parent et l'enfant pour résoudre des problèmes: c'est alors que la relation d'attachement se transforme en partenariat à buts corrigés. Au moyen de multiples négociations, l'enfant arrive à trouver un équilibre entre ses besoins d'attachement et son désir d'exploration (Bowlby, 1973; Van Ijzendoorn, 2005).

Le partenariat repose sur la capacité des deux partenaires d'adopter la perspective de l'autre, de communiquer ses plans et de participer à des échanges dans le but d'atteindre un but commun (Moss, St-Laurent et Humber, 2000). Un partenariat à buts corrigés efficace est caractérisé par une habileté à négocier verbalement des plans partagés qui peuvent entrer en conflit avec les motivations individuelles et repose donc sur des habiletés de régulation qui vont permettre de gérer une activation émotionnelle dans un contexte d'interaction pour atteindre le but visé. Plus l'enfant vieillit, plus il est capable de prendre en compte la perspective de l'autre. Exemple: « J'ai besoin de me rapprocher, car je suis triste, mais ma mère est occupée et je vais accepter d'attendre un peu. »

Une certaine proportion des enfants dont l'attachement était désorganisé à la petite enfance voient les comportements de désorientation et de désorganisation céder la place à diverses formes de contrôle et de prise en charge du parent (Main et Cassidy, 1988). Ces comportements de contrôle peuvent se manifester sous forme punitive ou attentionnée. Il semble que cette transition à un attachement

contrôlant ne se produise pas pour tous les enfants. Les études démontrent que de 25 à 33 % des enfants continuent de présenter des comportements de désorganisation semblables à ceux observés dans la petite enfance (Main et Cassidy, 1988). Il semble que le pourcentage d'enfants qui passent à des stratégies de contrôle soit plus faible dans la population des échantillons à risque élevé (Cichetti et Barnet, 1991). Il est important de se rappeler que le fait pour un enfant d'en venir, d'une manière ou d'une autre, à adopter des stratégies de contrôle et de prise en charge du parent témoigne d'une désorganisation profonde dans leurs rapports et que cela se fait au détriment de son bien-être. Il s'agit d'une stratégie d'adaptation qui permet de réduire le stress qui ne peut être régulé par la relation avec un parent sensible et disponible qui soutient l'enfant. Le fait que certains enfants continuent de manifester des comportements de désorganisation à l'âge scolaire pourrait s'expliquer par la nature imprévisible et chaotique d'un environnement familial caractérisé par plusieurs conflits conjugaux, ce qui pourrait compromettre la possibilité pour l'enfant d'organiser ce patron (Moss et al., 2011). De plus, pour que cette organisation se mette en place, le parent doit la tolérer ou abdiquer sa position afin que le renversement de rôle ait lieu.

Les modèles internes opérants (MIO)

MIO: les modèles internes opérants

Les MIO sont des représentations mentales qui se forment et se développent lors des interactions avec les figures d'attachement (Thompson, 2008). Dès la première année de vie, la qualité des expériences relationnelles vécues par l'enfant avec son parent s'intériorisent et mènent au développement de modèles internes opérants (Bowlby, 1969, 1982). Ces modèles auront comme fonction d'influencer la manière dont l'enfant se perçoit lui-même et perçoit les autres et les différentes situations sociales vécues (Bretherton, 1985). Il s'agit d'une conception qui oriente la personne dans sa manière d'aborder le monde et qui intègre le modèle de soi (plus ou moins apte à être aimé ou digne d'amour; lié à la valeur personnelle, à l'estime de soi), un modèle de l'autre (plus ou moins attentif et sensible et digne de confiance ou non) et un modèle des relations qui permet d'anticiper la réaction d'autrui, comme les pairs, les enseignants et les futurs amoureux (Bretherton et Munholland, 1999).

Les modèles internes opérants servent de guide dans la façon de se percevoir et de percevoir les autres et de se conduire dans les relations interpersonnelles.

Avec l'âge, ces modèles ont comme fonction d'influencer la manière dont l'enfant se perçoit lui-même et perçoit les différentes situations sociales vécues ainsi que les attentes qu'il entretient à l'égard de ses relations avec les autres (Bowlby, 1982; Bretherton, 1985).

Les enfants ayant un modèle interne opérant de type sécurisant construisent des représentations d'eux-mêmes comme étant compétents et des perceptions des autres comme étant des personnes fiables sur qui il est possible de compter (Bretherton, 1985; Cassidy, 1988). En étant guidés par de telles représentations, ils agissent de façon plus ouverte et agréable, ce qui suscite une aide positive et attendue de la part des autres. De plus, les enfants avec un attachement sécurisant se

décrivent généralement de manière plus positive que les enfants ayant un attachement insécurisant, tout en démontrant suffisamment de confiance en eux pour admettre leurs difficultés (Bureau, Béliveau, Moss et Lépine, 2006; Cassidy, 1988).

Quant aux enfants ayant un attachement de type évitant, ils construisent des perceptions d'eux-mêmes positives, mais irréalistes, mettant l'accent de façon excessive sur leurs habiletés à faire face aux situations difficiles sans l'aide d'autrui.

À l'inverse, les enfants ayant un attachement de type ambivalent se perçoivent comme très dépendants des autres et peu autonomes.

Finalement, les enfants désorganisés sont ceux qui, parmi les quatre groupes d'attachement, se décrivent le plus négativement. Cela serait attribuable à un manque de confiance en soi lié aux impulsions contrôlantes, hostiles et violentes que ces enfants perçoivent chez leurs parents, les personnes de leur entourage, et en eux-mêmes (Cassidy, 1988).

Avec l'accès à la pensée formelle, l'enfant développe ses capacités d'abstraction. Cela lui permet de « fusionner » ses MIO, c'est-à-dire d'unifier les représentations qu'il s'est faites de lui-même (modèle de soi) et celles qu'il s'est faites de la capacité de ses proches à répondre à ses besoins de sécurité (modèle d'autrui). Ainsi, il se construit une image de lui-même comme étant digne ou non d'être aimé et peut également anticiper la réaction de ses proches en matière de réponse à ses besoins d'attachement. Il intègre ces deux modèles en une représentation plus complexe et plus complète qui devient alors malléable grâce à ses expériences de vie. Les capacités métacognitives qu'il développe lui permettent d'avoir une meilleure compréhension de ses figures d'attachement, et possiblement aussi de les remettre en question (Allen, 2008; Miljkovitch, 2009; Cassidy, 2008; Delage, 2008; Flaherty et Sadler, 2011).

Cet aspect est donc central dans la compréhension de l'évolution de l'attachement à l'adolescence et sera abordé plus amplement dans la section suivante, qui traite des enjeux de l'attachement dans la population normative.



Attachement à l'adolescence : revue de la littérature



- > 2.1 Enjeux de l'attachement à l'adolescence dans la population normative
- > 2.2 Enjeux de l'attachement à l'adolescence dans la population clinique
- > 2.3 Recension des approches et des programmes d'intervention utilisant l'attachement comme cadre théorique et pouvant s'appliquer à l'adolescence

«Même si la nature du lien qui s'établit entre un enfant et ses parents ne se résume pas aux processus d'attachement, un dispositif de protection de l'enfance qui fonctionne sans avoir cette théorie et cette clinique parmi ses fondements n'a pas d'axe directeur, pas de boussole. Et les professionnels qui ne tiennent pas compte de cet ensemble de travaux sont comme des physiciens qui voudraient se passer d'une théorie aussi essentielle que celle de la gravité, de l'attraction universelle.» (Berger, 2008, p. 7)

Dès la rédaction de la charte du projet « Attachement à l'adolescence », il nous est apparu important de prévoir une recension des écrits. En effet, de nombreuses recherches sont menées relativement à l'attachement et une grande quantité de publications traitent de ce sujet, sous l'angle de la recherche mais aussi sous l'angle clinique. Bowlby (1988) avance que les processus d'attachement s'étendent tout au long de l'ontogenèse humaine, « du berceau à la tombe », mais jusqu'à tout récemment, l'attachement à l'adolescence a été tenu à l'écart des recherches scientifiques (Allen, 2008; Magai, 2008; Delage, 2008; Atger, 2007). Plus précisément, peu a encore été écrit pour comprendre sous cet angle le besoin des adolescents hébergés.

Un des éléments qui ont contribué la mise en place de notre groupe de travail est la publication d'un cadre provincial en attachement. Ce dernier contient une citation de Maurice Berger (2008) qui rappelle l'importance d'inclure ce cadre théorique dans le travail en contexte de protection. Dès le départ, notre groupe de travail s'est intéressé à ce qui s'écrivait concernant l'attachement à l'adolescence. Ainsi, plusieurs rencontres ont servi à faire la synthèse de certains écrits et à en discuter. Sans prétendre avoir fait une revue systématique et exhaustive de la littérature, nous avons organisé notre recension des écrits en trois sections:

- 2.1 Enjeux de l'attachement à l'adolescence dans la population normative
- 2.2 Enjeux de l'attachement à l'adolescence dans la population clinique
- 2.3 Recension des approches et des programmes d'intervention utilisant l'attachement comme cadre théorique et pouvant s'appliquer à l'adolescence

2.1 ENJEUX DE L'ATTACHEMENT À L'ADOLESCENCE DANS LA POPULATION NORMATIVE

2.1.1 Adolescence et puberté

Avant de parler des enjeux particuliers de l'attachement à l'adolescence, il est important de se rappeler brièvement les nombreux défis de cette période développementale.

Population normative?

Il apparaît utile de préciser ici le concept de population normative. Un échantillon normatif ou à faible risque concerne une population dans laquelle les deux extrêmes sont représentés en très petit nombre. La répartition des types d'attachement dans la population normative est environ de deux tiers d'attachements sécurisants et d'un tiers d'attachements insécurisants, dont environ 15 % de désorganisés. Le terme normatif n'est donc pas synonyme de normalité, mais d'une représentation statistique des pourcentages de types d'attachement que l'on retrouve dans cette population. Tous les types d'attachement sont représentés dans la population normative, mais l'attachement sécurisant y est représenté pour la majorité.

Selon Boris Cyrulnik (2001), il est important de faire la distinction entre la puberté et l'adolescence, qui ne sont pas des synonymes. La puberté inaugure une période très longue pour le jeune occidental contemporain, la période de l'adolescence. La puberté est la période de transition entre l'enfance et l'état adulte, où le développement sexuel a lieu et qui s'accompagne de transformations physiques, psychologiques, métaboliques et hormonales conduisant à la possibilité de procréer.

L'adolescence se prolonge donc bien au-delà de la puberté proprement dite.²

Selon Cyrulnik, l'adolescence est une transition qui n'existe que dans les sociétés plus favorisées, lesquelles donnent accès à une période tampon permettant aux jeunes de profiter d'un laps de temps pour poursuivre leur développement et l'épanouissement de leur personnalité.

La puberté débute lorsque l'hypophyse donne le signal de départ aux glandes sexuelles pour qu'elles commencent à faire leur travail (les ovaires chez les filles et les testicules chez les garçons). La principale hormone mâle est la testostérone, qui est produite par les testicules, tandis que l'œstrogène et la progestérone sont les principales hormones femelles, produites par les ovaires. Ces hormones sont responsables des changements physiques et affectifs qui caractérisent la puberté.

Tous les jeunes en bonne santé vivent la puberté, mais tous n'ont pas les mêmes armes pour faire face aux différents changements et aux stress inhérents à cette période, qui peut représenter pour certains un véritable bouleversement.

Changements physiques³

La puberté est la période de la vie où le corps passe de l'état d'enfant à celui d'adulte. Le corps se modifie et se développe (poids, morphologie et taille), les os et les muscles s'allongent.

La croissance s'accélère. L'adolescent s'approche de sa taille adulte à la fin de sa puberté. Son corps atteint la maturité sexuelle, et l'adolescent doit vivre avec ces nouvelles pulsions. Ces changements physiques influencent la perception de soi. Bien entendu, ils sont accompagnés de changements affectifs et sociaux radicaux et de leur lot de questionnements et d'inquiétudes.

Changements psychologiques

Le cerveau continue sa maturation, et le jeune accède à la pensée formelle. Si déjà après l'âge de six ans la taille du cerveau ne varie plus tellement, la matière grise, elle, continue à se développer.

Fonctions exécutive

Ce sont des capacités cognitives qui permettent d'exercer un contrôle conscient lors de l'exécution d'une tâche ou qui permettent l'adaptation à une nouvelle situation.

En voici quelques-unes:

Activation: maintenir rythme et effort soutenu permettant l'exécution d'une tâche **Inhibition de l'impulsivité:** contrôler son comportement et son attention, réfléchir avant d'agir, gérer les délais

^{2.} http://www.doctissimo.fr/html/sante/enfants/sa_315_puberte.htm

^{3.} http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=puberte_pm

Flexibilité cognitive: s'ajuster en fonction des contraintes, choisir une stratégie, résoudre un problème

Organisation et planification: capacité à organiser une série d'actions en une séquence optimale visant à atteindre un but

Mémoire de travail: retenir de l'information

Régulation émotionnelle: nommer les émotions, les comprendre, les nuancer, les gérer

La maturation des cellules nerveuses permet d'éliminer des connexions inutiles et de développer les fonctions de haut niveau ou exécutives. La partie du cerveau qui est responsable de ces fonctions est aussi celle qui mûrit la dernière: c'est le cortex préfrontal. L'adolescent atteindra la majorité bien avant que son cerveau soit terminé. Il n'est pas étonnant que l'adolescent agisse parfois avec immaturité: il n'a pas encore tous les outils pour évaluer toutes les conséquences de ses décisions, pour s'organiser, décider de priorités, etc.

Selon Hart (2011), le cerveau humain est sculpté neurone par neurone dans une proche interaction entre l'hérédité et les stimulations environnementales. La maturation du cerveau et le développement neuro-affectif (incluant la capacité de mentalisation et de représentations internes) dépendent donc de la qualité de la relation avec le donneur de soins.

Durant la puberté, le système limbique s'active plus facilement avec des stimuli émotionnels. Le moment de transition entre l'enfance et l'adolescence serait associé à un niveau accru de réactivité au stress (Gunnar, Wewerka, Frenn, Long, et Griggs, 2009). Les changements sont grands à l'adolescence, et cela exige un système nerveux central robuste et bien intégré pour gérer l'insécurité et les stress associés à cette période. Les réactions de l'adolescent durant cette réorganisation massive dépendent davantage du système limbique, et les structures qui inhibent certains comportements perdent leur force. À long terme, l'adolescent verra sa capacité de concentration augmenter ainsi que sa capacité d'inhiber les pulsions. Les structures de planification seront plus efficaces.

Hart s'intéresse aux impacts biologiques d'un attachement insécurisant. Par exemple, l'exposition à des soins inadéquats pourrait avoir des impacts sur la structure du cortex préfrontal en affectant la symétrie entre les deux hémisphères; cela crée des impacts sur l'expression des comportements et des émotions. Les expériences négatives renforcent les réseaux neuronaux associés aux émotions négatives au détriment du mécanisme d'inhibition préfrontal et des capacités cognitives abstraites et de mentalisation, et l'enfant est donc gouverné par la réponse à ses besoins immédiats et l'incapacité à réfléchir à ses comportements. Les structures de gestion du stress sont déficientes, et il y a des impacts sur la régulation des neurotransmetteurs (noradrénaline, dopamine, sérotonine). Ces neurotransmetteurs sont associés à la capacité d'attention, à la réponse au stress, au rythme circadien⁵ et à la plasticité neuronale.

 $[\]textbf{4.} \quad \texttt{http://www.masexualite.ca/fr/sexual-health/all_about_puberty/my-body-and-puberty} \\$

^{5.} Rythme biologique d'une durée de 24 heures environ. Le rythme veille-sommeil est celui qui marque le plus nos vies quotidiennes.

Pendant l'adolescence, le système nerveux entame une importante phase de développement après une période relative de ralentissement. Si la plupart des adolescents profitent de cette phase de croissance, cette étape est pour d'autres, particulièrement ceux ayant des retards développementaux, une période de vie d'envahissement émotionnel et de désorganisation. Un système nerveux qui est incapable de régulation et d'intégration relativement à des expériences précoces difficiles est particulièrement vulnérable et a de la difficulté à soutenir les changements majeurs du cerveau qui surviennent durant cette période. Il est important de savoir que lorsque nous sommes en état de stress, notre capacité à penser est atteinte. En effet, un stress intense peut amener un effondrement de ce potentiel au détriment de la mise en place de réactions plus primitives de survie. Ce sont les réactions que l'on regroupe habituellement sous les mots fuir, combattre ou figer (fly, fight, freeze). L'adolescent chez qui s'est développé une relation d'attachement sécurisante, qui a profité d'un environnement où les adultes ont joué pour lui un rôle protecteur, et qui n'a pas vécu de stress intenses et chroniques mais simplement des stress normatifs, construit un système de gestion du stress plus efficace et une meilleure capacité à réguler les émotions.

Changements affectifs

L'adolescence représente la période cruciale au chapitre de la construction de l'identité et de l'organisation de la personnalité. Cette étape amène parfois des comportements paradoxaux du fait que le jeune manifeste l'importance d'accentuer ce qui le différencie et le rend unique tout en étant très soucieux d'être accepté par ses pairs. Les changements hormonaux peuvent créer des changements brusques de l'humeur. Les inquiétudes et les stress provoqués par les déséquilibres et les changements peuvent aussi occasionner une surcharge alors que le jeune n'a pas encore tous les outils pour y faire face seul.

Changements sociaux

Les nouvelles capacités cognitives de l'adolescent lui permettent d'intérioriser des normes et des règles sociales plus complexes. C'est tout le réseau du jeune qui prend de l'expansion: élargissement du réseau, école plus grande, plus grand nombre de professeurs, relations amoureuses, etc. L'adolescent démontre un besoin d'appartenance et est soumis à diverses formes d'expériences et d'influences positives mais aussi négatives. La fréquentation des pairs influence ses goûts, ses choix. L'environnement exerce une pression sur l'adolescent afin qu'il devienne autonome. Le jeune peut aussi avoir ce besoin interne de se prendre de plus en plus en charge afin de se préparer à la vie adulte. Il doit progressivement faire des choix relativement aux structures sociales (conjoint, étude, métier) qui seront déterminants dans une société qui offre de plus en plus de choix, mais qui vit aussi plus de mouvance. Le soutien parental durant cette période de transition est fondamental.

2.1.2 Impact de ce passage sur l'attachement

Allen (2008) décrit l'adolescence comme une période de transformations profondes sur tous les plans. L'adolescence crée un stress important même dans une population normative. Selon lui, cette période marque le passage d'un état de

dépendance (receveur de soins) à un état d'adulte autosuffisant capable à son tour de jouer le rôle de donneur de soins (à des amis, à des partenaires amoureux, à des enfants).

Les nombreux défis de l'adolescence sont réalisés plus aisément au sein d'une relation d'attachement parentadolescent sécurisante!

Nous avons vu que, dans la petite enfance, la relation d'attachement est liée à la survie et que deux systèmes motivationnels agissent en complémentarité: le système d'attachement chez l'enfant et le système du donneur de soins chez le parent. Ce type de relation n'est pas mutuel et réciproque puisqu'il vise la sécurité du petit. Que se passe-t-il donc sur le plan de l'attachement à l'adolescence? Le jeune est moins vulnérable et dépend de moins en moins d'un adulte pour assurer sa survie immédiate. L'adaptation aux nouveaux défis qui se présentent à l'adolescence, sans être une période de bouleversement intense pour tous, contribue tout de même à l'activation du système d'attachement. Selon Atger (2007), l'enfant remanie, à chaque étape de son développement, l'équilibre entre ses besoins de sécurité et ses besoins d'autonomie. Les transformations enclenchées par la puberté imposent un remaniement des relations avec les figures d'attachement primaires. La grande majorité des adolescents ne vit pas de conflits majeurs avec ses parents (Cloutier et Drapeau, 2008). Cependant, l'adolescence est une période où les changements biopsychosociaux sont nombreux et entraînent notamment des négociations, des confrontations et une reconfiguration des liens au sein de la famille.

L'adolescence est aussi une période où le rôle du système comportemental d'exploration est au premier plan — exploration du monde physique comme pendant l'enfance, mais surtout, à cet âge, exploration de nouveaux rôles sociaux, de nouvelles relations, de la sexualité, de soi-même, de son corps et de ses émotions. Or, et c'est un point fondamental de la théorie, il existe un équilibre dynamique entre attachement et exploration, ce qu'illustre la notion de « base de sécurité » de Mary Ainsworth (1978). Dans cette perspective, il est clair qu'un attachement sécurisant favorisera l'exploration et donc le développement de l'autonomie, tandis qu'un attachement insécurisant sera susceptible de l'entraver.

L'attachement sécurisant favorise l'exploration et donc le développement de l'autonomie. Il est fondamental de comprendre que la distanciation n'est pas égale à un détachement.

Pour Mercer (2006), un équilibre doit être maintenu entre l'acquisition de l'autonomie et la poursuite du lien affectif avec les parents pendant que ceux-ci servent de base de sécurité à partir de laquelle l'adolescent explore le monde. De façon paradoxale, une des tâches pour laquelle l'adolescent a le plus besoin de soutien de la part de ses parents est la séparation d'avec ceux-ci! L'adolescent se retrouve dans une situation complexe: il a besoin du soutien de ses parents, mais il sent le besoin de résister à cette aide de peur de perdre son autonomie. L'âge auquel arrive la puberté diffère selon le sexe, et cela marquera cette période de façon différente pour les garçons et les filles (la puberté arrive en moyenne deux ans plus tôt pour elles). Les changements physiques liés à la puberté donnent une impulsion importante vers une distanciation affective d'avec les parents, car ces changements témoignent du fait que la relation ne peut plus être comme avant. Les familles qui ont une histoire positive où s'est développé un partenariat à buts corrigés ont plus de facilité à transformer les relations d'attachement dans des modèles aux rôles plus égalitaires. Dans ces relations, chacun peut offrir un certain niveau de réconfort et chacun a des buts qui sont indépendants de la relation. Dans ces situations, le parent peut continuer d'être un guide, un consultant et un soutien, l'adolescence étant une période où conseils et soutien peuvent être nécessaires.

Dans les familles où ce type de relation ne s'est pas développé, il est probable que le modèle interne partagé des relations sociales soit basé sur le pouvoir plutôt que sur la préférence pour une personne significative. Ce type de modèle ne valorise pas la négociation et le compromis mais s'organise autour de la capitulation du plus faible.

La négociation des règles avec l'adolescent peut être une technique de parentage très efficace mais elle demande temps, énergie et patience ainsi que l'acceptation qu'il est normal que les règles changent durant cette période.

La négociation de la séparation peut être plus douloureuse dans le cas d'un enfant parentifié, qui joue le rôle de confident et d'ami pour son parent. Le parent peut devenir effrayé par les mouvements d'autonomie de son enfant.

Plusieurs auteurs (Allen, 2008; Scharf et Mayseless, 2207; Atger et Allen, 1999) présentent le développement normatif de l'attachement en mettant en lumière des transformations développementales qui reflètent des changements importants dans le système d'attachement ou dans sa conceptualisation.

2.1.3 Enjeux de l'attachement à l'adolescence

La recension de la littérature a permis de retenir différents éléments essentiels à la compréhension des enjeux de l'attachement à l'adolescence. Ils sont présentés dans la section qui suit.

Construction d'un modèle d'attachement plus général

Avant l'adolescence, l'attachement est spécifique à une relation. À l'adolescence, les expériences multiples vont faire l'objet d'une intégration conduisant à la construction d'un modèle plus général (représentations) des relations d'attachement.

Cette transition est rendue possible par le développement de la pensée formelle. L'adolescent devient capable de construire, à partir d'expériences avec de multiples figures adultes (donneurs de soins), une position plus intégrée et généralisée de ses expériences d'attachement (Main, Kaplan et Cassidy, 1985).

De plus, les habiletés de raisonnement abstrait (Keating, 1990) de l'adolescent lui permettraient de mieux distinguer et comparer les différentes relations vécues avec ses figures d'attachement. Cette réorganisation en un modèle plus généralisé et abstrait de ses représentations d'attachement lui permettrait de mieux prédire les comportements futurs de ceux avec qui il construit de nouvelles relations d'attachement (Main et Goldwyn, 1985).

Il est maintenant possible de faire l'évaluation de l'attachement en regardant les représentations du jeune. Avant l'adolescence, l'enfant avait tendance à se représenter des expériences d'attachement avec des personnes différentes sans les relier entre elles. Par exemple: « Ma mère peut m'aider à me sentir mieux quand je ne me sens pas bien. » L'adolescent peut élaborer des conceptions plus complexes et intégrées basées sur ses expériences: « Je peux demander de l'aide à certaines personnes, mais pas à tout le monde. » Il se construit ainsi un modèle général qui est moins dépendant d'une relation particulière. Patricia Crittenden

parle de « métamodèle » (1990), et Mary Main « d'état d'esprit » vis-à-vis de l'attachement (1991).

Évaluation de la qualité du lien d'attachement à l'adolescence

Il existe différentes façons d'évaluer la qualité de l'attachement à l'adolescence (Salomon et George, 2011). Il est possible :

- d'évaluer la qualité des relations qui se sont développées entre le jeune et ses parents en observant la dyade, tout particulièrement lors d'une tâche de résolution de conflits;
- d'évaluer les représentations d'attachement:
 - a. à partir de questionnaires auto-administrés par exemple, faisant appel aux représentations conscientes,

b. à partir:

d'une entrevue, par exemple une version adaptée pour les adolescents du AAI (Entrevue sur l'attachement, Main et Goldwyn, 1998), au cours de laquelle les expériences vécues avec les parents dans l'enfance doivent être racontées afin de présenter de quelles façons elles sont perçues,

ou

- d'un test projectif, par exemple le AAP (George, West et Pettem, 1997, cité dans Béliveau et Moss, 2005) ou le projectif de l'attachement adulte; cet outil permet d'analyser les narratifs composés oralement à partir de sept dessins construits spécifiquement pour activer le système d'attachement qui servent à évaluer les MIO.

Les défis associés à l'évaluation de la qualité des relations entre le jeune et son parent en observant la dyade

Il est essentiel de s'intéresser à la qualité de l'interaction parent-enfant à l'adolescence. Cependant, l'observation des stratégies d'attachement à l'adolescence pose deux difficultés:

- > le besoin de la disponibilité du parent est moins fréquent et intense, ce qui implique que l'observation se centre davantage sur des signes subtils de sécurité dans l'interaction;
- durant l'adolescence, la façon dont le parent et l'adolescent communiquent à travers les conflits et en abordant les sujets plus délicats peut menacer l'estime de soi et devient l'aspect central du partenariat à buts corrigés; il faut donc, pour évaluer l'attachement, se centrer sur la façon dont la négociation permet à l'adolescent de maintenir son sentiment de sécurité et de confiance en la capacité de son parent de demeurer disponible, malgré les désaccords et les conflits.

Selon Ruth et Jacobvitz (2008), le partenariat à buts corrigés et la capacité à explorer librement les pensées et les émotions avec le parent seraient typiques d'un attachement sécurisant. Lyons-Ruth, Hennighausen et Holmes (2005) ont mis au point le GPACS, ou Goal-Corrected Partnership in Adolescence Coding System. Cette procédure consiste à enregistrer sur vidéo une séquence de réunion non structurée de cinq minutes entre l'adolescent et son parent après une période de séparation durant laquelle il y a eu des entrevues individuelles, suivies d'une tâche de résolution de conflits au moyen d'une discussion de 10 minutes sur un

sujet de désaccord choisi par les deux personnes. Il est alors important d'observer comment l'adolescent arrive à explorer librement ses pensées et ses sentiments avec son parent.

Lors de l'observation d'échanges entre le parent et l'adolescent, il est important de porter attention à plusieurs éléments:

- > Qui dans la dyade porte la responsabilité des tâches d'attachement?
- > Qui régule la tension quand elle augmente?
- > Qui sécurise?

Lorsque l'intervenant constate que c'est l'adolescent qui s'assure de la régulation émotionnelle de son parent, ou qui utilise des stratégies afin de garder son parent centré sur la tâche, il doit s'interroger sur le sens que prennent ses comportements, lesquels sont souvent liés à un attachement désorganisé.

Types d'attachement à l'adolescence

La typologie utilisée pour décrire l'attachement à l'adolescence est basée sur la classification conçue pour les adultes à partir d'une entrevue sur l'attachement (Adult Attachement Interview de George, Kaplan et Main, 1985). Bien qu'en continuité avec les patrons décrits dans l'enfance, les catégories sont nommées différemment par les auteurs. Dubois-Comtois et Cyr (2009) proposent de s'intéresser aux modèles de traitement cognitif mis au point par Bowlby (Main et Goldwyn, 1998). Nous les avons intégrés dans la description des typologies suivantes.

L'attachement autonome (sécurisant)

- > L'adolescent intègre de façon flexible les différentes expériences d'attachement, ce qui est caractéristique de l'attachement sécurisant ou autonome.
- > L'adolescent peut décrire ses relations d'attachement positives ou négatives de façon cohérente.
- > Il peut décrire ses affects et y intégrer à la fois les émotions positives et négatives de ses expériences passées.
- > Il considère les expériences d'attachement comme étant importantes dans son développement et présente ses parents comme étant dignes de confiance.
- > Lors d'une discussion ou d'une résolution de conflits avec son parent, il y a un équilibre dans l'alternance de tour de parole et réciprocité. Le parent communique un sentiment de chaleur. Le parent continue de jouer son rôle parental et guide l'interaction surtout dans les moments de vulnérabilité.

L'attachement distant (évitant)

- > L'adolescent démontre une incapacité à intégrer différentes informations liées aux expériences d'attachement (processus défensif: désactivation).
- > Il présente des difficultés à se rappeler les expériences d'attachement et un discours très peu émotif, valorisant l'indépendance et la force personnelle. Il démontre une absence de vulnérabilité.
- > Il reconnaît peu l'importance des expériences d'attachement dans son développement, en minimisant ou en niant les expériences négatives vécues et

- leurs conséquences. L'adolescent présente une vision idéalisée comportant des représentations positives non corroborées par des exemples concrets.
- > L'adolescent évitant rend difficile sa prise en charge. Les besoins émotionnels sont réprimés depuis longtemps et il se présente donc comme autosuffisant.
- > Il minimise ses problèmes et fait des efforts pour éviter les conflits et les émotions négatives.
- > Avec les pairs, il apparaît comme déprimé, solitaire, ou est perçu comme hautain, hostile, voire agressif. Il a peu d'amis proches et les amitiés sont soit superficielles, soit exclusives et ombrageuses.
- > Le parent et l'adolescent expriment les opinions durant un conflit, mais dans un ton généralement neutre et distancié. Le but de l'interaction est de réduire l'engagement affectif en minimisant le désaccord ou en évitant l'exploration de sujets chargés. Cependant, le parent ne renonce pas à son rôle parental et les deux partenaires partagent la responsabilité de structurer l'interaction.

L'attachement préoccupé (ambivalent-résistant)

- > L'adolescent redirige les informations liées à l'attachement afin de détourner son attention des événements ou des individus responsables de ses réactions émotionnelles. Ce faisant, il ne reconnaît toutefois plus les raisons qui expliquent ses états émotionnels (processus défensif: disjonction cognitive).
- L'adolescent se sent très impliqué et préoccupé par ses expériences d'attachement passées.
- > Il est submergé par les émotions (souvent négatives) associées aux souvenirs d'enfance.
- > Il ressasse les problèmes, fait preuve d'avidité relationnelle.
- > Il alterne avec ses parents entre des attitudes de dépendance et des mouvements de colère.
- > Il peut être perçu comme « collant » dans les relations avec les pairs et adopte souvent une position de victime.
- > Il est souvent centré sur ses blessures et émotions. Il alterne entre autocritiques et récriminations envers les autres.
- > Il a souvent recours à des comportements hostiles, autodestructeurs ou exaspérants pour obtenir de l'attention et exprimer sa colère ou son opposition.
- > Il ne crée pas de manière adéquate des relations extérieures à travers lesquelles il pourrait recevoir une reconnaissance et une validation.
- Le parent et l'adolescent argumentent de façon non productive sur des détails, ressassent des arguments de désaccords antérieurs mais qui ne montent pas suffisamment en escalade pour devenir ouvertement hostiles. L'objectif est de garder l'autre engagé affectivement dans une discussion superficielle. Le leadership parental est moins effectif, mais le parent évite l'escalade de la colère et ne laisse pas l'adolescent le prendre en charge.

L'attachement non résolu ou anxieux (désorganisé)

> Lorsqu'une expérience d'attachement constitue un trauma (p. ex., perte d'une figure d'attachement, abus sexuel ou physique) et que celui-ci est trop difficile à intégrer, cette expérience ainsi que les éléments affectifs qui y sont associés

sont complètement coupés de la conscience (processus défensif: la ségrégation). Toutefois, lorsque le souvenir de l'événement est réactivé par le contexte, l'adolescent ne possède conséquemment aucune stratégie pour intégrer ou contenir le matériel qui refait surface. En entrevue, le discours de l'adolescent est alors envahi par la peur et l'impuissance. Ces émotions le désorganisent et l'amènent à des passages à l'acte ou à l'expression de propos empreints d'hostilité ou d'une grande passivité. Le discours autour des événements traumatisants est souvent très incohérent et parfois même dissocié de la réalité.

- > Le manque de stratégie de régulation du stress est principalement dû au fait que l'événement traumatisant implique la figure d'attachement, qui n'arrive plus à servir de source de réconfort pouvant attribuer un sens au trauma, car elle représente la source même de peur qui contribue à l'activation du système d'attachement (Hesse et Main, 2006).
- > Le jeune présente des problèmes de raisonnement sur le plan du discours, surtout lors de la discussion d'événements traumatisants.
- > Il s'agit de la catégorie d'attachement la plus associée à la négligence et à l'abus.
- > La communication entre l'adolescent et son parent est déséquilibrée. Il y a présence de mouvements d'hostilité et d'impuissance. Lorsque l'adolescent a mis au point des stratégies de contrôle, cela se fait de façon plus subtile et efficace que dans l'enfance. Le jeune peut par exemple mener la discussion, utiliser l'humour. Il peut aussi y avoir présence de stratégies punitives ou maternantes ou des comportements désorganisés et désorientés.
- > Modèles internes opérants relatifs aux types d'attachement à l'adolescence Voici un tableau synthèse des modèles internes opérants des adolescents. Le premier symbole (+ ou -) représente la confiance en soi et en ses ressources, qui peut être positive ou négative. Le deuxième symbole représente la confiance en l'autre.

Attachement sécurisant

J'ai le sentiment d'avoir de la valeur et je fais confiance aux autres.

Je ne suis pas constamment préoccupé d'être abandonné et je suis capable de vivre de l'intimité dans mes relations amoureuses.

+ +

Attachement préocupé

J'ai une faible estime de moi, mais j'ai une image plutôt positive des autres. Je dépends facilement des autres. Je recherche fortement l'intimité dans le but d'obtenir la reconnaissance d'autrui. Je doute constamment de l'amour et de la sincérité de l'autre auquel je m'accroche parfois avec jalousie et colère.

- +

Attachement

J'ai le sentiment de ne pas avoir de la valeur et je ne fais pas confiance aux autres.

Je suis inconfortable dans l'intimité et je crains fortement l'abandon et le rejet.

_ -

Attachement détaché

Je suis capable de m'organiser par moi-même, mais j'ai une image plutôt négative des autres. Je me protège de l'intimité par de l'arrogance et de l'autosuffisance.

+ -

Typologie d'attachement et adaptation à l'adolescence

Comment les adolescents ayant différents modèles d'attachement arrivent-ils à naviguer à travers les défis de l'adolescence? L'importance de la qualité du lien d'attachement actuel avec les parents est un élément central dans le processus d'autonomisation. Les travaux d'Allen, par exemple, mettent en évidence une forte corrélation entre la présence de comportement de recherche d'autonomie chez les adolescents et des indices d'une relation positive avec les parents (Allen, Hauser, Bell et O'Connor, 1994). En général, un état d'esprit autonome donne à l'adolescent les ressources optimales ainsi que les compétences et le contexte familial pour faire face aux tâches de développement de cette période de la vie. L'adolescent ayant un état d'esprit autonome a plus de facilité à se distancier de ses parents, à se comporter de façon indépendante et avoir confiance en ses propres capacités. Il peut bâtir des relations intimes dans ses relations amicales et amoureuses et diversifier ses relations affectives. La sécurité de l'attachement chez l'adolescent est fortement associée à la capacité de dé-idéaliser son parent ainsi qu'à l'accordage affectif et au soutien reçu à travers cette relation. Il est sûrement plus facile d'argumenter avec son parent lorsque l'attachement est solide. L'attachement sécurisant est aussi associé à des qualités positives dans les relations d'amitié et à un meilleur degré d'intégration au groupe. Parmi un groupe d'adolescents à risque, le fait d'avoir une relation d'attachement sécurisante est associé à une sexualité moins précoce, à un moins grand nombre de partenaires et à un usage plus responsable d'un mode de contraception. Cela pourrait impliquer une approche de qualité plutôt que de quantité dans les relations amoureuses. Les personnes autonomes sont perçues par les pairs comme moins anxieuses, plus résilientes et moins hostiles, ayant aussi de meilleures habiletés sociales.

L'insécurité de l'attachement ne représente pas une pathologie en soi. L'insécurité serait cependant un facteur de risque pour le développement de troubles psychiques. Faire face aux défis de l'adolescence est moins évident pour les adolescents qui ont un attachement insécurisant. Les trajectoires pourraient être différentes selon que l'attachement est évitant ou préoccupé. Généralement, les données recueillies par la recherche suggèrent que les personnes qui ont un type d'attachement préoccupé trouvent la transition de l'adolescence plus difficile que les personnes ayant un attachement de type évitant.

Dé-idéalisation des parents

L'adolescent sécurisé devient capable de dé-idéaliser le parent, donc de voir ses forces et ses faiblesses. La distance réelle qui s'opère progressivement permet à l'adolescent d'évaluer de façon plus réaliste son expérience, le rendant ainsi moins dépendant de son parent (Main, Goldwyn et Hesse, 2003). L'adolescent peut intégrer cognitivement les attributs autant positifs que négatifs de ses parents (Steinberg, 2005). La capacité des adolescents à déterminer les limites des parents à agir en tant que figures d'attachement fait en sorte que l'adolescent est maintenant capable de diriger ses besoins d'attachement à la figure ayant le plus de chance d'y répondre adéquatement (Allen, 2008). En effet, l'adolescent se rend parfois compte que certains individus sont plus aptes à répondre à ses besoins d'attachement que d'autres (Allen, 2008). Cette ouverture à former un lien d'atta-

chement avec d'autres permet à l'adolescent de réviser ses modèles internes, de réinterpréter ses expériences relationnelles antérieures à la lumière des nouvelles relations. Il semble que cette ouverture vers d'autres expériences puisse contribuer à la formation d'une relation d'attachement avec un intervenant ou un thérapeute. Il est important de noter que les adolescents attachés de façon insécurisante qui réussissent à avoir ce regard distancié pourront plus aisément investir dans des relations sécurisantes avec d'autres.

De nouvelles capacités cognitives influençant l'attachement

L'adolescent devient capable de métacognition (conscience ou capacité à réfléchir sur son processus de pensée ou son état d'esprit). L'adolescent peut intégrer ses besoins et ses désirs actuels de façon plus souple et se représenter plus finement ceux de ses parents. Des acquis relatifs à la communication et cette capacité à comprendre la perspective de l'autre sont essentiels pour l'aider à réussir la tâche développementale de la séparation d'avec le parent. Fonagy et Bateman (2012) se sont intéressés à la mentalisation. La mentalisation est une fonction du cortex préfrontal. La capacité à mentaliser se développe d'abord à partir des relations précoces de l'enfant avec le donneur de soins. Il est possible de faire des liens avec cette activité cognitive, qui évolue, et la capacité nouvelle et progressive qu'acquiert l'adolescent à réfléchir de façon abstraite et à faire des liens plus complexes entre des éléments. La mentalisation, ou fonctionnement réflexif, est entre autres la capacité à comprendre le comportement (le sien et celui des autres) en considérant ses propres états mentaux sous-jacents et ses intentions tout autant que ceux des autres. C'est d'abord le parent qui, lorsque l'enfant est tout petit, exerce cette fonction pour celui-ci. Pour ce faire, le parent doit avoir la capacité de voir son enfant comme un être individué qui a ses intentions, ses émotions et ses désirs. À travers tous les gestes quotidiens, le parent donne un sens à ce que l'enfant vit, autant sur le plan des sensations physiques que sur le plan émotionnel. Ainsi, l'enfant apprend à donner un sens à ses réactions, à ses comportements et à ceux d'autrui. Un attachement sécurisant est essentiel à la mise en place de la mentalisation et à la construction d'un sentiment de soi solide. En reflétant les états internes de l'enfant, le parent aide celui-ci à consolider la compréhension d'une expérience interne dont il n'est que vaguement conscient au départ. Le rôle de miroir joué par le parent permet à l'enfant de convertir une expérience sensorielle, physique, en une conscience mentale.

Partenariat à buts corrigés à l'adolescence

Les nouvelles capacités de l'adolescent sur le plan cognitif influent aussi sur le partenariat à buts corrigés qui s'était développé dans l'enfance et le modifient. Ce « partenariat corrigé quant aux buts » (goal-corrected partnership, Bowlby, 1973) apparaît dès les premières années de la vie, mais il atteint un nouveau degré de complexité et d'ajustement du fait de la capacité augmentée de l'adolescent de mettre en perspective différents éléments qui interviennent dans la relation. Cette sophistication du partenariat explique le recours moins fréquent aux parents comme figures d'attachement. Leur rôle reste important pour assurer son sentiment de sécurité interne, mais les interactions sont plus ponctuelles. Le partenariat à buts corrigés permet aux membres de la dyade de négocier et de

La mentalisation, c'est...

Une fonction réflexive qui permet la compréhension de ses propres comportements et des comportements des autres en ce qui a trait aux états mentaux.

«Qu'est-ce qui motive mes comportements et ceux des autres?»

Cela permet d'acquérir un sens de soi et un sens de l'autre et une capacité d'empathie et de connexion aux autres. modifier leurs buts et leurs comportements afin de maintenir en équilibre le besoin de proximité à la figure d'attachement et l'exploration de l'environnement. C'est à travers cette relation à buts corrigés plus élaborée que l'adolescent est en mesure de devenir plus indépendant vis-à-vis de son parent, tout en maintenant un contact avec lui (Allen, Hauser, Bell et O'Connor, 1994).

Équilibre nouveau entre les comportements d'attachement et d'exploration

Un des enjeux premiers est la création d'un nouvel équilibre entre les comportements d'attachement (et les cognitions qui y sont liées) envers les parents et les besoins d'exploration de l'adolescent. Les compétences que ce dernier acquiert à un rythme rapide à cet âge diminuent son besoin de dépendance envers les figures parentales. En même temps, le besoin intense d'explorer et la maîtrise de nouveaux environnements favorisent le système d'exploration.

Capacité à s'éloigner du parent

Une des tâches fondamentales de l'adolescent concernant l'attachement est de développer sa capacité à s'éloigner du parent. Au début de l'adolescence, on constate une prise de distance vis-à-vis des parents. Le temps passé avec eux, la proximité émotionnelle entre les adolescents et leurs parents ainsi que le recours à leur avis pour prendre des décisions se réduisent très fortement. La séparation s'établit sur les bases d'un « effort négocié », qui sera facilité dans le cas des attachements sécurisants. Comment expliquer la tendance universelle des adolescents (même ceux qui sont attachés de façon sécurisante à leurs parents) à se distancier et même à délibérément s'éloigner d'eux en situation de détresse? La distanciation sert un but en matière d'évolution liée à la survie de l'espèce, soit celui de promouvoir l'autonomie, l'indépendance et l'individuation. Ce qui est intéressant dans ce processus d'individuation, c'est qu'il est accompagné d'une «connectivité» avec le parent. En général, la majorité des adolescents aiment avoir une relation proche et chaleureuse avec leurs parents, désirent l'approbation et le respect de ceux-ci, les consultent et se tournent vers eux en situation de détresse, et la majorité des adultes continuent d'avoir une relation proche et significative avec leurs parents. Même si les adolescents paraissent moins s'investir affectivement et que cette relation pénètre moins les différents aspects de leur vie qu'elle le faisait avant, ils tendent à définir de façon plus égalitaire et mutuelle la qualité de la relation à leurs parents et ne renoncent pas à leurs parents comme figures d'attachement. Même si les primates se désengagent complètement à la puberté et quittent les parents pour de bon, cela ne représente pas la trajectoire normative pour l'humain. Après avoir réussi à diminuer l'investissement affectif envers leurs parents, avoir réussi à former des attachements hors de la famille d'origine et s'être prouvé qu'ils peuvent fonctionner de façon autonome, ils deviennent désireux et capables de pouvoir compter sur leurs parents.

Besoins d'attachement et recherche de proximité à l'adolescence

À l'adolescence, ce qui provoque une recherche de proximité avec la figure d'attachement est plus rarement une menace à la survie, une détresse extrême ou un

risque imminent d'une désorganisation émotionnelle. Le plus souvent, il s'agira de besoins plus subtils. Le système d'attachement continue de s'activer devant un danger potentiel, mais ce danger peut aussi être psychologique, comme la peur d'être abandonné, rejeté, etc. Les stratégies comportementales et adaptatives et les MIO (modèles internes opérants) entrent alors en jeu et vont influer sur l'interprétation et la compréhension des situations. Les relations d'attachement primaires demeurent centrales, et il demeure important de considérer l'impact réel des différentes relations et pas seulement la construction psychique. Les soins recus à l'adolescence continuent à contribuer à la formation des stratégies comportementales et adaptatives d'attachement (Zimmermann, 2000). Les parents demeurent longtemps la première référence lors de stress intense (Steinberg, 1990). Bowlby (1969) a d'emblée insisté sur le fait que les liens d'attachement restent intenses avec les parents, tandis que d'autres liens importants se mettent en place à cette période. Les adolescents peuvent être moins souvent désemparés que les jeunes enfants, mais lorsque cela se produit, le besoin de se tourner vers leur parent peut se manifester de façon intense. Les parents demeurent des figures sécurisantes importantes (Delage, 2008; Zimmerman, 2000; Allen, 2008; Pascuzzo, 2011). L'adolescent sécurisé désire préserver sa relation avec son parent. Par exemple, avant de faire une action pouvant aller à l'encontre d'une règle établie par son parent, l'adolescent considérera ses propres besoins relativement à ceux de son parent, afin d'éviter de poser un geste qui pourrait nuire à sa relation d'attachement (Allen et Land, 1999). Les études démontrent que le développement de l'autonomie de l'adolescent est plus aisément réalisé, non pas en coupant les liens d'attachement parent-enfant, mais en maintenant une relation d'attachement sécurisante avec eux (Allen, Hauser, Eickholt, Bell et O'Connor, 1994; Fraley et Davis, 1997). Ainsi, les parents ne sont jamais complètement radiés de leur rôle de figures d'attachement: ils deviennent plutôt ce que Weiss (1982) appelle des « attachment figures in reserve »⁶. Les études montrent que dans des conditions de stress extrême, les adolescents se tournent vers leurs parents et continuent à les utiliser comme figures d'attachement (Fraley et Davis, 1997; Steinberg, 1990). Comme le suggère Weiss (1982), à l'adolescence, contrairement à la période de l'enfance, ce n'est pas la disponibilité physique constante du parent qui contribue au sentiment de sécurité de l'adolescent, mais plutôt le sentiment de confiance que le parent est présent pour lui. Ces études suggèrent qu'avec la maturité cognitive et émotionnelle croissante des adolescents, leur sentiment de sécurité est lié à la capacité du parent à agir comme un allié compétent. En effet, des observations cliniques montrent que la facilité avec laquelle l'adolescent gère l'indépendance grandissante qui s'installe entre lui et ses parents est grandement influencée par le sentiment de confiance, de respect mutuel et de bon rapport qu'il a créé avec ses parents (Bloom, 1980; Blos, 1975). Ainsi, le rôle du parent durant cette période développementale est de promouvoir la croissance personnelle et l'autonomie de l'adolescent tout en demeurant accessible et disponible en cas de besoin.

^{6.} Traduction libre: figures d'attachement en réserve ou disponibles au besoin.

Liens entre les représentations d'attachement et la relation réelle avec les parents

Les travaux de Freeman cités par Allen (1999) et portant sur un groupe de sujets sains illustrent bien les liens entre «état d'esprit» vis-à-vis de l'attachement et relations avec les parents. Parmi les adolescents qui ont un état d'esprit sécurisé, la très grande majorité (80%) désignent leurs parents comme figure d'attachement principale (le plus souvent leur mère). Dans le groupe des adolescents «insécurisés-détachés», c'est un ami ou un membre de la fratrie qui est désigné le plus souvent (2/3 des cas), mais 1/3 d'entre eux se désignent eux-mêmes. Enfin, les adolescents «insécurisés-préoccupés» comme les «insécurisés-détachés» désignent le plus fréquemment leurs amis ou leur fratrie comme principale figure d'attachement, puis ce sont les parents qui sont cités par un tiers d'entre eux. Ainsi, les adolescents sécurisés communiquent plus facilement avec leurs parents, et en particulier sur les problèmes qui concernent l'attachement et la sécurité.

Différence entre attachement et dépendance

Il est important de faire la différence entre attachement et dépendance. Pendant les premières semaines de la vie, un bébé est dépendant de son (ses) parent(s), mais pas encore attaché. Un attachement sécurisant implique la confiance dans la disponibilité de base de sécurité et est associé à l'exploration et à l'indépendance plutôt qu'à la dépendance. La dépendance chez les enfants plus âgés et les adultes est généralement perçue comme problématique. Le lien, parfois fait à tort, entre le comportement d'attachement qui se manifeste de façon normative dans les situations de stress et la dépendance chez les enfants plus âgés ou les adultes amène parfois à confondre les deux et à considérer le comportement d'attachement comme une régression. Bowlby parle alors d'une effroyable erreur de jugement (dans Prior, V., Glaser, D. Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement. Théorie, preuve et pratique, De Boeck, Bruxelles, 2010).

Attachement et qualité des relations avec les pairs

Il existe un lien étroit entre l'organisation de l'attachement d'un adolescent et la qualité de ses relations avec les pairs, une expérience primaire positive devant nécessairement influer sur le développement ultérieur. La sécurité de l'attachement ressort dans plusieurs études comme un prédicteur de compétence dans les relations sociales. À l'inverse, les organisations insécurisantes se caractérisent par des biais dans le traitement de l'information, ce qui peut entraîner des communications négatives et sujettes à des distorsions et, par extension, à des difficultés de fonctionnement social. De plus, l'inconfort devant les sentiments liés aux expériences d'attachement peut conduire les adolescents à des stratégies d'évitement des relations avec les pairs qui pourraient devenir des amis.

Transformation de relations d'amitié en relation d'attachement

Il y a aussi des transformations possibles dans les relations avec certains pairs. Dans l'enfance, les relations avec les pairs ne sont pas des relations d'attachement. L'adolescent développe au fil du temps des relations d'attachement autres qu'avec le donneur de soins. Il ne devient pas d'un coup indépendant de ses parents: il transfère progressivement sa dépendance aux parents à de la dépendance aux pairs. La hiérarchie des figures d'attachement subit graduellement une restructuration importante (Furman et Buhrmester, 1992; Hazan et Zeifman, 1994; Weiss, 1982). À la mi-parcours de l'adolescence, les relations avec les pairs vont progressivement être des sources d'intimité, de rétroactions sur les comportements sociaux, d'influence sociale et d'informations et, ultimement de relations sexuelles et amoureuses. Les pairs peuvent procurer un sentiment de sécurité et aider à réguler la détresse dans des situations modérées d'alarme ou de peur. Les adolescents ont une capacité accrue (liée à la capacité cognitive) à détecter les occasions de rapprochement avec des figures d'attachement potentielles (se rapprocher d'un grand frère lors d'un divorce des parents, par exemple). Ces relations n'ont cependant pas la même intensité que la relation aux parents. C'est à la fin de l'adolescence que les relations à long terme se mettent en place dans lesquelles les pairs (qu'ils soient des partenaires amoureux ou des amis très proches) peuvent devenir des figures d'attachement qui ne remplacent pas la relation aux parents, mais fournissent des occasions diversifiées d'assurer un sentiment de sécurité (Buhrmester, 1992). À partir de quel moment une relation amicale devient-elle une relation d'attachement? Selon Ainsworth (1989), il y a cinq critères qui permettent de distinguer une relation d'attachement d'une autre relation sociale. Ces critères nous permettent de bien voir la différence entre un partenaire de jeu ou un ami dans l'enfance et une figure d'attachement:

- 1. la recherche de proximité;
- 2. la manifestation de détresse face à une séparation inexpliquée;
- 3. le plaisir ou la joie à la réunion;
- 4. la douleur face à la perte;
- 5. les comportements de base de sécurité (leur présence permet une meilleure exploration).

Un sixième élément a été ajouté par Rosenthal et Serwik (2005): la personne doit voir la figure d'attachement comme étant engagée à être disponible au besoin, et cela, dans une continuité dans le temps.

Les différences individuelles dans les stratégies d'attachement à l'adolescence

Les différences individuelles dans les stratégies d'attachement perdurent à l'adolescence. Il est important de s'intéresser à la qualité des relations réelles et non uniquement aux représentations. Pour évaluer la qualité des relations avec les donneurs de soins primaires, deux cibles, la communication et la résolution des conflits deviennent des cibles d'observation centrales.

Communication parent-adolescent

Dans les dyades des adolescents attachés de façon sécurisante, la communication est ouverte et permet l'intimité. Un parent sensible aux états internes de l'adolescent est un prédicteur de sécurité. Par exemple, la mère est capable de prédire la réponse que son jeune donnera à un inventaire de perception de soi. On ne sait pas si c'est de la sensibilité du parent que découle la sécurité de

l'adolescent ou si c'est la sécurité de l'adolescent qui amène chez celui-ci une communication plus ouverte sur ses états internes, ce qui créerait une plus grande sensibilité chez son parent. Chez les adolescents à l'attachement de type évitant, la communication serait pauvre. Chez les adolescents ambivalents, il y a une tendance à exagérer la détresse, les symptômes, alors qu'ils seront évalués moins fortement par les parents et les pairs, comme si l'adolescent n'était pas clairement entendu ou cru. La difficulté pour l'adolescent de traduire et de communiquer ses états internes à autrui serait un important marqueur d'insécurité. Il y aurait différents éléments qui interagissent pour expliquer cette difficulté : en effet, la difficulté de communication chez l'adolescent peut s'expliquer par la tendance à se relier à des personnes moins réceptives, en écho possiblement au manque de sensibilité du parent.

Résolution de conflits dans la dyade

Une autre cible permettant d'évaluer la qualité des relations entre l'adolescent et son parent réside dans les stratégies utilisées pour résoudre la tension entre l'attachement et le processus d'autonomie. L'observation des périodes de conflits devient alors une cible importante. Les dyades sécurisées font une résolution de conflits basée sur la recherche commune de solutions tout en étant centrée sur le maintien de la relation. Le partenariat à buts corrigés s'établit sur la base d'une bonne capacité de communication concernant les perspectives divergentes et les besoins respectifs des parents et des adolescents, ainsi que sur une volonté des deux parties de permettre au jeune de chercher l'autonomie tout en maintenant la relation parent-adolescent. Les adolescents à l'attachement de type évitant démontrent le moins d'autonomie et d'engagement en interaction avec le parent. Les adolescents préoccupés se retrouvent dans des argumentations sans fin qui ne mènent à rien. Un dilemme important existe pour ces adolescents: le stress soulevé par les enjeux de « séparation » et les conflits activent le système d'attachement, lequel provoque une recherche de proximité. Cela induit donc une forme de cercle vicieux sans dénouement possible.

Stratégies de régulation émotionnelle

À l'adolescence, une des principales étapes développementales à franchir est la capacité d'explorer et de gérer ses propres émotions internes (Allen et Land, 1999). Plusieurs études ont montré que les stratégies de régulation émotionnelle des adolescents sont étroitement liées à leur style d'attachement. Notamment, Howard et Medway (2004) ont montré que la présence de stress chez les adolescents ayant un attachement sécurisant déclenchait une augmentation de la communication parent-enfant et une diminution de stratégies centrées sur l'évitement négatif (par exemple: consommation de drogues ou d'alcool), et ce, même si les adolescents sécurisés rapportaient moins de stress que les adolescents avec un style d'attachement insécurisant. D'autres études ont montré que les adolescents sécurisés recherchent et acceptent plus facilement le soutien interpersonnel (Armsden et Greenberg, 1987; Simpson, Rholes et Nelligan, 1992).

Les travaux de Thompson (1994) soulignent la présence de deux catégories de stratégies de régulation émotionnelle: 1) l'orientation de l'attention (orientation sur la tâche, stratégies d'évitement, stratégies centrées sur les émotions) et 2) la recherche du soutien social (tendance à exprimer ses émotions, recours au soutien social). Les stratégies de régulation des émotions des adolescents lors de tâches de résolution de problème vont également dans le même sens. Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming et Gamble (1993) ont montré que dans des situations de résolution de problème entre un adolescent et son parent, les adolescents ayant des représentations d'attachement sécurisant-autonome manifestaient moins de colère et d'évitement lors de tâches de résolution de conflits, alors que les adolescents ayant des représentations d'attachement détaché (évitant) présentaient davantage de colère et de contrôle maternel. Pareillement, Zimmermann, Maier, Winter et Grossmann (2001) ont trouvé que durant une tâche de résolution de problème avec un ami, lorsque la tâche était difficile à résoudre et que les émotions négatives étaient intenses, les adolescents insécurisés à l'Entrevue de l'attachement adulte (EAA; George, Kaplan et Main, 1985) démontraient plus de comportements perturbateurs envers leurs pairs.

Les études ont également relevé diverses stratégies de régulation émotionnelle liées aux différents styles d'attachement à l'âge adulte. Notamment, les adultes sécurisés détournent plus facilement leur attention des émotions négatives (Cole-Detke et Kobak, 1996), expriment leurs émotions plus facilement (Zimmermann, 1999), et partagent davantage leurs expériences émotionnelles avec leurs proches (Kobak et Sceery, 1988; Mikulincer et Florian, 1995; Mikulincer, Florian et Weller, 1993; Mikulincer et Nachson, 1991). Mikulincer et Shaver (2003, 2007) avancent que lorsqu'un danger potentiel est perçu, l'individu sécurisé demeure convaincu que sa figure d'attachement amoureuse sera attentive et disponible pour répondre à ses besoins et atténuer sa détresse. Ces croyances augmentent son sentiment de sécurité, ce qui désactive son système d'attachement et lui permet de recourir à des stratégies de régulation émotionnelle adaptées pour gérer ses difficultés.

Pour ce qui est des individus ayant des patrons d'attachement insécurisants, Mikulincer et Shaver (2003) proposent des stratégies distinctes de régulation émotionnelle selon les sous-catégories d'attachement insécurisant. Ainsi, lorsque les individus ayant un style d'attachement détaché se sentent menacés, ils visent à maintenir leur système d'attachement désactivé. Ils sont ainsi plus portés à inhiber et à contrôler leurs émotions en employant des stratégies d'évitement. Bien que ces adultes éprouvent un stress important sur le plan physiologique, ils n'expriment pas leurs émotions et ont rarement recours à leur réseau social pour gérer leurs états émotionnels internes (Mikulincer et Florian, 1995; Mikulincer et al., 1993; Mikulincer et Nachson, 1991). Cela est contraire aux adultes préoccupés, qui se sentent anxieux à l'égard de la disponibilité et de la capacité de leur figure d'attachement à répondre à leurs besoins. Ces préoccupations alimentent leur anxiété et maintiennent leur système d'attachement activé, les menant à adopter des stratégies de gestion centrées sur les émotions négatives (par exemple: demeurer hypervigilant aux signaux de perte possible, ruminer des scénarios négatifs; Kobak et Sceery, 1988; Mikulincer et Florian, 1995; Mikulincer et al., 1993). Ils se sentent aussi impuissants à gérer leurs émotions, qui sont souvent exagérées par rapport à la situation (Cassidy, 1994; Mikulincer et Florian, 1995). Très peu de chercheurs ayant étudié les stratégies de régulation émotionnelle se sont intéressés au modèle d'attachement anxieux. Carlson (1998) suggère que les adultes ayant présenté un attachement de type désorganisé durant leur enfance démontrent des symptômes plus élevés de dissociation lors du passage à l'âge adulte.

Système d'attachement et autres systèmes motivationnels

L'adolescence crée un nouvel équilibre entre le système d'attachement et les autres systèmes motivationnels. Il est possible d'observer une augmentation de l'exploration et de l'affiliation (exploration du monde physique, bien sûr, mais surtout des nouveaux rôles sociaux, des nouvelles relations, de la sexualité, de soi-même: son corps et ses émotions). La première phase de l'adolescence est dominée par l'émergence du système sexuel et la seconde par le système du « caregiving ». C'est à l'adolescence qu'on observe l'émergence du système de donneur de soins, c'est-à-dire la probabilité que le jeune puisse jouer le rôle de donneur de soins et puisse établir des liens d'attachement sécurisants avec son futur enfant.

Attachement et relation amoureuse

Une des finalités de l'attachement à l'adolescence est l'établissement d'une relation amoureuse. Les relations amoureuses relèvent à la fois des systèmes sexuel, affiliatif et d'attachement. Ces relations, qui sont caractérisées par leur intensité affective, vont prendre le pas sur certaines fonctions de la relation parent-enfant antérieure. La composante sexuelle de ces relations représente sans aucun doute un facteur déterminant dans la création d'un nouveau lien d'attachement puisqu'elle apporte une motivation importante pour entrer en relation, suscite des affects intenses et amène une grande intimité, physique et psychique, offrant ainsi une expérience unique et partagée. Il est vraisemblable que les expériences d'attachement antérieures et les modes d'organisation des pensées et des émotions relatives à l'attachement vont modeler ces relations. On parle aussi de la mise en place du système de donneur de soins, qui est nécessaire à la survie de l'espèce en assurant la protection des petits. Selon différents auteurs, le style d'attachement du jeune adulte aura possiblement un impact sur sa façon de répondre aux besoins de sécurité de son propre enfant et, en ce sens, pourrait expliquer en partie les processus pouvant contribuer au maintien intergénérationnel des stratégies d'attachement (Leblanc, Miljkovitch et Guédeney, N., 2009).

En résumé, un des principaux défis de l'adolescent est de s'éloigner de ses parents. À l'adolescence, il est essentiel que le **système d'exploration soit hautement activé** pour permettre au sujet de développer ses diverses compétences physiques, intellectuelles et sociales et de nouer de nouvelles relations. La construction de l'autonomie de l'adolescent repose donc en grande partie sur cette activation du système d'exploration, qui ne peut être optimale que si le système d'attachement est désactivé. Cette désactivation suppose, selon Allen (2008), l'acquisition, pour l'adolescent, d'un sentiment de sécurité interne (envers soi) et envers les autres suffisant pour permettre la régulation des états émotionnels sans le recours direct à la proximité de la figure d'attachement. Ainsi, l'autonomie de l'adolescent ne se développe pas dans l'isolement, mais dans le

contexte d'une relation proche, toujours possible avec ses parents lorsqu'il la demande. La distance créée par le mouvement d'autonomisation joue un rôle au moins aussi important que le développement des capacités cognitives pour permettre de penser les relations d'attachement. À mesure que l'indépendance croît, se met en place la distance émotionnelle nécessaire pour permettre l'utilisation des capacités cognitives qui, elles-mêmes, permettent de réévaluer la nature des relations d'attachement avec les parents.

Les relations avec les pairs pendant l'enfance, même si elles jouent un rôle essentiel dans le développement social normal, ne sont pas des relations d'attachement. Ce n'est qu'à partir de l'adolescence que, progressivement, certaines relations avec les pairs vont évoluer et jouer un rôle du point de vue de l'attachement. La poussée vers l'autonomie crée une forte incitation à utiliser les pairs comme figures d'attachement pour satisfaire les besoins qui y sont reliées, tout en prenant ses distances avec les parents. Ainsi, les besoins d'attachement ne disparaissent pas, ils sont progressivement et partiellement transférés sur les pairs. Ce transfert implique une transformation en ce qui concerne la polarité: on passe de relations asymétriques (l'enfant reçoit l'attention d'une figure parentale protectrice) à des relations réciproques dans lesquelles chacun offre et reçoit un soutien (Allen, 2008; Delage, 2008; Zimmermann, 2000). Les changements physiques, cognitifs et affectifs et le développement des compétences sociales vont permettre à l'adolescent d'assurer ce rôle protecteur et de devenir lui-même, pour la première fois, une figure d'attachement pour quelqu'un d'autre.

Bien que la diminution de l'investissement des figures parentales ne produise pas automatiquement l'investissement de relations d'attachement de remplacement avec les pairs, cette transition permet une diversification des sources d'investissement affectif. De plus, l'adolescent a accès à de nouvelles potentialités qui lui permettent l'investissement en ses propres ressources de sécurité. Le modèle d'attachement deviendrait à l'adolescence un attribut de la personnalité que la personne transpose dans toutes les circonstances, plutôt que la propriété propre à une relation particulière. Cependant, il semble que les adolescents continuent de démontrer des patrons individuels pour différentes relations d'attachement. Les différences toucheraient particulièrement les relations parentales et amoureuses.

De façon normative, les tâches développementales liées à l'adolescence peuvent rendre l'adolescent plus vulnérable et être la source de sentiments accrus d'anxiété et de solitude. Ces changements sont par contre l'occasion d'acquérir une plus grande flexibilité au chapitre des modèles de représentation d'attachement à mesure que les stratégies deviennent plus complexes et élaborées.

2.2 ENJEUX DE L'ATTACHEMENT À L'ADOLESCENCE DANS LA POPULATION CLINIQUE

Le lien qui s'établit dans l'enfance représente un facteur de protection et influe de façon directe ou indirecte sur différents aspects du développement. La relation d'attachement qui se sera développée entre le jeune et ses parents aura un impact important sur la façon dont il réussira à relever les différents défis liés à

La population clinique décrit des groupes sociaux présentant de nombreux facteurs de vulnérabilité. L'étude de Van Ijzendoorn, Schuengel et Bakermans-Kranenburg (1999) fait le lien entre différents facteurs de risque et l'augmentation des pourcentages d'attachement désorganisé. La recherche démontre que dans les populations à risque, il y a une surreprésentation des sujets qui ont un attachement désorganisé.

Par exemple: Groupe à faible revenu -> 24%;

Enfants de mères alcooliques et toxicomanes-> 43 %;

Enfants ayant des parents maltraitants-> 43 %.

l'adolescence. En effet, la qualité de la relation parent-adolescent est un ingrédient nécessaire au développement optimal de ce dernier.

Bien que la majorité des adolescents hébergés en centre de réadaptation le soient en vertu de l'alinéa sur les «troubles de comportement» de la Loi de Protection de la Jeunesse, certaines études démontrent que plusieurs d'entre eux ont vécu différents types de situations de maltraitance et d'expositions traumatiques dans l'enfance, en plus de présenter différents facteurs de risque, tant sur le plan personnel que sur celui de leur environnement. La relation avec le milieu d'origine est souvent abîmée et parfois même rompue. Il arrive que l'adolescent soit placé à la suite d'une crise dans un milieu substitut, et même qu'un cumul de séparations fasse partie des facteurs de risque qui s'ajoutent. Il n'est donc pas étonnant de constater que plusieurs des jeunes qui sont hébergés présentent des difficultés sur le plan des relations, mais aussi différents retards de développement.

«Dans les contextes où sa sécurité ou son développement sont compromis dans son milieu de vie ou lorsqu'il présente un risque sérieux de danger pour lui-même ou pour autrui, un adolescent peut être placé dans un centre de réadaptation (CR). Le placement en CR constitue la forme la plus intensive d'intervention qui, la plupart du temps, fait suite à une ordonnance de la Cour. Ce placement est effectué uniquement lorsque d'autres mesures moins extrêmes ont échoué à résoudre les problèmes ayant nécessité l'intervention de la protection de la jeunesse, que ce soit pour des motifs liés à la Loi de la protection de la jeunesse et/ou à la Loi sur le système de justice pénale des adolescents. La majorité des adolescents placés le serait sous la base de l'article 38 F, qui est l'alinéa des troubles de comportement sérieux. Le placement dans un milieu de réadaptation viserait donc à corriger les comportements à risque, et ce, dans l'espoir de lui permettre de réintégrer son milieu de vie. » Vézina et Milne, 2014, p. 213-214.

Quels sont les enjeux à considérer pour intégrer une approche utilisant l'attachement dans le travail auprès des jeunes adolescents hébergés en centre de réadaptation?

2.2.1 Les adolescents hébergés présentent plusieurs facteurs de risque environnementaux

En plus de présenter parfois des facteurs de vulnérabilité personnels et des retards de développement, les jeunes hébergés dans des services de réadaptation des centres jeunesse ont été bien souvent exposés à des environnements présentant de nombreux facteurs de risque reconnus.

Parmi ces environnements à risque pour le jeune, il y a:

- des troubles de santé mentale chez les parents;
- des problèmes de toxicomanie chez les parents;
- > de la négligence;
- des sévices émotifs, physiques et/ou sexuels;
- de l'exposition à de la violence.

Selon Mercy et Saul (2009), différents facteurs, dont des problématiques de santé mentale ou de la consommation chez les parents de même que la négligence, l'abus et l'exposition à la violence, peuvent avoir un impact majeur sur le développement et la santé physique et psychologique des enfants. La présence d'un milieu familial nourrissant et protecteur représente un ingrédient essentiel pour que l'enfant devienne un adolescent puis un adulte en santé. L'exposition précoce à l'adversité est liée à plusieurs problèmes émotionnels, de comportement et de santé (agressivité, troubles de conduite, délinquance, comportements antisociaux, abus de substances psychoactives, violence amoureuse, grossesse précoce, anxiété, dépression et suicide). De plus, des liens ont aussi été faits avec des risques accrus au niveau du tabagisme, de l'obésité, du diabète, des maladies transmises sexuellement et de problèmes cardiaques. Plusieurs des impacts négatifs seraient liés à l'exposition à des stress chroniques qui provoquent des dommages irréversibles dans les circuits neuronaux du cerveau et le système hormonal responsable de la gestion du stress. Cette exposition augmente aussi les probabilités que le jeune adopte des comportements à risque en matière notamment de tabagisme, de troubles alimentaires, de sexualité et de dépendance.

Repetti, Taylor et Seeman (2002) décrivent le rôle important de l'environnement familial sur le développement du cerveau et des capacités socioaffectives. Les familles qui présentent de grandes vulnérabilités sont souvent caractérisées par un niveau plus élevé de conflit et d'agressivité et des relations moins chaleureuses. On retrouve dans ces familles un niveau plus élevé de comportements négligents. Ces facteurs de risque agissent parfois en combinaison avec des facteurs de vulnérabilité sur le plan génétique. Les auteurs concluent que l'environnement familial dans lequel a grandi l'enfant représente un élément essentiel pour comprendre les problèmes de santé physiques et psychologiques qui se manifestent tout au long de la vie.

L'étude d'Herrenkohl, Seunghye, Klika, Herrenkohl, et Russo (2013) examine les liens entre les mauvais traitements et la négligence déclarés au système de protection de la jeunesse et les problèmes à l'âge adulte en matière de santé mentale et physique et de toxicomanie. Des données provenant d'une étude longitudinale mettent en lumière que les adultes ayant vécu de la maltraitance dans l'enfance rapportent plus de symptômes. Les recherches semblent démontrer que le fait d'avoir vécu du stress chronique sur une période prolongée peut endommager des parties du cerveau et altérer la réponse immunitaire, augmentant par le fait même la susceptibilité de souffrir de maladies (Middlebrooks et Audage, 2008; Repetti et al., 2002; Shonkoff et Richmond, 2009).

2.2.2 Les jeunes hébergés présentent différents comportements associés à la présence de ces facteurs de risque

L'exposition à un environnement à risque est liée à des troubles émotifs, comportementaux et physiques (Eaves, Prom et Silberg, 2010; Ford, Elhai, Connor et Frueh, 2010; Turner, Finkelhor et Ormrod, 2010), notamment:

- > des troubles de régulation émotionnelle;
- > de l'agressivité;
- > des troubles de la conduite;

- > de la délinquance;
- des comportements antisociaux;
- > des problèmes de toxicomanie (cigarettes, drogues, alcool);
- > des troubles alimentaires;
- > de la violence dans les relations amoureuses;
- des comportements sexuels risqués;
- > des conduites suicidaires.

2.2.3 Le placement est souvent demandé à cause des difficultés comportementales présentées

À l'adolescence, ce sont bien souvent des difficultés comportementales qui conduisent au placement. Pour Drieu, Sarabian et Plagès (2012), il est important de ne pas occulter le fait que les difficultés prennent leurs sources dans des problématiques d'attachement et dans les traumatismes, facteurs qui ne sont pas toujours suffisamment pris en compte par les établissements. Les comportements sont provoqués et influencés par les pensées et les sentiments. Les enfants traumatisés ou attachés de façon anxieuse présentent souvent des comportements très dérangeants, difficiles à tolérer et destructeurs pour eux et pour autrui. L'objectif du travail des intervenants est souvent compris comme l'obligation d'en arriver à la modification de ces comportements. Cela ne semble pas déraisonnable, car un changement de comportement est une façon observable de mesurer une évolution positive. Cependant, la plupart des comportements ont un contexte, et il est nécessaire d'influencer les pensées et les émotions si l'on veut modifier un comportement. Le travail du donneur de soins exige donc qu'il regarde audelà du comportement pour se centrer sur les besoins auxquels on n'a pas répondu et sur les sentiments que cela a générés.

2.2.4 Une partie des difficultés des adolescents hébergés pourraient être comprises si on utilisait l'angle du trauma

Les problèmes des jeunes hébergés en centre de réadaptation (CR) ne se limitent pas aux motifs de placement les plus fréquemment ciblés par ces services (Collin-Vézina, Milne, 2014). Voici un extrait qui fait le portrait des adolescents hébergés en CR:

«Outre leurs problèmes de comportement, on reconnaît de plus en plus que les adolescents placés par la protection de la jeunesse présentent des problèmes aigus de santé mentale, notamment des épisodes de dépression majeure, des troubles de l'attention, des comportements sexualisés inadéquats, de la consommation abusive de substances, de l'agressivité et des idées suicidaires (McMillen et al., 2005; Baker et al., 2007; Egelund et Lausten, 2009; Guibord et al., 2011). Jusqu'à 82 % de ces jeunes présentent les critères d'au moins un trouble majeur répertorié dans le DSM-IV (Trout et al., 2008) et au moins un tiers d'entre eux ont connu une hospitalisation psychiatrique (Dale et al., 2007). En outre, les symptômes d'anxiété, la dépression et les troubles de l'attention sont signalés de façon plus importante chez les adolescents placés dans des CR que chez ceux qui reçoivent des services de la protection de l'enfance, mais à leur domicile

(Tarren-Sweeney, 2008; Kolko et al., 2010). Dans l'une des seules études canadiennes sur ce sujet (Guibord et al., 2011), les données recueillies auprès de 122 jeunes Ontariens et Ontariennes en situation de placement indiquent que 40 % des participants ont éprouvé au moins un des deux problèmes de santé mentale suivants au cours de l'année: la dépression et la consommation abusive de substances. » p. 214

Selon les auteurs, l'offre de services pour ces adolescents hébergés en centre de réadaptation devrait tenir compte des événements traumatiques multiples vécus par une majorité d'entre eux, et dont il faudrait faire l'évaluation afin d'y répondre par des services spécialisés. Les travaux de Cook et al. (2005) permettent de confirmer que les troubles émotionnels et comportementaux manifestés par les adolescents suivis en contexte de protection pouvaient représenter, du moins en partie, des symptômes liés à un cumul d'expériences de vie traumatisantes. Collin-Vézina et Milne (2014) ont recensé plusieurs recherches qui documentent que les jeunes adolescents hébergés en CR vivent plus fréquemment l'expérience de traumatismes multiples plutôt qu'un incident de traumatisme isolé, ce qui entraîne des perturbations graves et affligeantes.

Dans une recherche québécoise effectuée auprès d'un échantillon de 53 adolescents et adolescentes de 14 à 17 ans provenant de six unités de réadaptation d'adolescents hébergés, Collin-Vézina a démontré que 38 % de l'échantillon rapportait avoir été agressé sexuellement, 58 % avait souffert de négligence émotionnelle, 60 % avait été maltraité physiquement, 68 % avait souffert de violence psychologique, et près de la totalité de l'échantillon avait souffert de négligence physique (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell et Daigneault, 2011). Plus de la moitié de l'échantillon avait connu quatre ou cinq différentes formes de traumatisme sur les cinq mentionnées plus haut (51 %). Le quart de ce groupe de jeunes présentait des symptômes cliniques de stress post-traumatique, de dissociation et de dépression. Pourtant, seule une minorité de ces jeunes étaient pris en charge en raison des expériences de traumatismes. En effet, 83 % d'entre eux étaient placés pour des problèmes de comportement et non des expériences de maltraitance.

Il a également été noté que les jeunes en CR présentent aussi fréquemment des traumatismes vécus dans la communauté, et non uniquement dans leur milieu familial (Arvidson et al., 2011; Dorsey et al. 2012). Cette affirmation est également confirmée dans une étude québécoise auprès de 220 jeunes pris en charge par la protection de la jeunesse (Cyr et al., 2012), qui indique que le taux de traumatismes multiples, ou polyvictimisation (quatre expériences de victimisation vécues dans les différents milieux de vie de l'enfant), était de 54 %, en comparaison de seulement 8 % dans un échantillon représentatif d'enfants et d'adolescents québécois (Cyr et Dumais, 2013).

2.2.5 La maltraitance et la négligence vécues dans le milieu familial et le développement d'attachement insécurisant, tout particulièrement l'attachement désorganisé, comme modèle explicatif des difficultés des adolescents hébergés

Plusieurs études montrent que les enfants maltraités tendent à développer un attachement de type insécurisant envers leur mère (par exemple: Beeghly et Cicchetti, 1994; Carlson, Cicchetti, Barnett et Braunwald, 1989; Crittenden, 1992; Lyons-Ruth, Connell, Zoll, et Stahl, 1987; Morton et Browne, 1998). Selon Sroufe (1983), l'attachement insécurisant, qu'il soit évitant ou ambivalent, est un facteur de risque pour le développement de troubles intériorisés ou extériorisés. Cependant, le sens des comportements et les manifestations seront différents. Par exemple, le jeune évitant peut rediriger la colère provoquée par un parent non disponible et rejetant vers une autre source en adoptant des patrons antisociaux et hostiles tels que le mensonge, l'intimidation, l'insensibilité et les blâmes envers les autres. Le jeune ambivalent peut être impulsif et avoir une attention de courte durée et une faible tolérance à la frustration. En fait, les deux pourraient être décrits comme « agressifs », mais pour des raisons différentes.

L'ajout de la catégorie « désorganisé » à la suite des travaux de Main et Solomon à la fin des années 1980 permet d'avoir une vision plus précise des liens entre l'attachement et le développement de psychopathologie. Les connaissances sur les facteurs liés à la désorganisation sont récentes, et les études l'intégrant sont encore trop limitées. Voici toutefois certains facteurs répertoriés:

- > un parent traumatisé qui présente des comportements apeurants ou apeurés;
- > un enfant ayant vécu un paradoxe sans solution: le donneur de soins censé offrir le réconfort en situation de stress fait peur;
- > un enfant présentant des risques biologiques durant la période prénatale et postnatale.

On note une présence proportionnelle importante d'attachement insécurisant de type désorganisé chez les enfants maltraités (Golding, 2003; Baer et Martinez, 2006; Carlson, Cicchetti, Barnett et Braunwald, 1989; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum et Botein, 1990; Barnett, Ganiban et Cicchetti, 1999; Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg et Van Ijzendoorn, 2010; Van Ijzendoorn, Schuengel et Bakermans-Kranenburg, 1999; Lyons-Ruth et Jacobvitz, 2008). De plus, il y a une forte prévalence de l'état d'esprit non résolu dans les échantillons cliniques d'adolescents et d'adultes comparativement aux échantillons normatifs (métaanalyse de Van Ijzendoorn et de Bakermans-Kranenburg, 2008). Moss et al. (2006) mentionnent que d'après les différentes études, la proportion d'attachement insécurisant de type désorganisé chez les enfants maltraités serait de 55 à 86 %. Ce type d'attachement a la prévalence la plus élevée parmi les enfants adoptés et les jeunes enfants placés (Solomon et Carol, 2011, Chisolm, 1998; Stovall et Dozier, 2000; O'Connor et al., 2003). Il est probable que plusieurs de ces enfants ont fait l'expérience de maltraitance et de séparations antérieures et que le placement et l'adoption ne peuvent à eux seuls expliquer la désorganisation.

Selon Rutter (1989) et Belsky (1993), la maltraitance s'inscrit dans une problématique relationnelle plus large qui dépasse les seuls épisodes de négligence et de

mauvais traitements. À cet égard, des études observationnelles révèlent que, dans les familles maltraitantes, les interactions parent-enfant sont souvent caractérisées par de l'hostilité, par un faible niveau de réciprocité, par peu d'engagement et par un manque de synchronie et d'harmonie. Les parents maltraitants sont également imprévisibles, alternant les longues périodes où ils ignorent l'enfant à d'autres où ils interviennent de facon brusque et intrusive (Alessandri, 1992; Bousha et Twentyman, 1984; Erickson et Egeland, 1996; Lyons-Ruth, Connell, Zoll et Stahl, 1987). Selon Mash (1991) et Lyons-Ruth, Connell, Zoll et Stahl, (1987), ces perturbations relationnelles quotidiennes, en raison de leur caractère plus subtil et continu, ont un impact cumulatif sur l'enfant tout aussi néfaste, sinon plus, que les épisodes de négligence et de mauvais traitements qui font l'objet de signalements aux services de protection de l'enfance. Si on se base sur ces recherches, une intervention visant uniquement la maltraitance sans considérer les interactions au quotidien entre le parent et l'enfant aurait peu de chances d'être efficace. Les chercheurs en attachement soulignent donc l'importance de considérer et de travailler la qualité des interactions parents-adolescents.

Taylor (2010) fait une distinction importante entre la force d'un attachement et la sécurité que ce lien procure ou non. En effet, certains enfants maltraités sont très loyaux envers leurs parents et présentent des comportements d'attachement de «forte intensité» sans pour autant être attachés de façon sécurisante à ces derniers.

Avec les années, les travaux en attachement ont découvert que l'attachement désorganisé est étroitement associé à des niveaux élevés de problèmes extériorisés et intériorisés aux périodes préscolaire et scolaire (Moss, Parent, Gosselin, Rousseau et St. Laurent, 1996; Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent et Saintonge, 1998; Moss, Bureau, Cyr, Mongeau et St-Laurent, 2004a; Moss, Cyr et Dubois-Comtois, 2004b) ainsi qu'à l'adolescence (Sroufe, Carlson, Levy et Egeland, 1999).

Selon ces recherches, l'attachement désorganisé semblerait expliquer le lien entre les expériences de mauvais traitements et l'émergence de difficultés d'adaptation sociale, émotive, comportementale et cognitive (Cicchetti, Ganiban et Barnett, 1991; Lyons-Ruth et Jacobvitz, 1999).

Dans un article, Moretti, Obsuth, Mayseless et Scharf (2012) présentent une bonne description des liens existant entre l'expérience de trauma et/ou de mauvais traitements et l'apparition de troubles de comportement chez un jeune. Les auteurs y décrivent les troubles de comportement observés chez les enfants et les adolescents à risque, surtout lors de la transition à la période de l'adolescence.

Les enfants témoins de violence présentent un éventail d'impacts négatifs sur le plan social et de la santé mentale, y compris de l'agressivité et des conduites antisociales (Evans, Davies et DiLillo, 2008; Teisl et Cicchetti, 2008). D'autres formes de traumatismes, dont la négligence, l'abus physique, sexuel ou psychologique, jouent aussi un rôle dans l'étiologie des problèmes de comportement (Eaves, Prom et Silberg, 2010), et les enfants qui vivent de la polytraumatisation (exposition à différents types de maltraitance) sont particulièrement à risque. (Ford, Elhai, Connor et Frueh, 2010; Turner, Finkelhor et Ormrod, 2010). Des études récentes se sont intéressées aux effets du trauma sur la transition à l'adolescence, une période de plus grande vulnérabilité étant donné les changements rapides sur les plans neurobiologique, socioaffectif et cognitif (Durston et al.,

2006; Moretti et Peled, 2004). Les adolescents sont en effet plus vulnérables du fait que les changements dans l'axe de réponse aux stress les rendent plus sensibles aux influences sociales et interpersonnelles.

Selon Moretti et al. (2012), l'adolescence se trouve doublement compliquée dans un contexte où le jeune a vécu un parcours empreint d'expériences traumatiques, particulièrement lorsqu'il a grandi dans une famille où il a été exposé à de la violence familiale et a subi de la maltraitance. Ces expériences précoces portent atteinte au sentiment de sécurité de l'enfant et affectent la qualité de la relation avec le ou les parents. En effet, on dit alors que l'enfant a dû faire face à un paradoxe irrésoluble: chercher le réconfort auprès de la personne qui le met en danger ou omet de le protéger. Plusieurs des parents ont vécu eux-mêmes des expériences traumatiques et des attachements désorganisés qui ont compromis leur capacité à jouer ce rôle de base de sécurité et de havre de protection.

Les conflits, qui sont courants à l'adolescence, deviennent particulièrement difficiles à gérer pour ces familles, parce qu'ils rappellent des souvenirs douloureux et des émotions associées aux traumatismes, comme la violence ou la perte.

Peu d'études longitudinales (Lyons-Ruth et Jacobvitz, 2008) ont porté précisément sur l'attachement lors de la transition de l'enfance à l'adolescence, et elles se sont intéressées à des populations à faibles risques comptant peu de cas d'attachement désorganisé. Deux de ces études ont examiné la continuité et la discontinuité de l'attachement désorganisé de la petite enfance jusqu'à 19 et 26 ans. Dans l'échantillon à faible revenu, les enfants classés désorganisés dans l'enfance étaient plus souvent dans une catégorie « attachement insécurisant » à 19 ans. À 26 ans, soit à l'âge adulte, les enfants désorganisés se retrouvaient en majorité désorganisés.

2.2.6 L'attachement insécurisant et désorganisé comme facteur de risque

En influençant le développement des stratégies relationnelles et des habiletés socioaffectives (qui rendent l'enfant plus ou moins capable de rechercher le soutien d'autrui, de communiquer ses besoins ou de gérer son stress), l'insécurité de l'attachement placerait les enfants à risque de développer divers problèmes d'adaptation au cours de leur développement et serait un précurseur important des troubles psychopathologiques à l'âge adulte. Sans être une pathologie en soi, l'insécurité de l'attachement serait un facteur de risque notable pour le développement de troubles psychopathologiques en engageant l'enfant dans des trajectoires associées à ces troubles (Bowlby, 1978; Sroufe, Egeland, Carlson et Collins, 2005). Dans la section qui suit, les différentes études présentées font le lien entre l'attachement et diverses problématiques.

Attachement insécurisant et troubles de comportement

Des études mesurant l'attachement à l'aide de questionnaires ont montré qu'à l'adolescence et à la préadolescence, l'insécurité de l'attachement était associée à davantage de symptômes intériorisés (Buist, Dekovic, Meeus et Van Aken, 2004), d'anxiété (Costa et Weems, 2005; Roelofs, Meester, ter Huurne, Bamelis et Muris,

De façon générale, les troubles intériorisés sont plus associés à un état d'esprit préoccupé, alors que les troubles extériorisés sont davantage liés à un état d'esprit détaché.

2006) et de dépression (Abela, Hankin, Haigh, Adams, Vinukuroff et Trayhern, 2005; Constantine, 2006; DiFilippo et Overholser, 2000; Laible, Carlo et Raffaelli, 2000). Différentes études effectuées auprès d'échantillons cliniques ont également montré que l'insécurité de l'attachement était liée à la dépression (Margolese, Markiewicz et Doyle, 2005; Harold, Shelton, Goeke-Morey et Cummings, 2004), ainsi qu'à la sévérité des symptômes dépressifs chez des adolescents aux prises avec des problèmes psychiatriques (Armsden, McCauley, Greenberg, Burke et Mitchell, 1990). Des études qui ont utilisé des mesures concomitantes à l'adolescence ont aussi rapporté des liens entre l'attachement ambivalent et les problèmes intériorisés. Différentes études ayant administré l'Entrevue de l'attachement adulte (EAA) à des adolescents ont montré que l'attachement préoccupé était lié aux symptômes intériorisés (Allen, Moore, Kuperminc et Bell, 1998), aux troubles de l'humeur (Rosenstein et Horowitz, 1996) et aux symptômes dépressifs (Marsh, McFarland, Allen, McElhaney et Land, 2003). De plus, des études utilisant des questionnaires ont montré que l'ambivalence ou l'anxiété d'attachement (une dimension qui renvoie au style préoccupé) étaient associées à l'anxiété sociale (Brumariu et Kerns, 2008) et aux symptômes intériorisés (Margolese, Markiewicz et Doyle, 2005). Aucune des études portant sur l'anxiété à l'enfance et à l'adolescence n'a inclus une mesure de la désorganisation. Pour ce qui est des études sur la dépression, peu ont inclus la désorganisation comme catégorie d'insécurité. Toutefois, dans un échantillon à risque sur le plan socioéconomique, la classification « désorganisé à la petite enfance » était associée à la dépression au début de la période scolaire (Bureau, Easterbrooks et Lyons-Ruth, 2009). Dans le même échantillon, les enfants ayant un attachement désorganisé-contrôlant à la période préscolaire présentaient les plus hauts niveaux de dépression autorapportés à l'âge de 7-9 ans (Graham et Easterbrooks, 2000). Enfin, dans une étude longitudinale, les enfants dont l'attachement était désorganisé à la petite enfance avaient des scores supérieurs de troubles intériorisés évalués par leur professeur à l'adolescence (Carlson, 1998). Carlson a montré que l'attachement désorganisé à la petite enfance, mais pas l'attachement ambivalent, permettait de prédire un indice de troubles psychopathologiques global (incluant les troubles intériorisés) et la dissociation à 17,5 ans.

Plusieurs chercheurs ont fait des liens entre les mauvais traitements et la négligence dans l'enfance et les problèmes de comportement à l'adolescence (Ethier, Lemelin et Lacharite, 2004; Mills, 2004; Shaffer, Huston et Egeland, 2008). Il semble que plus la maltraitance a lieu tôt dans le développement, plus grandes sont les probabilités que ces difficultés soient importantes. Les chercheurs font des liens entre la maltraitance et des problèmes internalisés (isolement, tristesse, dépression) et externalisés (agressivité, hyperactivité) (Frederico, Jackson, et Black, 2008).

Il est reconnu qu'un attachement sécurisant peut agir comme un facteur de protection dans un environnement de vie qui, lui, est considéré comme étant «à risque» (DeKlyen et Speltz 2001). Il est aussi entendu qu'un attachement insécurisant combiné à un contexte d'adversité familiale peut contribuer à l'adoption de comportements problématiques. Plusieurs études rapportent que l'attachement insécurisant, et plus précisément l'attachement désorganisé, jouerait un rôle important et prépondérant dans l'apparition de comportements problématiques. Toutefois, selon DeKlyen et Speltz (2001), il est important de savoir que

d'autres variables s'ajoutent à l'équation puisque les liens directs existant entre l'attachement et les problèmes de comportement sont, selon eux, plutôt modestes. Le tempérament de l'enfant, la génétique, l'intelligence, les troubles psychopathologiques chez le parent et la relation avec les pairs sont autant d'éléments susceptibles de jouer un rôle déterminant dans l'apparition de comportements antisociaux. Selon eux, peu de troubles à l'enfance et à l'adolescence n'ont qu'une seule cause, et il est improbable que l'attachement insécurisant à lui seul puisse conduire à un trouble quelconque, même s'il peut en augmenter la probabilité.

Les auteurs apportent un point fort intéressant, celui de la multifinalité et de l'équifinalité. Le premier concept fait référence au fait que peu importe le style d'attachement, plusieurs finalités peuvent être observées (par exemple: pas de trouble, présence de trouble). Le deuxième concept, quant à lui, fait référence au fait qu'on retrouve tous les types d'attachement chez les jeunes considérés comme ayant un trouble de la conduite (sécurisant, ambivalent, évitant, désorganisé), d'où l'importance de déterminer d'autres variables pouvant influer sur l'apparition de ce trouble. Le défi pour la recherche est de parvenir à isoler les variables (facteurs de risque), qui sont interreliées, comme dans une toile d'araignée. De gros échantillons seront donc requis pour tester des modèles multifactoriels.

Attachement désorganisé et troubles de comportement

L'attachement désorganisé semblerait expliquer le lien entre les expériences de mauvais traitements et l'émergence de difficultés d'adaptation sociale, émotive, comportementale et cognitive (Cicchett et al., 1991; Lyons-Ruth et Jacobvitz, 1999). Pour cela, la relation d'attachement parent-enfant est devenue une cible d'intervention importante dans la prévention des troubles de comportement et de la criminalité chez les enfants victimes de mauvais traitements.

Dans la méta-analyse de Van Ijzendoorn et de Bakermans-Kranenburg (2008), effectuée auprès d'adolescents et d'adultes, il y avait une forte prévalence de l'état d'esprit non résolu dans les échantillons cliniques, comparativement aux échantillons normatifs, quand le système de classification à quatre catégories était utilisé pour codifier les entrevues. Fonagy et al. (1996) ont trouvé que la proportion de participants ayant un état d'esprit non résolu dans l'Entrevue de l'attachement adulte (EAA) était particulièrement élevée chez les participants ayant un trouble anxieux, soit 86 %, un taux disproportionné par rapport à ce qui est obtenu dans les autres échantillons cliniques. Dans cette étude, la catégorie « non résolu » était celle qui différenciait le plus le groupe de patients ayant un diagnostic de troubles psychopathologiques (incluant les troubles affectifs et anxieux) d'un groupe témoin constitué de participants sans problème psychiatrique.

L'attachement comme modèle explicatif de troubles psychopathologiques à l'adolescence ou lien entre attachement désorganisé et troubles psychopathologiques

Hilburn-Cobb (2004) présente un modèle intéressant de compréhension des troubles psychopathologiques à l'adolescence. Elle considère que certains troubles correspondent à un effort du jeune pour maintenir un sentiment de sécurité ou un effort de régulation interne par des moyens externes ou matériels

puisque les relations d'attachement ont fait défaut et ne sont pas arrivées à garantir ce sentiment de sécurité interne. Les comportements d'attachement jouent dans l'enfance un rôle prépondérant pour permettre et faciliter la régulation. La régulation des états internes, qu'ils soient physiologiques, émotionnels ou cognitifs, constitue un élément clé de la survie de l'humain. Au fil du temps, d'autres comportements peuvent être adoptés et être utiles. Par exemple, la régulation peut être soutenue par des moyens externes (jouets qui apaisent, consommation d'aliments ou d'alcool, travail, statut social). Certains moyens peuvent impliquer des personnes mais avec lesquelles il n'existe pas de liens particuliers, par exemple lors d'une relation sexuelle avec un partenaire inconnu. Cependant, la sécurité qui est ressentie de cette façon peut être moins satisfaisante que celle apportée dans le cadre d'une relation d'attachement et peut mettre l'individu dans un état de dépendance s'il renonce à la recherche de proximité physique et/ ou émotionnelle en faveur de ressources externes.

DeKlyen et Greenberg (2008) mentionnent que l'attachement offre un cadre conceptuel utile pour comprendre la façon dont la relation avec le donneur de soins influe sur les processus pouvant conduire à l'émergence de troubles psychopathologiques par:

- > la construction de schémas cognitifs et affectifs organisés dans le MIO et qui affecte les cognitions, les perceptions, les motivations de l'individu et les attentes qu'il a envers les autres;
- > la capacité de régulation affective et comportementale, tout particulièrement en ce qui a trait aux émotions négatives telles que la colère, l'anxiété et la tristesse; les enfants chez qui s'est développé un lien d'attachement sécurisant tolèrent mieux ces émotions et adoptent de meilleures stratégies pour y faire face; ces stratégies apprises influeraient même sur l'organisation neuronale et la maturation du système nerveux;
- > les stratégies de gestion du stress.

Selon les auteurs, certains comportements problématiques peuvent être vus comme des stratégies adaptatives qui ont permis au jeune de s'adapter à son milieu.

La présence d'un attachement insécurisant ne représente qu'un facteur de risque. L'interaction entre les différents facteurs est très complexe, et ceux-ci jouent un rôle différent en fonction de la période de développement où ils se manifestent. Plusieurs catégories de facteurs de risque peuvent avoir une influence sur la trajectoire de développement. Les auteurs les classent en quatre domaines:

- les caractéristiques individuelles du jeune: tempérament, vulnérabilités biologiques;
- 2. la qualité des premières relations d'attachement : attachement insécurisant ou désorganisé;
- 3. les stratégies parentales insensibles ou inefficaces: pratiques coercitives, manque de chaleur, comportement apeurant, maltraitance;
- **4.** l'écologie familiale (adversité familiale élevée): stress et trauma, ressources familiales, réseau de soutien interne et externe.

La présence simultanée de plusieurs de ces facteurs augmente la probabilité de la présence, mais aussi l'intensité des désordres. Peu d'enfants dirigés vers une clinique présenteraient moins de deux facteurs.

À l'inverse, la présence de facteurs de protection diminue les risques d'apparition de difficultés dans un contexte d'adversité. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer:

- 1. des facteurs individuels: tempérament, intelligence, etc.;
- 2. la qualité des relations: attachement sécurisant;
- 3. des facteurs écologiques: qualité des ressources (milieu scolaire, sécurité du voisinage), lois et règlements en vigueur, etc.

Deux des meilleurs prédicteurs des comportements dissociatifs à 19 ans seraient l'attachement désorganisé et l'absence de disponibilité psychologique de la mère en bas âge (qualité de l'interaction parent-enfant entre 0 et 24 mois), l'effet étant fort lorsque l'enfant était désorganisé et avait subi des traumas (Lyons-Ruth et Jacobvitz, 2008).

Des perturbations précoces dans les relations d'attachement, qui ne sont généralement pas vues comme une pathologie ou entraînant directement une pathologie, peuvent tout de même être la source de perturbations dans les processus développementaux pouvant conduire à une psychopathologie. Egeland et Carlson (2004)

Dépression et troubles anxieux

Les problèmes de santé mentale comme la dépression et les troubles anxieux ont souvent été liés à la maltraitance, particulièrement pour les adolescents (Brown, Cohen, Johnson et Smailes, 1999; Gilbert et al., 2009; Harkness et Lumley, 2008; Kaufman, 1991). Une revue de sept grandes études de Harkness et Lumley démontre un lien clair entre la maltraitance et la négligence dans l'enfance et la dépression à l'adolescence. Par exemple, dans une étude longitudinale, Brown et ses collègues démontrent que les enfants et les adolescents qui rapportaient une histoire de mauvais traitements et de négligence avaient trois fois plus de risques de présenter des symptômes de dépression que les enfants n'ayant pas vécu de maltraitance.

Dans une autre étude, concernant les caractéristiques des enfants dirigés vers un service venant en aide à des enfants victimes de mauvais traitements et de négligence (le programme *Take Two*), on a noté que 62 % des enfants présentaient des critères d'au moins un diagnostic de santé mentale (Frederico et Black, 2008).

Attachement et troubles de la personnalité

Les études sur des personnes ayant des états limites démontrent la fréquence significativement plus élevée d'expériences traumatiques et de maltraitance, mais aussi de séparations prolongées d'avec les figures d'attachement (Zanarini et Frankenburg, 1997). L'état limite serait expliqué par un ensemble de stratégies de maximisation du système d'attachement associé à l'expérience non résolue de mauvais traitements (Fonagy, 2000).

Attachement et suicide

La recherche suggère que la négligence et la maltraitance dans l'enfance doublent le risque de tentatives de suicide à l'adolescence (Brodsky et Stanley, 2008; Brown et al., 1999; Evans, Hawton et Rodham, 2005). Une revue de la littérature systématique, faite par Evans et ses collègues, a trouvé un lien significatif fort entre les mauvais traitements physiques et sexuels et la présence de pensées suicidaires ou un risque suicidaire durant l'adolescence.

Brodksy et Stanley (2008) ont trouvé que le risque de tentatives de suicide répétées serait jusqu'à huit fois plus élevé chez les jeunes ayant une histoire d'abus sexuel. Les auteurs suggèrent que ce risque plus élevé pourrait être associé aux sentiments de honte et d'attribution de la faute qui accompagne souvent l'abus sexuel.

Attachement et troubles alimentaires

Les troubles alimentaires, dont l'anorexie et la boulimie, pourraient aussi être associés aux mauvais traitements et à la négligence (Brewerton, 2007). L'abus sexuel a été largement associé aux troubles alimentaires chez l'enfant et l'adolescent. Cela dit, avoir fait l'expérience d'autres formes de maltraitance ou de formes multiples d'abus et de négligence augmente aussi le risque de développer un trouble alimentaire (Brewerton, 2007).

Attachement et consommation de drogue et d'alcool

Les effets psychologiques de mauvais traitements et de négligence dans l'enfance peuvent conduire à des problèmes de consommation problématique d'alcool et de drogue à l'adolescence et à l'âge adulte (Fergusson et Lynskey, 1997; Harrison, Fulkerson et Beebe, 1997; Perkins et Jones, 2004). La recherche suggère que tous les types de maltraitance sont associés de façon significative à un niveau plus élevé d'usage de substances psychoactives (tabac, alcool et drogues illicites) (Moran, Vuchinich et Hall, 2004). Les signaux de l'enfant qui expriment un besoin de proximité et de sécurité et un besoin de protection n'ayant pas reçu de réponses sous forme de contacts physiques mais des réponses moins sensibles et cohérentes, par exemple sous forme de nourriture, l'enfant apprend que son stress diminue sans que son réel besoin soit satisfait. La dépendance devient alors un substitut à une figure d'attachement.

Anda et al. (1999) utilisent le terme « automédication » pour décrire le recours de l'individu à certains comportements comme la consommation d'alcool pour amoindrir la douleur et les souvenirs récurrents des blessures d'enfance. Ces dépendances sont difficiles à traiter, car la réduction de stress apportée par la substance ou la compulsion est plus rapidement accessible qu'une figure d'attachement avec qui il faut d'abord créer un lien.

Agressivité, violence et activités criminelles

En plus de la souffrance que cela apporte, la maltraitance et la négligence dans l'enfance augmentent les risques d'en faire vivre aux autres en adoptant des comportements agressifs et violents à l'adolescence (Gilbert et al., 2009; Haapasalo et Pokela, 1999; Maas, Herrenkohl et Sousa, 2008). La recherche suggère que l'abus physique et l'exposition à la violence familiale sont les prédicteurs les plus constants de la violence agie à l'adolescence (Gilbert et al., 2009; Maas et al., 2008). Dans une méta-analyse des études rétrospectives et prospectives, Gilbert

et ses collègues ont trouvé une forte association entre la maltraitance et la négligence vécues et la criminalité. Un institut national de justice américain démontre que les enfants abusés et négligés présentent 11 fois plus de chances d'être arrêtés pour des gestes criminels à l'adolescence (English, Widom et Brandford, 2004). Environ 83 % des enfants suivis par le programme *Take Two*7 à Victoria, en Australie, ont présenté des épisodes de violence graves et répétés envers les autres (Frederico et Black, 2008). Il est possible de faire des liens entre ces comportements et une difficulté de mentalisation de l'individu. La capacité à mentaliser aide la personne à se représenter ses états internes et ceux des personnes qu'elle côtoie. C'est ce qui fait qu'elle est capable de donner un sens aux comportements en les liant à des motivations. Lorsqu'une personne est incapable de faire cette opération, elle a de la difficulté à faire preuve d'empathie et d'intimité. Ses liens avec les autres sont liés à ses besoins personnels, et ses relations sont superficielles. La personne ne peut lire que certains signaux, pas les subtilités; sa reconnaissance des émotions est difficile. Sa lecture des pensées et des sentiments des autres est déficitaire et rigide. Ses comportements sont souvent impulsifs et dictés par ses désirs et ses sensations. Elle est préoccupée des règles et responsabilités, mais nie son implication dans le problème. La personne est méfiante et se met facilement en colère, car elle attribue souvent des intentions malveillantes à autrui. La conscience de soi est faible, limitée et sans nuances ou réduite aux seules émotions de base.

Comme rapporté jusqu'ici dans cette section, les adolescents qui proviennent de milieux à risque et qui sont exposés à de nombreux facteurs d'adversité ont plus fréquemment que d'autres des relations insécurisantes avec leurs parents, ce qui les rend vulnérables et augmente la probabilité qu'ils présentent un profil clinique. Les adolescents suivis dans un contexte d'intervention de la protection de la jeunesse peuvent présenter différents problèmes d'adaptation et de comportement qui sont parfois la résultante d'une histoire empreinte d'exposition à de la négligence, à de la maltraitance et à des événements traumatiques. Il arrive que le placement soit envisagé pour offrir une réponse à des besoins de réadaptation.

2.2.7 Attachement et placement en établissement à l'adolescence

Parmi les écrits recensés, plusieurs soulèvent des questions ou ouvrent des pistes de réflexion qui permettent de réfléchir au rôle de l'éducateur qui travaille au quotidien avec des adolescents hébergés dans un centre de réadaptation. Lorsqu'un jeune a une histoire relationnelle empreinte de maltraitance et qu'il est séparé temporairement ou définitivement de son milieu d'origine ou qu'il se retrouve en difficulté face à un milieu substitut, comment organiser une intervention utilisant le cadre théorique de l'attachement? Les travaux menés par le Centre jeunesse de Laval et le modèle d'intervention différentielle conçu pour les équipes qui travaillent auprès des enfants (6-12 ans) ont permis une intégration du cadre théorique de l'attachement pour cette clientèle. Quelques grandes questions demeurent:

Est-ce que l'intervenant se perçoit comme un donneur de soins?

^{7.} Take Two est un programme thérapeutique pour les enfants suivis en protection de la jeunesse.

- > Peut-il être un havre de sécurité qui répond au besoin de réconfort et une base de sécurité à partir de laquelle le jeune peut explorer?
- > Est-ce que l'éducateur peut établir une relation d'attachement et créer une expérience suffisamment signifiante pour permettre aux jeunes adolescents placés de revisiter ces modèles de représentations internes et jouer un effet protecteur sur cette phase développementale cruciale, malgré les retards développementaux qui parfois s'accumulent et les patrons très insécurisants de ces adolescents?
- > Est-ce que la sensibilité de l'éducateur est un concept semblable à celui de la sensibilité parentale et, si oui, est-ce qu'un éducateur qui a une bonne sensibilité parentale a automatiquement une bonne sensibilité comme intervenant?

Dans la population normative, l'enfant développerait une hiérarchie dans ses relations d'attachement, la figure primaire étant souvent la mère. L'enfant construit par la suite d'autres relations d'attachement, avec par exemple le père, les grands-parents ou un autre adulte disponible. La plupart des recherches initiales ont mis l'accent sur la relation mère-enfant. Dans une étude de Barnas et Cummings (1997) en milieu de garde, les chercheurs ont comparé les comportements d'attachement dirigés vers les membres du personnel habituel et ceux dirigés vers le nouveau personnel. Les enfants dirigent leurs comportements d'attachement davantage vers les membres du personnel habituel, et ces intervenants arrivent mieux à apaiser les enfants en détresse.

Au cours des dernières décennies, une attention a été portée aux enfants qui vivent des séparations permanentes ou de longue durée d'avec leurs parents biologiques (Kobak et Madsen, 2008). Plusieurs enfants sont placés en famille d'accueil plutôt qu'en établissement, et les chercheurs se sont intéressés aux effets de ces séparations, mais aussi à la création de nouveaux liens avec les familles d'accueil (Stovall-McClough, Dozier, 2004). Il semble que les enfants manifestent des comportements d'attachement rapidement dans leur nouveau milieu, ce qui n'impliquerait pas nécessairement la formation d'un lien. En fait, le meilleur prédicteur de la stabilité du placement serait l'engagement des personnes qui accueillent l'enfant; il serait donc très avantageux de bien évaluer la ressource. Les études de Stovall-McClough et Dozier (2000) démontrent que l'âge des enfants placés joue un rôle sur leur capacité à créer un lien avec les personnes qui l'accueillent. En effet, lorsque l'enfant est placé ou adopté dans sa première année de vie, la formation du lien se passe de façon typique. L'enfant forme de nouvelles relations avec des parents adoptifs ou d'accueil et la qualité du lien d'attachement est influencée par le type de réponse que donnent les parents substituts. La qualité de l'état d'esprit du soignant en est une composante essentielle (Dozier, Higley, Albus et Nutter, 2002).

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à la formation des liens chez des enfants plus vieux et pouvant avoir vécu divers événements antérieurs au placement. Les études démontrent que les enfants ayant des parcours relationnels difficiles ont des comportements d'attachement plus complexes et que le donneur de soins doit apprendre à en faire le décodage. Les études mettent donc en évidence l'importance de la sensibilité du donneur de soins et de son état d'esprit relativement à l'attachement. Avec un enfant particulièrement insécurisé, une sensibilité moyenne pourrait être insuffisante à l'établissement d'un lien sécurisant. Cela

dit, il semble que l'enfant demeure capable de former des liens d'attachement. Cependant, si le parent d'accueil a un état d'esprit non sécurisant ou non résolu, qui s'accompagne de comportements moins sensibles et d'erreurs de décodage, et que cela se combine au stress vécu par l'enfant découlant du déplacement, les probabilités sont élevées que des difficultés se produisent et puissent conduire à un plus grand risque de déplacement.

Une étude de Lawrence, Carlson et Egeland (2006) a noté que des enfants en famille d'accueil démontraient un plus haut taux de problèmes de comportement que des enfants maintenus avec des parents maltraitants, avec qui ils avaient un lien d'attachement présumé.

Selon Schuengel et Van Ijzendoorn (2001), la situation est complexe pour des enfants qui ont vécu de longues séparations ou des pertes de leur figure d'attachement primaire. Ces ruptures d'attachement s'accompagnent de reproches, de colère et de détresse et favorisent la désorganisation du système de comportement d'attachement (Bowlby, 1973, 1980). Pour les nouveaux adultes qui prennent soin de l'enfant, c'est un grand défi de rebâtir sa confiance ébranlée en ce qui a trait à l'accessibilité de figures d'attachement. Ce défi serait possiblement encore plus grand lorsque la relation avec la figure d'attachement primaire était de type insécurisant (Bowlby, 1980).

Malheureusement, seule une poignée d'échantillons d'enfants dont la vie a commencé dans l'adversité a été étudiée (Prior et Glaser, 2010), dans certains cas longitudinalement, précisément dans le but d'améliorer notre compréhension de la façon dont les choses se passent pour eux.

Mais qu'en est-il du placement en établissement, un contexte où se retrouvent plusieurs donneurs de soins?

Selon Ainsworth (1978), les différences interindividuelles observées dans la qualité de la relation d'attachement sont principalement fonction de la sensibilité du donneur de soins, c'est-à-dire de la capacité de celui-ci à être attentif aux signaux de détresse émis par l'enfant, à bien décoder ces signaux et à y répondre rapidement et de manière appropriée.

Dans le cadre d'un placement ou de la fréquentation régulière d'un milieu de garde ou d'un milieu scolaire, le rôle de l'intervenant est celui de donneur de soins substitut (Dozier, 2012) qui a pour fonction « d'assurer la sécurité physique et psychologique » de l'enfant (Birch et Ladd, 1997; Pianta, 1994). L'intervenant doit donc être sensible aux besoins affectifs des enfants dont il a la charge et conscient de l'ambiguïté des signaux qui peuvent être émis par ces enfants, particulièrement ceux dont la relation d'attachement initiale est inadaptée ou qui vivent une rupture d'attachement. L'intervenant a aussi le rôle d'apaiser l'enfant et de favoriser des modifications dans ses stratégies utilisées pour exprimer ses besoins affectifs.

L'organisation du milieu de prise en charge est importante et peut influencer la sensibilité du donneur de soins (Ahnert, Pinquart et Lamb, 2006). En centre de réadaptation, la sécurité des relations entre les enfants et les donneurs de soins était prédite par une attitude chaleureuse et sensible à la fois à l'égard des besoins

individuels et de ceux du groupe d'enfants. Sans surprise, la recherche démontre que les intervenants réussissent mieux à répondre à ces deux pôles auprès des groupes plus petits.

Quelles sont les caractéristiques du donneur de soins qui permettent de composer avec les comportements difficiles de l'enfant? Il n'y aurait pas d'étude s'étant intéressée directement à cette interaction entre l'état d'esprit du donneur de soins professionnel et la sécurité de l'attachement de l'enfant. Dans une étude récente (Howes, Shivers, 2006) portant sur des enfants placés en établissement, les donneurs de soins ont été cotés très bas sur des échelles de chaleur et de sensibilité. Six mois après le début de la recherche, moins de la moitié des enfants avaient formé un lien d'attachement sécurisant avec le personnel.

Selon Dozier et Rutter (2008), deux éléments sont à considérer dans le placement en établissement :

- 1. le ratio du nombre d'enfants par intervenant;
- 2. la philosophie concernant les interactions du personnel avec les enfants.

Malgré la qualité des soins dans certains établissements, le placement aurait des effets délétères, par exemple lorsqu'il conduit à l'incapacité de l'enfant à établir un lien sélectif.

Selon Guédeney et Dugravier (2010), il y a une surreprésentation d'attachement désorganisé chez les enfants placés. Les comportements «indésirables » du jeune sont souvent les stratégies habituelles qu'il a adoptées pour gérer la proximité et contrôler la réponse d'un donneur de soins imprévisible et effrayant. Selon Dozier et Rutter (2008), les enfants placés devraient être considérés, a priori, comme ayant des difficultés d'attachement. En effet, les enfants placés en contexte de protection de l'enfance ont forcément une histoire traumatique d'attachement, en plus d'avoir souvent vécu divers événements traumatiques et des épisodes de discontinuité sur le plan relationnel. Les enfants placés sont rapidement désorganisés par les situations stressantes et submergés par les émotions comme la colère, le chagrin, la peur. La sensibilité élevée au stress qu'ils présentent est liée à une activité de l'axe hypothalamo-adréno-pituitaire atypique et plus élevée que celle observée dans la population générale, comportant une modification du rythme journalier de cortisol. Ils présentent un émoussement de la réponse au stress et une réponse hyperréactive aux stress aigus (Dozier et al., 2006; Fischer et Kim, 2007). C'est la combinaison entre les événements traumatiques vécus, en plus de l'absence d'un donneur de soins sensible, qui impacte le plus la trajectoire développementale.

Le placement, en tant que situation nouvelle et du fait qu'il puisse être perçu par le jeune comme dangereux, combiné à la perte ou la séparation de figures d'attachement, active inévitablement le système d'attachement et donc les stratégies de protection habituelle. Dans les premiers jours du placement, le système d'attachement est fortement activé sans que des figures d'attachement soient accessibles pour le désactiver. Schofield et Beck (2006) insistent sur la méfiance des enfants placés, qui ont appris parfois à ne compter que sur eux-mêmes, à ne pas se fier aux apparences et à être en hypervigilance pour surveiller l'environnement et en dépister le moindre risque (spécialement le visage et l'humeur des

autres). Paradoxalement, un accueil chaleureux peut aggraver ces sentiments de menace, apparaissant comme étrange et anormal.

2.3 RECENSION DES APPROCHES ET DES PROGRAMMES D'INTERVENTION UTILISANT L'ATTACHEMENT COMME CADRE THÉORIQUE ET POUVANT S'APPLIQUER À L'ADOLESCENCE

2.3.1 Une intervention qui se développe d'abord pour la petite enfance

La théorie élaborée par Bowlby depuis plus de 60 ans au sujet de l'attachement et de son impact sur le développement de l'individu tout au long de sa vie (Bowlby, 1969; 1973; 1979) a influencé la recherche et démontré les effets protecteurs de l'attachement sécurisant sur l'enfant pendant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence (Dykas et Cassidy, 2011; Meredith, 2013). Ces études ont par la suite favorisé l'élaboration de programmes basés sur l'attachement, qui ciblaient au départ les nourrissons et les jeunes enfants et leurs parents (souvent les mères). Les buts en sont l'augmentation de la sensibilité parentale et de la sécurité de l'attachement. Ces programmes ont souvent comme objectifs la promotion d'un développement optimal et la réduction de problèmes de comportement pour l'enfant (Cassidy et al., 2010; Hoffman, Marvin, Cooper et Powell, 2006). Selon Moretti et al. (2012), la théorie de l'attachement offre un cadre théorique riche pour l'élaboration d'une intervention servant à prévenir et à réduire les risques associés à l'exposition aux traumas et à la maltraitance. L'ampleur des effets bénéfiques de ces programmes d'intervention sur différents aspects, dont la gestion du comportement, la régulation émotionnelle et la capacité à faire face au stress, est impressionnante (Bateman et Fonagy, 2009; Hoffman et al. 2006; Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer et Van Ijzendoorn, 2006).

On peut habituellement classer les interventions basées sur les preuves en deux catégories: les interventions qui visent à renforcer la sensibilité du soignant et celles liées au changement de soignant.

1. Interventions qui visent à renforcer la sensibilité du soignant

Ces programmes sont souvent expérimentés auprès des parents de jeunes enfants. Le but est de renforcer la qualité des interactions du parent ou du donneur de soins avec l'enfant. Certains sont préventifs et s'adressent à des clientèles vulnérables ou à risque, et d'autres visent à minimiser, à réduire ou à inverser des impacts existants. Par exemple, un programme peut viser à promouvoir le développement d'un attachement sécurisant dans une dyade à risque alors qu'un autre peut avoir comme objectif de changer un attachement désorganisé en un attachement organisé ou un attachement insécurisant en attachement sécurisant.

Prior et Glaser 2010) font référence à la méta-analyse de Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn et Juffer (2003) sur 12 études qui ont mesuré l'effet d'une intervention sur la sensibilité maternelle et l'attachement mère-nourrisson. Les interventions étudiées améliorent la sensibilité maternelle, mais l'effet sur la qualité de l'attachement est moindre.

2. Interventions liées au changement de soignant

Prior et Glaser (2010) mentionnent qu'un changement de soignant ne devrait être envisagé que s'il est presque certain qu'il n'est pas possible de renforcer suffisamment la sensibilité du parent pour assurer les besoins de l'enfant dans un délai raisonnable pour celui-ci. L'étude de Dozier, Stoval, Albus, et Bates (2001) démontre l'importance de l'état d'esprit des parents en famille d'accueil. Les résultats démontrent que lorsque l'enfant est placé dans les 18 premiers mois de vie, il peut organiser ses comportements d'attachement autour de la disponibilité des nouveaux soignants. Quand le donneur de soins est autonome (sécurisé), l'enfant peut former un lien d'attachement sécurisant.

Même un placement relativement tardif avec de nouveaux soignants permanents, s'il est accompagné d'une intervention soutenue, peut s'avérer efficace pour des enfants qui ont vécu une maltraitance importante dans les premières années de leur vie. Bien qu'il y ait une augmentation de la sécurité de l'attachement chez les enfants, des représentations insécurisantes et désorganisées persistent parallèlement. Un déplacement vers la sécurité est possible et plus efficacement atteint si on augmente la sensibilité maternelle ou du soignant.

On pourrait ajouter les programmes qui ciblent uniquement un travail individuel avec un enfant ou le parent ou un donneur de soins, mais il semble alors plus difficile de faire des liens aussi directs avec la théorie de l'attachement. De plus, en général, ces interventions sont moins évaluées. Il n'y a pas à ce jour de preuve de l'efficacité des thérapies individuelles pour les enfants dont le modèle de représentations internes a conduit à une généralisation de leurs difficultés aux autres relations sociales.

Berlin et al. (2008) présentent certains de ces programmes reposant sur une volonté très forte chez les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de soutenir et de promouvoir de bonnes relations parent-enfant.

Berlin et ses collègues (2008) présentent certains de ces programmes évalués. Les voici.

1. Child-Parent Psychotherapy (CPP)

Ce programme s'est inspiré d'une approche psychothérapeutique de Fraiberg (1980) s'adressant à des dyades. Il vise à traiter les problèmes dans les relations parent-enfant dans les trois premières années de vie. Fraiberg croit que les problèmes ont pour origine des conflits non résolus pour un des deux parents ou les deux et des figures importantes de leur passé (Fantômes dans la chambre d'enfants). Le patient est la relation. Le thérapeute veut amener le parent à faire le lien entre les expériences douloureuses du passé et les émotions, les perceptions et les comportements actuels envers son enfant. Liberman et des collègues (2005) ont conçu cette intervention, nommée CPP, pour les enfants de moins de cinq ans et leurs parents.

2. UCLA Family Development Project

Heinicke, Fineman, Ponce et Guthrie (2001) ont conçu et évalué cette forme d'intervention, qui consiste en des visites hebdomadaires à domicile par des intervenants formés auprès d'une clientèle de 64 mères enceintes de milieux à risque élevé. L'intervention débute au deuxième trimestre de la grossesse et se poursuit à ce rythme jusqu'au premier anniversaire de l'enfant, puis à un rythme de deux visites par semaine durant la deuxième année. Le programme prévoit aussi des rencontres de groupe une fois par mois du troisième au quinzième mois de l'enfant. La relation entre l'intervenant et la mère est vue comme le levier principal de l'intervention.

3. Minding the Baby

Ce programme utilise aussi des visites à domicile s'adressant à de futures primipares de milieux à risque et ayant un vécu de mauvais traitements. L'intervention consiste en une visite par semaine avec un des deux intervenants en alternance (infirmière et travailleur social). Le but est que les intervenants jouent un rôle de base de sécurité pour la mère. L'intervention cible les représentations et les comportements de la mère et vise une augmentation de sa capacité réflexive.

4. Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)

Ce programme a été mis au point par Dozier et ses collègues (2006). Il s'agit d'une approche à court terme basée sur des visites à domicile pour les familles d'accueil et les enfants placés. Des intervenants spécialisés offrent 10 rencontres d'une heure, organisées selon trois thèmes: le refus de soins des enfants placés, l'histoire du donneur de soins qui influence sa façon de prendre soin de son enfant et le besoin des enfants placés d'apprendre à s'autoréguler. Les interactions filmées sont utilisées pour promouvoir le confort du parent d'accueil devant les émotions négatives de l'enfant. Le concept de « shark music » est utilisé pour illustrer le fait que certaines réactions du parent peuvent être davantage liées à des déclencheurs internes qu'aux comportements de l'enfant. Le programme ABC, d'abord conçu pour les familles d'accueil, est maintenant adapté pour des parents naturels issus de milieux à risque.

5. Circle of Security (COS)

Le cercle de sécurité est un modèle englobant les trois systèmes motivationnels qui façonnent le monde de l'enfance. Deux de ces systèmes appartiennent à l'enfant lui-même: le système d'attachement et le système d'exploration. Le troisième est le système du prendre soin, qui appartient au parent. Ces trois systèmes travaillent de concert dans un but commun: garder l'enfant en sécurité pendant qu'il grandit et apprend à fonctionner de façon autonome. Cette intervention a été conçue pour être thérapeutique et s'est adressée à une population à risque (Head Start Program). Le COS a proposé une formule pour un sain parentage: «Être plus grand, plus fort, plus sage et gentil. Quand c'est possible, suivez les besoins de votre enfant, quand c'est nécessaire, prenez en charge. »

^{8.} On fait référence ici à l'utilisation d'une séquence vidéo où l'on voit une image de vagues et de plage, associés à différentes musiques, dont la bande sonore du film «Jaws» (les dents de la mer). Pour en savoir plus: https://vimeo.com/145329119

C'est un programme de groupe de 20 semaines qui utilise également la rétroaction vidéo et l'image de « shark music » et s'adresse à des parents ou donneurs de soins. Les intervenants sont spécialisés et donnent des séances de 75 minutes par semaine à des groupes de six à huit parents. Le programme est centré sur le développement de cinq habiletés relationnelles parentales: la compréhension des besoins affectifs de l'enfant, la capacité d'observer et de décoder, la capacité réflexive, la régulation émotionnelle et l'empathie. Les animateurs utilisent le schéma du cercle de sécurité, qui décrit bien la théorie de l'attachement. Le programme insiste aussi sur le fait que parfois l'enfant induit le parent en erreur relativement à son réel besoin.

Plusieurs des programmes sont mis au point pour des populations à risque et visent l'augmentation de la réponse sensible aux signaux de l'enfant (par exemple : Van Den Boom, 1994) en utilisant la rétroaction vidéo afin de promouvoir un parentage positif (Juffer, Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoom, 2007).

2.3.2 Programmes conçus pour les enfants et les adolescents

Cette partie de la recension des écrits porte sur les approches ou programmes qui utilisent le cadre théorique de l'attachement et qui pourraient être utiles dans l'intervention auprès des adolescents hébergés et de leurs familles. Comme le démontrent les différents travaux de recherche mais aussi l'expérience des cliniciens, l'attachement est un médiateur important dans le développement tant à l'enfance qu'à l'adolescence. L'attachement offre un cadre théorique solide pour mieux comprendre les facteurs de risque et de protection en jeu dans le développement des enfants et des adolescents à risque. Les notions d'attachement et la relation doivent donc servir de guides dans l'élaboration de programmes d'intervention s'adressant aux adolescents hébergés en centre de réadaptation.

Plusieurs angles sont possibles, en effet, l'intervention peut viser à:

- > développer la sensibilité du parent biologique ou parent d'accueil, afin de le rendre plus disponible pour répondre aux besoins d'attachement de l'adolescent;
- > favoriser l'établissement d'un lien plus sécurisant entre le parent d'origine ou d'accueil et l'adolescent en intervenant avec la dyade;
- > offrir une expérience relationnelle «réparatrice» avec un donneur de soins substitut professionnel afin de permettre à l'adolescent de revisiter ses modèles internes en matière d'attachement;
- > développer la sensibilité du donneur de soins substitut (éducateur);
- intégrer les notions d'attachement dans l'organisation d'un milieu de vie bienveillant.

Certains programmes conçus pour les adolescents ne visent pas précisément l'intervention en centre de réadaptation, et il faut donc les regarder en étant conscient pour évaluer ce qui pourrait en être extrait. Enfin, certains programmes ne visent pas précisément l'attachement mais cherchent plutôt à offrir un cadre d'intervention soignant qui tienne compte des effets de la maltraitance; l'attachement est simplement une de leurs composantes.

Programme visant à développer la sensibilité parentale du parent ou du parent d'accueil

Les recherches montrent qu'une meilleure sensibilité parentale (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978) est centrale pour favoriser une sécurité de l'attachement et pour améliorer la santé sociale et psychologique du jeune. De même, la présence chez le parent de certains comportements insensibles pourrait avoir une influence déterminante sur la qualité de la relation. Cependant, contrairement à ce qu'on a déjà cru, il semble que la sensibilité parentale ne suffise pas à elle seule pour prédire la qualité de la relation d'attachement ultérieure. La capacité réflexive du parent, c'est-à-dire sa capacité à percevoir la réalité de l'enfant et à comprendre le besoin affectif sous-jacent à ses comportements, serait un aspect central de la question. Plusieurs auteurs (Fonagy, Gergely, Jurist et Target, 2002; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy et Locker, 2005) mentionnent que la capacité réflexive est cruciale pour promouvoir la sécurité de l'attachement. Lorsque le donneur de soins peut réfléchir sur les facteurs qui sous-tendent les comportements de son enfant, y compris les sentiments et les besoins de l'enfant, il est mieux équipé pour comprendre le sens des comportements problématiques. Lorsque le parent peut démêler ses propres besoins et états émotionnels de ceux de son enfant et prendre conscience de la façon dont ils peuvent influer sur ses interactions avec son enfant, il devient plus équipé et efficace dans sa capacité à réguler l'affect au sein de la relation.

La capacité réflexive permet au parent de répondre aux comportements du jeune avec plus d'ouverture et d'acceptation. Ce processus donne aux membres de la dyade une opportunité de travailler ensemble à mieux comprendre le sens des expériences émotionnelles de l'enfant, en procurant au parent la fondation nécessaire pour donner au jeune une base et un havre de sécurité. Les enfants apprennent aussi à comprendre leurs sentiments et leurs comportements. La capacité réflexive et la sensibilité parentale sont considérées comme étant les composantes clés d'un état d'esprit sécurisant en ce qui a trait à l'attachement.

Pour décrire ce type de programme, voici l'exemple de CONNECT.

Programme CONNECT

Le programme CONNECT (Moretti, Obsuth, Mayseless et Scharf, 2012) a été conçu pour les parents de préadolescents et d'adolescents démontrant des troubles de comportement extériorisés au-dessus du seuil clinique. La majorité a vécu des expériences traumatisantes, dont de la violence familiale et de la maltraitance (Bartolo, Peled et Moretti, 2010; Moretti, Jackson et Obsuth, 2010; Moretti, Obsuth, Odgers et Reebye, 2006; Obsuth, Watson et Moretti, 2010; Odgers, Moretti et Reppucci, 2010; Peled et Moretti, 2007). Le programme CONNECT aborde les aspects de la relation parent-enfant qui émergent fréquemment durant les périodes de la préadolescence (8-12 ans) et de l'adolescence (13-17 ans), notamment le désir grandissant d'autonomie, l'importance des relations avec les pairs et le rejet de l'autorité et des croyances parentales.

En tenant compte de recherches suggérant que la perturbation de la relation d'attachement parent-enfant est associée à des problèmes émotionnels et comportementaux importants chez les jeunes, ainsi que des recherches sur l'efficacité des interventions basées sur la théorie de l'attachement auprès de jeunes enfants, le groupe Moretti, Braber et Obsuth (2009) a conçu une intervention à court terme (10 semaines) pour les parents d'adolescents. Le programme CONNECT vise le rehaussement des éléments clés d'une relation d'attachement sécurisante: la sensibilité parentale, la collaboration ou le « partenariat à buts corrigés », les fonctions réflexives et de mentalisation parentale et la régulation affective dyadique.

Cette intervention, basée sur la thérapie de groupe, rassemble de 8 à 16 parents ou donneurs de soins et est dirigée par deux animateurs. Chaque séance débute par une introduction didactique d'un principe d'attachement centré sur les aspects clés de la relation parent-adolescent et sur les défis parentaux fréquemment vécus. Le programme aide le parent:

- (a) à devenir conscient de la signification du comportement problématique du jeune sous l'angle d'un besoin d'attachement;
- (b) à réfléchir aux aspects du lien d'attachement et à la façon dont ceux-ci affectent l'état d'esprit et les expériences antérieures du jeune;
- (c) à réfléchir à leurs propres réactions émotionnelles aux comportements de leur enfant, surtout en faisant le lien avec leur propre expérience d'enfance;
- (d) à répondre au lieu de réagir, avec sensibilité et tout en maintenant des attentes et des limites appropriées pour le jeune.

Des activités, notamment des jeux de rôle et des exercices de réflexion, sont utilisées pour illustrer chacun des principes abordés.

Au lieu d'aider le parent à gérer le comportement problématique de son enfant, CONNECT tente d'aider le parent à comprendre les comportements difficiles de son enfant sous l'angle d'un besoin d'attachement. Cela nécessite que le parent mette en pratique sa capacité de prendre du recul envers son enfant afin de mieux comprendre:

- 1. l'état d'esprit du jeune,
- 2. son rôle et ses sentiments en tant que parent, et
- 3. l'importance de la qualité des interactions pour la relation parent-adolescent.

En ayant cette idée en tête, le parent est encouragé à réfléchir à la manière dont il peut répondre à son enfant afin de promouvoir la sécurité au sein de la relation, c'est-à-dire à la manière d'offrir au jeune un soutien approprié pour l'aider dans sa gestion de la détresse tout en maintenant une structure et un sentiment de sécurité.

On encourage les parents à reformuler les conflits avec leurs jeunes sous l'angle de l'attachement en les amenant à comprendre la façon dont le conflit et les sentiments de colère des jeunes sont souvent des signaux de détresse. D'autres thèmes sont abordés, dont l'utilité de l'empathie, les façons de trouver un équilibre entre ses besoins et ceux de l'adolescent et l'importance de voir les défis vécus avec le jeune comme des occasions de croissance. Au fil des séances, les parents sont encouragés à réfléchir à leurs propres expériences d'adolescence et à leurs expériences liées à leurs relations actuelles avec les autres. Ainsi, les parents apprennent à reconnaître et à moduler leurs réactions émotionnelles envers les comportements difficiles de leur jeune et à utiliser les techniques parentales de soutien au sein de leur relation.

L'évaluation du programme a démontré que, par rapport au groupe témoin, les parents d'adolescents à risque élevé ont rapporté une diminution significative des comportements agressifs, antisociaux et oppositionnels de leur jeune ainsi qu'une diminution de l'anxiété et de la dépression (Moretti et Obsuth, 2009). Les parents ont également rapporté une augmentation significative de leur propre satisfaction parentale et de leur sentiment d'efficacité. Les gains post-traitement ont été maintenus un an, selon un post-test. De plus, les parents ont rapporté une diminution des troubles de comportement extériorisés et intériorisés de leurs jeunes avec le temps.

Les travaux de Moretti et de ses collègues avec le Centre Maple⁹ ont permis de concevoir une formation pour le personnel travaillant avec les jeunes hébergés. Voici les principes mis de l'avant tant dans les groupes de parents que dans la formation des intervenants de réadaptation.

Principe 1. Tout comportement a un sens. L'attachement est un besoin de base chez l'humain qui donne forme aux comportements, et ces derniers sont des formes de communication. Le sens du comportement est révélé par la compréhension du fonctionnement du modèle interne générant ce dernier. L'intervenant doit parfois prendre du recul pour lire le comportement avec une vision « attachement », qui considère les expériences antérieures du jeune en tenant compte de l'attachement et des traumas ayant façonné sa façon d'exprimer ses besoins. Il doit être conscient que sa façon de répondre (verbalement et non verbalement) aux comportements du jeune a un sens, et que cela impacte la qualité de relation qui s'installe avec le jeune. Il faut considérer les options que nous avons pour répondre. Être une base de sécurité et offrir du réconfort ne va pas à l'encontre de l'établissement d'attentes claires et de limites.

Principe 2. L'attachement dure toute la vie. Les besoins d'attachement durent du berceau au cercueil, seule la manière d'exprimer ces besoins se transforme en fonction du niveau de développement de l'individu. Certains besoins de proximité, d'être « CONNECTé », cohabitent avec des besoins d'autonomie. En situation de stress, nous utilisons parfois des stratégies familières et même, parfois, régressives.

Principe 3. Le conflit fait partie de l'attachement. Lorsqu'il est exprimé et qu'on y répond de façon constructive, le conflit offre de nouvelles occasions de grandir. L'intervenant doit développer son habileté à reconnaître les besoins d'attachement en période de conflit et à demeurer disponible émotionnellement. Il doit connaître ses réactions en situation de conflit et leur influence dans sa façon de réagir et de demeurer ou non emphatique. Lorsque l'agressivité et la violence sont présentes, lorsque le conflit est hors de contrôle, la sécurité physique de tous devient le premier enjeu. Mettre des balises est rassurant, surtout lorsque cela est fait avec confiance, sensibilité et empathie. Les expériences passées du jeune ont influencé sa façon de percevoir les conflits et d'y répondre. Il est donc important de conserver sa capacité à prendre du recul.

^{9.} Le Centre Maple offre des traitements à des adolescents de la région de Vancouver, en Colombie-Britannique. L'établissement fait partie du réseau de services en santé mentale, lequel offre une gamme de services résidentiels et communautaires directs aux jeunes de 12 à 17 ans ayant des difficultés psychiatriques et comportementales importantes et à leurs familles.

Principe 4. L'autonomie inclut une connexion. L'attachement sécurisant favorise l'équilibre entre l'exploration et l'indépendance. Il faut se rappeler que la quête d'autonomie est influencée par les expériences antérieures et que celles-ci peuvent créer une grande ambivalence. Cela peut être un défi de l'accompagnement de ne pas lire certaines tentatives d'autonomie comme étant de la provocation, un rejet de l'autorité ou encore un désir de se mettre volontairement en difficulté.

Principe 5. L'empathie est le cœur de l'attachement. L'empathie encourage la croissance et renforce la relation. Il est difficile parfois de demeurer empathique en situation de conflit, de reconnaître les sentiments de l'autre sans chercher à tout prix une solution immédiate. L'empathie n'est pas incompatible avec la mise en place de limites claires et de conséquences liées à des comportements, mais elle permet de s'en occuper une fois le jeune calmé. Être réellement empathique exige de l'intervenant qu'il soit capable de prendre du recul par rapport à ses propres émotions. La réaction du jeune à cette attitude d'ouverture peut être difficile à comprendre : elle peut créer de l'anxiété, l'impression d'être vulnérable et exposé, un sentiment de perte exprimé par de la colère. Ces réactions peuvent nous donner de l'information sur les perceptions que le jeune a de lui-même et des figures adultes.

Principe 6. Équilibrer la réponse à ses besoins et aux besoins des autres. La relation parent-enfant ou la relation d'aide présente bien des inégalités. Lorsque l'intervenant prend soin de lui, il est plus disponible pour la relation d'aide, une relation qui n'est pas réciproque en matière de réponse aux besoins, ce qui peut parfois causer du ressentiment ou encore de la culpabilité. Les adolescents hébergés sont absorbés dans leur vie et leurs difficultés et ils ne sont pas préoccupés par les besoins des adultes qui les entourent. L'intervenant doit apprendre à s'exprimer sur ses besoins dans les supervisions cliniques et avoir des relations qui y répondent à l'extérieur du travail.

Principe 7. La croissance et le changement sont inhérents à la relation. Comprendre le passé pour mieux progresser. L'intervenant doit reconnaître les facteurs qui font en sorte que le changement est un défi pour le jeune et parfois pour lui-même. Il doit comprendre que le changement est un processus complexe et parfois lent. Personne ne peut renier son passé. Les expériences vécues sont là pour toujours, mais ne déterminent pas nécessairement l'avenir. Il faut accepter que la progression d'un jeune puisse soulever de l'ambivalence. L'intervenant doit pouvoir accorder de l'importance à l'évolution et au changement plutôt qu'uniquement aux difficultés et aux échecs. Il doit reconnaître les tentatives du jeune à changer, même si elles sont parfois maladroites, et les lui communiquer.

Principe 8. Célébrer l'attachement. L'attachement apporte joie et peine. L'intervenant doit reconnaître l'impact des expériences antérieures sur la capacité du jeune à se rapprocher et à célébrer. Il doit aussi reconnaître ce qui entrave sa capacité à se « CONNECTer » véritablement.

Principe 9. Deux pas en avant, un pas en arrière. Il faut faire confiance à la relation dans les moments de turbulence. L'adversité est aussi une occasion de grandir. Il est important de se préoccuper de la façon dont se porte la relation après une intervention et de l'utilisation des mécanismes de réparation et de réconciliation.

Le modèle d'intervention ARC (Attachement, régulation et compétences)

Le modèle ARC (Attachement, régulation et compétences), conçu par Blaustein et Kinniburgh (2010), est un programme jugé prometteur pour traiter le trauma. Il s'agit d'une intervention systémique qui vise les intervenants, les parents et le milieu scolaire. Ce modèle est basé sur les théories du trauma, de l'attachement et du développement de l'enfant. Les fondements de cette approche mettent l'accent sur:

- > l'enfant dans le contexte dans lequel il évolue;
- > la compréhension des symptômes actuels comme des réponses adaptatives à des événements passés;
- > l'intervention dans le milieu de vie de l'enfant, et par conséquent l'implication des adultes-ressources.

Plutôt que d'être un traitement prescriptif par étapes, ARC est un cadre flexible duquel des manuels peuvent être conçus pour s'arrimer à la population visée; ce modèle reconnaît la complexité de la problématique. L'intérêt de Delphine Collin-Vézina pour le modèle et le travail de traduction ont déclenché un intérêt dans les milieux cliniques. En collaboration avec la chercheuse, des intervenants du Centre jeunesse de Lanaudière ont travaillé à concrétiser le modèle en élaborant un programme de soutien aux familles d'accueil qui hébergent des enfants dont le projet de vie a été actualisé chez eux. De plus, différentes expériences d'implantation du modèle ARC se font actuellement dans différents centres de réadaptation du Québec auprès des jeunes hébergés.

2.3.3 Programmes d'intervention avec la dyade

Attachment-based family therapy (ABFT)

L'ABFT (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, et Isaacs, 2002 ; Diamond et al. 2010) est un modèle psychothérapeutique basé sur les fondements de la théorie de l'attachement. La théorie de l'attachement repose sur le postulat que grâce à des comportements parentaux sensibles, l'enfant acquerra une représentation saine de lui-même, un sentiment de confiance envers les autres et une plus grande facilité à développer son indépendance et une régulation affective optimale. À l'inverse, des comportements insensibles, associés à un attachement parent-enfant insécurisant, augmenteraient le risque de présenter des symptômes de troubles psychopathologiques. Cela dit, le modèle développemental de la théorie de l'attachement propose qu'une relation d'attachement insécurisante puisse être réparée, et donc que les enfants peuvent acquérir et développer les habiletés internes et externes favorisant un développement plus optimal.

Ce programme d'intervention a été conçu pour les adolescents souffrant de dépression et leurs familles. Il a pour fondement qu'une relation familiale saine représente un facteur de protection important contre la présence de symptômes de dépression et de pensées suicidaires chez les adolescents et peut servir de mécanisme de changement dans un processus d'intervention. Le but du modèle ABFT est de renforcer ou de créer une relation parent-enfant sécurisante et de promouvoir l'autonomie de l'adolescent. Pour accomplir cela, le thérapeute

soutient la famille dans le processus de réparation de la relation. Le thérapeute rencontre quelques fois l'adolescent seul pour l'aider à repérer les ruptures d'attachement ou les processus familiaux négatifs perçus et le préparer à discuter de ces problèmes avec son ou ses parents. Il rencontre aussi le ou les parents, afin de les aider à réduire la détresse parentale et les soutenir dans l'apprentissage de techniques parentales plus adaptées. En explorant son histoire d'attachement et ses propres ruptures relationnelles, le parent est en mesure de mieux comprendre ses blessures d'attachement et de développer sa capacité à être empathique envers l'adolescent. Lorsque ce travail préalable a eu lieu, la dyade parent-adolescent est réunie pour des rencontres communes lors desquelles les deux membres de la dyade évoquent leurs difficultés. Ce processus permet à la dyade de résoudre les problèmes actuels au sein de leur famille, et donne l'occasion à chaque membre de mettre en pratique les nouvelles habiletés acquises en matière de régulation des affects et de stratégies interpersonnelles pour faciliter la résolution de problèmes. À mesure qu'une confiance en soi émerge tranquillement chez l'adolescent, le but initial de la thérapie s'élargit pour inclure le développement des compétences chez le jeune en dehors du contexte familial.

Le traitement ABFT comprend cinq tâches à accomplir dans un délai d'une à trois séances:

- 1. Recadrage relationnel: amener la famille à ne plus se centrer sur l'idée « d'arranger » le jeune, mais plutôt de construire de meilleurs liens au sein de la famille.
- 2. Développement de la relation d'alliance avec l'adolescent: construire une relation d'alliance entre le thérapeute et l'adolescent, déterminer les dynamiques centrales qui inhibent la relation parent-enfant et encourager le jeune à en discuter ouvertement.
- 3. Développement de la relation d'alliance avec le parent: réduire la détresse parentale et améliorer les pratiques parentales. Cela commence par une exploration des facteurs de stress pour le parent et de leur propre histoire d'attachement, y compris des blessures qui peuvent exister et avoir un lien avec cette histoire. Le but est d'améliorer la capacité du parent à être empathique envers le jeune et d'amener le parent à être plus réceptif au « coaching ».
- 4. Promotion du lien d'attachement: amener l'adolescent à explorer ses expériences, pensées et sentiments antérieurs et présents qui ont percuté son lien d'attachement et endommagé son sentiment de confiance envers son parent. Les parents sont encouragés à être empathiques et à jouer un rôle soutenant envers le jeune pour que celui-ci puisse explorer et exprimer ses émotions liées à ces événements. Cette nouvelle expérience d'attachement permet à l'adolescent de réévaluer ses modèles internes opérants, envers lui-même et les autres, et favorise le changement en matière d'interactions entre les différents membres de la famille.
- 5. Promotion des compétences: encourager les membres de la famille à poursuivre la mise en pratique des nouvelles compétences acquises afin de favoriser le succès des interactions du jeune à l'extérieur de la maison. Cela favorise le développement du sentiment d'autonomie chez le jeune adolescent, tout en maintenant un contact parent-enfant approprié.

Pour devenir un thérapeute certifié de l'ABFT, il faut posséder, au minimum, une maîtrise en travail social ou dans un domaine connexe. La certification en ABFT est offerte par les employés du Children's Hospital de Philadelphie, soit à l'hôpital ou dans des centres indépendants. La certification est un processus qui s'étale sur deux ans et qui comprend deux formations de trois jours et des rencontres bihebdomadaires de 90 minutes chacune incluant des consultations, des supervisions vidéo et des rétroactions individuelles. Les thérapeutes doivent répondre aux standards de fiabilité pour être certifiés.

Voici quelques constats de la recherche:

- > les adolescents ayant suivi l'ABFT pendant six semaines montraient une prévalence plus faible de dépression clinique (soit un score au-delà du seuil clinique de 9 sur le «*Beck Depression Inventory*») que les jeunes du groupe témoin (56 % vs 19 %) (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland et Isaacs, 2002);
- les adolescents ayant suivi l'ABFT ont montré une amélioration de plusieurs mesures évaluant les idéations suicidaires comparés à ceux du groupe témoin (Diamond et al., 2010).

Multiple-family group intervention

Il s'agit d'un programme d'intervention basé sur les recherches et les théories visant à apporter un changement sur les plans de la régulation des affects et des stratégies d'attachement au sein des familles afin de réduire les troubles de comportement chez les adolescents (Keiley, 2002). Ce programme a été conçu pour les adolescents emprisonnés et leurs parents.

Voici un aperçu du programme.

- Rencontres hebdomadaires d'une heure et demie où les dyades visionnent des vidéos de conflits parents-ados qui ne sont pas bien résolus (une vidéo par séance).
- > Intervention de huit semaines ayant six étapes et les buts suivants:
 - améliorer les déficits chez les parents et les adolescents en ce qui concerne leur capacité de régulation des affects et leur relation d'attachement;
 - aider la dyade à mieux comprendre la façon dont l'expression de leurs affects peut avoir une influence sur l'autre à l'aide de jeux de rôle (surtout en ce qui a trait à la colère, à la façon de la tolérer, etc.);
 - aider les membres de la dyade à mieux comprendre leurs émotions (sensations physiques liées au fait d'être en colère), suggérer des stratégies pour mieux gérer les affects intenses (prendre une pause au lieu de provoquer l'escalade du conflit, utiliser une technique de relaxation), briser les cycles d'agression et de silence, faciliter la conversation entre les parents et les ados.

Lors des trois premières semaines, les parents et les adolescents se retrouvent dans des groupes séparés. Ils sont ensuite réunis à la fin de chaque séance. Lors des cinq dernières rencontres, les parents et les adolescents sont regroupés. Les notions d'attachement et de régulation des affects sont abordées.

Les intervenants:

- a) présentent les six étapes de l'intervention;
- b) montrent des vidéos d'interactions parent-adolescent où l'affect n'est pas bien géré (une vidéo par semaine);
- c) présentent en quoi les étapes de l'intervention permettent de mieux gérer cette interaction;
- d) mènent une discussion sur des situations similaires que le jeune et son parent ont pu vivre dans leur quotidien;
- e) mènent des jeux de rôle pour des situations dysfonctionnelles similaires et ensuite révisent ces jeux de rôle en utilisant l'étape de l'intervention travaillée;
- f) remettent au jeune une feuille résumant la séance pour qu'il puisse s'y référer pendant la semaine qui suit (pour l'aider à appliquer la technique apprise lors de la séance).

Lors de la dernière semaine, le parent et l'adolescent travaillent ensemble pour créer une affiche qui représente ce qu'ils ont appris et ce qu'ils retirent de l'intervention. Le but de cet exercice est de consolider et de célébrer les notions apprises par la dyade.

Programme d'intervention Levels of Processing

Selon Kobak et Esposito (2004), la relation à buts corrigés entre l'enfant et son parent est directement liée aux capacités des membres de la dyade à communiquer et à résoudre leurs conflits. Les auteurs avancent également que les conversations ouvertes permettent à chaque membre de la dyade de réviser et de mettre à jour ses modèles internes opérants (MIO), favorisant ainsi une meilleure intégration de leurs besoins respectifs. Sans ce type de communication, les attentes et les interprétations des comportements de l'autre peuvent être erronées. Le but de l'intervention est donc de réparer les failles dans le patron de communication entre l'enfant et son parent.

Pour ce faire, le thérapeute encourage le parent et l'enfant à modifier leurs MIO envers l'autre, c'est-à-dire à remplacer les interprétations négatives envers l'autre par des attentes plus positives. En fait, le thérapeute doit fournir une interprétation de rechange pour le comportement de l'enfant ou du parent. Concrètement, le thérapeute aide le parent à interpréter les comportements négatifs de son enfant comme des appels à répondre à un besoin d'attachement positif et encourage l'enfant à interpréter les comportements contrôlants ou hostiles de son parent comme des expressions de soucis légitimes.

La *video-feedback* (rétroaction) est utilisée comme stratégie pour permettre au parent de visionner une interaction filmée avec son enfant. Le thérapeute arrête la vidéo à un moment de difficulté au sein de la dyade et ensuite demande au parent:

- 1. comment il se sentait à ce moment précis, et
- 2. ce qu'il pense que l'enfant ressentait ou essayait d'exprimer.

Encore une fois, le but est d'amener le parent à réinterpréter les comportements de l'enfant sous un angle plus positif.

Comment faire de la rétroaction?

- > Filmer une séquence d'interaction (discussion d'un conflit parent-ado; 20 minutes).
- > Revoir la séquence avec le parent et l'adolescent.
- > Arrêter la vidéo à un moment de difficulté pendant le visionnement.
- > Demander au parent et à l'adolescent:
 - Qu'est-ce vous ressentez/pensez à ce moment durant l'activité?
 - Qu'est-ce que le parent a observé de l'adolescent? de lui-même?
 - Qu'est-ce que l'adolescent a observé du parent? de lui-même?

Il est important de:

- > renforcer les comportements positifs du parent et de l'adolescent;
- > valoriser le sentiment de compétence du parent;
- > souligner au parent l'impact positif de ses comportements verbaux sur les comportements de l'adolescent;
- > noter graduellement leurs comportements inappropriés.

La rétroaction avec l'intervenant permet au parent et à l'enfant de s'interroger sur la validité de leurs émotions. En étant guidé, chaque membre de la dyade sera amené à réfléchir à d'autres stratégies pour gérer ses émotions négatives. La révision des MIO, envers soi-même et envers l'autre, favoriserait une meilleure communication parent-enfant au cours de laquelle les besoins respectifs de chacun sont anticipés et considérés par l'autre. Les auteurs suggèrent que c'est à travers ce type de communication que les MIO insécurisants des adolescents peuvent s'améliorer.

2.3.4 Organisation d'un milieu de vie en établissement

Pour Berlin, Zeanah et Lieberman (2008), le plus grand défi dans l'organisation d'un milieu avec des donneurs de soins multiples est le nombre de soignants, particulièrement pour des enfants qui sont désinhibés. Pour favoriser une organisation sécurisante, il faut un donneur de soins sensible qui offre une base de sécurité et de refuge dénuée d'hostilité et de comportements effrayants et effrayés.

Pour Taylor (2010), un travail qui s'appuie sur la théorie de l'attachement s'intéresse aux difficultés actuelles de l'enfant, particulièrement dans les relations interpersonnelles, et, à partir de l'établissement d'une relation thérapeutique jouant le rôle d'une base de sécurité, permet l'exploration de l'ensemble des relations. Cela nécessite la planification d'un environnement thérapeutique qui soutient la résolution des traumas précoces et des séparations et de pertes non résolues. L'organisation du milieu thérapeutique permet à l'adolescent de se construire de nouvelles représentations cognitives et affectives des soins afin d'influer sur la trajectoire développementale en réponse à un parentage adéquat.

Le milieu de soins joue de façon symbolique et quotidienne le rôle de la figure d'attachement en fournissant des réponses sensibles et prévisibles susceptibles d'engendrer un attachement sécurisant. Dans une approche de groupe, plutôt que de se fier à une relation particulière entre l'enfant et un adulte, le «groupe parental» se préoccupe de poser sur l'enfant un regard bienveillant et chaleureux. Le milieu offre un havre de sécurité face aux menaces et fournit une base de sécurité permettant l'exploration des relations actuelles.

La prise en charge en établissement de certains enfants et adolescents a pour objectif d'influer positivement sur leur trajectoire de développement. Souvent, les adultes responsables croient à tort qu'il s'agit de guider l'enfant vers un résultat désiré. Cette idée ne tient pas compte de la façon transactionnelle dont l'enfant se développe. En effet, l'enfant est activement impliqué dans la construction de son développement, il n'est pas un «récipient passif». Dans un modèle de soins centré sur l'enfant, ses besoins doivent être au centre de cette interaction transactionnelle. Les enfants qui ont des expériences douloureuses ont des besoins particuliers. Même des intervenants habiles et expérimentés peuvent avoir des moments d'inattention et répondre intuitivement d'une façon qui renforce les croyances fondamentales de l'enfant sur lui-même et sur les autres.

La meilleure façon de maintenir l'environnement thérapeutique est de comprendre le monde intérieur de l'enfant. Chaque pensée et chaque sentiment doivent être explorés avec le jeune. Même s'il est très difficile pour l'enfant d'affronter ses difficultés, il est l'expert de son expérience. L'adulte doit avoir des habiletés à communiquer, mais surtout à déchiffrer la communication de l'enfant. C'est par le réconfort donné et le partage d'émotions dans un environnement garant de réconfort, de sécurité, de prévisibilité et qui répond aux besoins de base que se construisent un sentiment de confiance, une sécurité et un lien d'attachement.

Selon l'auteur, l'environnement thérapeutique planifié est composé de quatre éléments :

- 1. Les valeurs et croyances des donneurs de soins
- 2. L'environnement physique
- 3. La philosophie de l'organisation
- 4. Les pratiques de soins

1. Les valeurs et croyances des donneurs de soins

Les intervenants ont des croyances fondamentales en ce qui concerne l'éducation et le soin des enfants. Ces croyances génèrent des hypothèses, qui déclenchent des pensées et des conduites relativement à la façon dont il faut réagir au monde du jeune. Le niveau de concordance entre les croyances de l'intervenant et les besoins du jeune déterminent la qualité de l'environnement socioaffectif qui sera offert à l'adolescent. À l'inverse, une absence de concordance fait vivre un stress important à tous les acteurs concernés. Pour offrir un milieu thérapeutique, il est prioritaire que l'intervenant examine ses croyances. C'est une tâche exigeante, mais qui permet à l'intervenant de se développer sur le plan professionnel. Il faut se rappeler que c'est exactement ce que nous demandons à l'enfant de faire, soit de regarder ses croyances, ses valeurs, ses attitudes et comportements et de changer ce qui n'est pas productif.

Voici selon l'auteur des présomptions de base à adopter concernant l'adolescent :

- > Il fait de son mieux.
- > Il veut s'améliorer.
- > Pour se sentir en sécurité, il a besoin de tout contrôler.
- Il veut éviter ce qui est douloureux ou stressant.
- > Ses attaques sont un reflet de son manque de confiance, d'un faible contrôle émotionnel, des erreurs de pensée, de son impulsivité.
- > Pour changer, il a besoin qu'on l'accepte, le réconforte, lui enseigne des choses, qu'on valide sa conscience de soi en l'aidant à acquérir des compétences et qu'on ajuste nos attentes à son âge de développement afin qu'il expérimente davantage de succès et moins d'échecs.
- > En situation de stress, le jeune utilise des stratégies défensives qui lui ont été utiles pour survivre par le passé.
- > Il va devoir travailler fort pour apprendre à vivre bien.
- > On ne peut faire le travail pour lui ni le sauver.
- > On peut réconforter, enseigner, respecter et estimer.
- > L'intervenant aura besoin de soutien de personnes en qui il a confiance.
- > L'intervenant fera des erreurs, c'est important de les reconnaître, d'y faire face et d'apprendre à en tirer profit et enseignement, comme on le demande au jeune.

Ces présomptions peuvent protéger l'intervenant en lui évitant d'être envahi par le monde interne de l'enfant. Cela est la base de l'alliance thérapeutique et la meilleure ressource pour l'enfant.

2. L'environnement physique

Le milieu doit pouvoir être contenant. Un enfant qui a une problématique d'attachement a souvent un monde intérieur chaotique et une faible conscience des différences entre celui-ci et les expériences et émotions ressenties par les autres. Ce jeune est souvent perçu comme imprévisible, inatteignable, manipulateur et violent, ce qui représente assez bien la vision que l'adolescent placé se fait du monde extérieur. Pour affronter ce monde menaçant, il ne peut se fier à personne ni à lui-même. Il est souvent effrayé par sa propre violence et par la réaction de peur qu'il soulève chez les adultes qui l'entourent, ce qui lui fait ressentir de la panique et le rend encore plus violent.

Les adultes qui prennent soin de lui doivent pouvoir le contenir, lui et sa violence, sans confrontation. Il faut du calme et un nombre suffisant d'adultes pour tenir le coup et contenir les émotions agressives. Parfois, cela peut paraître une tâche colossale et impossible et soulever un sentiment d'impuissance.

La contenance consiste en une série d'éléments:

- > Les besoins primaires de sécurité, de chaleur et de stimulation sont satisfaits de façon inconditionnelle.
- > Les limites sont claires et explicites, et appropriées en ce qui concerne l'expression d'émotions et les comportements.
- > Il y a une ferme volonté de résoudre les malentendus.

- > La relation est nourrissante et empreinte de tolérance, ce qui fait que l'individu se sent pris en charge et investi.
- > La communication est bienveillante.
- > L'enfant existe dans l'esprit de l'adulte, il n'est pas oublié.

L'adolescent doit saisir que l'adulte peut survivre à ses attaques et à son anxiété, qu'il n'est pas submergé. L'adolescent fait l'expérience répétée que son monde intérieur n'est pas destructeur et qu'il peut être contenu.

L'environnement qui est planifié est un milieu contrôlé en matière de stresseurs et d'excitations. Il offre un équilibre entre un milieu calme et un milieu offrant une quantité ajustée de défis (sécurité/exploration).

L'intervenant offre un cercle de sécurité:

- > en fournissant une réponse sensible, en étant empathique et en nommant et contenant les émotions;
- > en étant disponible pour répondre aux réels besoins du jeune sans nourrir une trop grande dépendance ou indépendance;
- > en acceptant le jeune pour ce qu'il est et en posant sur lui un regard positif de façon inconditionnelle, en l'aidant à développer son amour-propre, afin qu'il se sente reconnu et capable de se voir une valeur;
- > en offrant une structure qui réduit l'excitation et implique d'être consistant dans les attentes et les explications et à avoir des attitudes et des réponses prévisibles (avantages des routines, attention particulière aux moments de transition);
- > en tenant compte du fait que les jeunes qui parviennent à s'apaiser quand ils sont trop agités apprennent éventuellement à se réguler davantage eux-mêmes : il faut trouver ce qui fonctionne pour chacun d'eux.

L'auteur donne certains exemples de ce qui peut apaiser: regarder une chandelle brûler, se faire une manucure, écouter des bruits de la nature, faire une promenade, utiliser des huiles essentielles ou de l'encens, écouter sa musique préférée, prendre un bain moussant, se brosser les cheveux doucement, écouter la radio pour entendre des voix humaines, prendre un bain de pieds, utiliser une crème parfumée, caresser un animal, serrer un coussin ou un animal en peluche, s'étendre sous une couverture douillette, se faire un massage des mains ou de la tête, se mettre une compresse froide sur le front...

L'environnement physique doit être chaleureux, confortable, invitant, entretenu et familial. L'environnement est beau et contient de jolis objets, car les jeunes qui y habitent ont de la valeur. Certains objets seront endommagés compte tenu de la faible régulation des jeunes. Les adultes ne doivent pas y voir une attaque personnelle, tout comportement est une communication et l'effort doit être mis à comprendre ce que l'enfant veut communiquer. Il faut réparer rapidement, lorsque c'est possible, avec l'aide du jeune. Tout objet brisé doit être retiré et remplacé.

Il est utile que l'enfant soit assuré que les portes extérieures sont fermées, et donc qu'aucun inconnu ou agresseur du passé ne peut entrer. Les visiteurs sont annoncés et triés. Les fenêtres doivent avoir des stores ou des rideaux, et c'est bien qu'il y ait une routine concernant les moments où ils sont ouverts ou fermés. Il devrait y avoir du matériel de jeu disponible qui correspond à l'âge chronologique et développemental.

C'est important qu'il y ait une distinction claire entre l'espace de groupe et les espaces individuels et privés. Il faut que les enfants sentent que leur espace sera préservé et à l'abri des crises d'angoisse des pairs.

La chambre d'un jeune doit être individualisée (choix de literie, lumière qui pourrait demeurer allumée la nuit, une chaise pour que l'adulte s'assoie quand il vient plutôt que de s'asseoir sur le lit), mais l'espace public représente le groupe, et les préférences de chacun doivent y être présentes, sans être dominantes. À mesure que l'enfant gagne en autonomie, sa chambre devrait devenir un espace où il peut être indépendant, sans que l'adulte se mêle de ce qui la concerne.

L'auteur présente par la suite un modèle de **quatre étapes du placement** qui est une adaptation du modèle de récupération du trauma en trois phases de Cairns (2002) et Sutton (2007), (cité dans Taylor 2007). Ces étapes donnent une idée claire de ce que devraient être les attentes à chacune des phases du placement. Ces quatre étapes sont: la stabilisation, l'intégration, l'adaptation et la transition.

La stabilisation – Le niveau de stress de l'enfant est particulièrement élevé. L'objectif principal durant cette phase est de faire baisser le stress afin que l'enfant commence à se sentir en sécurité dans un environnement prévisible (safe heaven). Certains enfants ont besoin de demeurer à ce stade ou d'y revenir souvent. Pour faire face à la prochaine étape, voici les indicateurs que l'enfant doit démontrer (il se peut qu'il ne les ait pas tous acquis, mais il doit en avoir suffisamment pour affronter l'étape suivante):

- > Je me sens suffisamment à l'aise pour être capable de parler à quelqu'un des difficultés que je rencontre dans ma vie.
- > J'ai des moyens ou des solutions de rechange que je peux utiliser au lieu de me faire mal, de faire mal aux autres ou d'endommager le matériel.
- > J'ai un endroit sûr où je peux me réfugier si j'ai besoin de quitter la maison, et je reviens par la suite.
- > Je suis capable de me sentir mal à l'aise, effrayé ou apeuré.
- Je suis capable de penser à un passage à l'acte sans le faire.

L'intégration – Durant cette phase, le niveau de stress peut fluctuer grandement, et l'adulte doit faire face au défi de s'ajuster en alternant les périodes où il doit apaiser l'adolescent et celles où il doit lui faire vivre des défis. Le jeune a construit une base de sécurité et a des relations de confiance avec un adulte sécurisant. Il explore les pensées et émotions contradictoires liées à ses expériences précoces. Il est capable d'aborder les sentiments de honte, de culpabilité et d'auto-accusation liés au fait de ne pas avoir reçu des soins suffisants, et de surmonter le déni et l'incrédulité qui y sont associés.

L'adolescent peut soigner progressivement les pertes et donner du sens à ses expériences, souvent grâce à des moyens d'expression non verbaux (peinture, écriture, dessin, poésie, rap, théâtre). Durant cette période, l'enfant a besoin d'être contenu de son tumulte intérieur. Parfois, l'enfant reprend des comportements à risque qu'il avait abandonnés pour se défendre de ses émotions contradictoires : il est alors nécessaire de revenir à la phase 1.

L'adaptation – Le jeune a intégré un certain degré de sécurité et acquis une compréhension de son histoire d'attachement; il reconnaît la nature différenciée de certaines relations et progresse d'un état de dépendance totale vers un état d'autonomie et d'interdépendance. La tâche principale de l'adulte est de soutenir l'acquisition et la pratique d'habiletés sociales dans un environnement social élargi: construire un nouveau sens de soi, créer de nouvelles relations, acquérir un sens de contrôle et d'estime de soi, et acquérir des habiletés d'autoprotection pour l'avenir. Le stress créé par ses nouvelles expériences demandera le soutien du milieu, et l'adolescent aura parfois besoin de retourner à ses anciennes stratégies.

La transition – La transition peut être une expérience positive si l'enfant a bien acquis les habiletés des stades antérieurs. Cependant, il peut vivre un sentiment de perte face aux relations qu'il a créées et anticiper négativement la perte du soutien. L'adolescent a besoin d'aide et de recevoir une validation pour se rendre compte que le fait d'investir dans une relation conduit aussi à des séparations. Là encore, il arrive que le jeune régresse à des modes antérieurs pour affronter ses difficultés. Il peut provoquer le rejet pour faciliter la séparation. La tâche de l'adulte est de lâcher prise tout en protégeant la relation. Il est important d'être honnête au sujet de la disponibilité que le milieu pourra offrir. Les conditions sont gagnantes quand il y a une réelle collaboration entre le milieu de soins et le nouveau milieu et que l'enfant participe aux choix et aux décisions.

3. La philosophie de l'organisation

Une approche thérapeutique ne peut fonctionner que si les donneurs de soins sont reconnus et soutenus, et si l'organisation fournit les ressources nécessaires. Un des éléments clés est la supervision.

4. Les pratiques de soins

L'adolescent a été retiré d'un groupe (sa famille) pour être intégré à un groupe qui devrait offrir des soins suffisamment bons. Ces soins doivent être cohérents, fournir un dosage adéquat de stimulations, offrir de l'affection de façon appropriée, reconnaître avec fierté les réalisations du jeune et présenter des attentes qu'il se conduise de façon appropriée en fonction de son âge et de son niveau de développement. Quand le jeune est en détresse, le donneur de soins offre le réconfort, décode les émotions et les comportements de l'adolescent et offre une réponse adaptée.

Pour acquérir un sens de valeur personnelle, l'adolescent a besoin d'avoir un sentiment d'appartenance. Le jeune placé doit être soutenu pour construire un sentiment d'appartenance à son milieu de vie tout en conservant un sentiment d'être lié à sa famille d'origine. Cela exige que le milieu de soins considère les parents du jeune avec respect tout en étant réaliste et honnête quant à la place réelle qu'ils joueront dans sa vie future.

Un milieu de soins doit offrir une discipline (cadre et limites). Il faut distinguer discipline et punitions. La discipline aide l'enfant à respecter les exigences du milieu, alors que la punition est souvent en place pour faire baisser le niveau de frustration de l'adulte. Il est important, comme professionnel, de revisiter ces

Il ne faut pas minimiser l'impact du rôle de modèle joué par les intervenants. L'adolescent profitera du fait que ceux-ci ont considéré ses besoins d'attachement et ses expériences de perte et de séparation. Si l'intervenant n'est pas coincé dans ses propres histoires, il sera plus sensible à ce que l'adolescent communique.

modèles intégrés. Ce travail de conscience amène le professionnel à un meilleur décodage du sens du comportement de l'adolescent: par exemple l'utilité d'un comportement pour lui. Le comportement inadéquat du jeune demande qu'on intervienne; cependant, si ce comportement est la seule façon qu'a l'enfant d'affronter de forts sentiments négatifs (peur, anxiété, perte, trauma, etc.), l'adulte peut introduire une exigence démesurée à un moment où il ne peut la respecter, et il aura le sentiment d'avoir besoin de se défendre encore plus. C'est lors de ces périodes qu'il faut valider l'émotion et lui assurer de la sécurité. Plus tard, lorsque la crise est traversée, le jeune doit être revu avec compassion sur son comportement; l'adulte doit l'amener à réfléchir et à réparer, en étant responsabilisé sans être rejeté.

Le défi pour l'adulte est de soutenir l'intégration des idées et des sentiments (cognition et affect). La sensibilité du parent ou du donneur de soins se manifeste sur deux plans:

- 1. par l'offre d'une réponse sensible aux signaux affectifs;
- 2. par la création un espace d'intersubjectivité avec les pensées et l'esprit.

Le parentage est un processus transactionnel des plus complexes: l'adulte a des tendances naturelles de donneur de soins et les mécanismes de «coping» de l'adolescent peuvent venir déranger l'équilibre du système. Le jeune tire et pousse le donneur de soins, l'amenant à reproduire le parentage inconsistant qu'il a vécu. Cela peut créer des conflits parmi un groupe d'intervenants: ceux qui ont une tendance à l'évitement ne peuvent pas intuitivement comprendre les réponses des adultes qui deviennent envahis et préoccupés et ils peuvent les voir comme manquant de discipline, trop sympathiques, pas assez professionnels et incapables de relier leurs comportements à leur peur d'être rejeté par l'enfant. À l'inverse, les adultes ayant une propension à la préoccupation seront incapables de comprendre les réponses des adultes qui deviennent évitants, interprétant leurs réponses comme froides, punitives et abusives. Ces vues apparaissent irréconciliables et peuvent diviser des équipes et aussi des réseaux d'adultes qui entourent l'enfant. Il faut alors donner un sens à ces écarts dans les interprétations. L'histoire d'attachement non résolu du jeune et le haut niveau d'anxiété qui l'habite déclenchent une alarme chez l'adulte qui se sent menacé et anxieux. Il faut, pour être aidant, que l'adulte soit capable de contenir sa propre anxiété, afin de garder la capacité de réfléchir et de faire des choix afin de répondre et de garder les besoins de l'adolescent au cœur de son action. Il faut que l'intervenant soit contenu lui-même par ses collègues, son organisation, son chef de service. Les intervenants qui ont des tendances à l'évitement ont besoin de soutien pour faire le lien entre les traumas de l'enfant et leurs comportements, et les intervenants qui ont une tendance à la préoccupation ont besoin d'apprendre à gérer le fait qu'ils peuvent être envahis par le rejet du jeune. L'intervenant doit développer sa capacité réflexive en étant ouvert sur sa propre expérience d'attachement afin de pouvoir surveiller sa tendance et garder sa sérénité.

L'intervenant doit être conscient que la réponse spontanée à l'attachement désorganisé de type contrôlant-punitif est de se sentir impuissant et hostile ou hostile et apeuré. Pour garder un environnement thérapeutique, il faut que les intervenants soient capables de voir ces stratégies chez eux-mêmes et chez leurs collègues. Quand nous reconnaissons ces sentiments forts d'hostilité et de rejet,

rien ne sert de ressentir de la honte et de se blâmer. Il faut d'abord reconnaître que ces réponses sont transactionnelles et trouver du soutien. La peur est traitée par l'amygdale, dans la partie limbique du cerveau qui est sensible aux expressions faciales et au ton de la voix. Face à un comportement dérangeant ou menaçant, il est normal de voir nos sens en éveil. Cela affecte notre expression faciale et notre ton de voix, notre langage corporel, notre débit verbal, etc. Cela augmente à son tour le niveau d'activation de l'autre personne. C'est pourquoi il faut apprendre à être en contact avec nos réactions et sentiments et devenir compétent dans leur gestion. Pour ce faire, l'auteur propose d'utiliser le triangle dramatique décrit par Éric Berne (1964). En effet, l'intervenant se retrouve parfois forcé à jouer un rôle dans un scénario écrit et appris très tôt par l'enfant et qui est réactivé en situation de stress. L'adolescent est attiré par un « acteur » qui joue le rôle complémentaire typique.

- > Le persécuteur: c'est le parent critique « Tout est de ta faute, je vais te critiquer, te punir, te blâmer. »
- > Le sauveur: c'est le parent paillasson « Je veux t'aider et je vais tout faire, prendre le contrôle; si je ne le fais pas, je me sens coupable, et je le fais même si je n'en ai pas envie; je ne crois pas que la personne a ce qu'il faut pour y arriver par elle-même, je m'attends à échouer dans mes tentatives. »
- > La victime: c'est le parent abattu et impuissant qui dit: «Pauvre moi.» Il se croit incapable de régler ses propres problèmes, il se sent victime, sans force, sans pouvoir, honteux et blessé. Il a laissé tomber la responsabilité et se plaint sans cesse de son manque de pouvoir en blâmant les autres.

Ces trois rôles ou façons d'offrir les soins peuvent être compris comme une expression d'insécurité de l'attachement. Ils surgissent plus fortement devant la désorganisation d'un enfant. Il faut dénouer notre propre histoire d'attachement de celle de l'enfant, et pour cela de l'aide peut être nécessaire. L'adulte doit être capable d'offrir quelque chose à l'enfant de façon inconditionnelle, sans rien attendre en retour. En fait, l'adulte peut avoir des attentes en matière de comportements, mais pas de rétributions affectives.

L'auteur donne quelques lignes directrices au sujet de thématiques qui interpellent l'intervenant œuvrant auprès des adolescents placés.

Limites, conséquences et punitions – Les limites sont nécessaires et rassurantes. Cependant, tenter de reculer les limites est une partie normale du développement de l'adolescent. Il a besoin de limites claires et d'une gestion de comportement consistant dans un environnement chaleureux. Les punitions qui fonctionnent bien avec un enfant attaché de façon sécurisante ne fonctionnent pas avec les enfants qui ont des difficultés d'attachement. Elles peuvent augmenter la méfiance, le sentiment de rejet, l'anxiété. Il n'est suggéré de faire participer le jeune au choix de conséquence que lorsque celui-ci va bien et qu'il y a une entente qui se fait autour des règles, des frontières et des punitions. L'adolescent se retrouve souvent en lutte de pouvoir et l'intervenant doit avoir des stratégies pour briser ces cycles, qui peuvent indiquer de la méfiance ou un besoin de se sentir « connecté » à l'adulte.

Travailler avec les conflits – Les conflits font partie de la vie et sont inévitables lorsqu'on prend soin d'enfants et d'adolescents. Les stratégies de résolution de conflits sont apprises tôt dans la vie. Les enfants ayant acquis des habiletés

prosociales ont moins tendance à utiliser des stratégies agressives. Les jeunes attachés de façon anxieuse ont habituellement peu d'habiletés prosociales. Lorsqu'un jeune anxieux devient en colère, à la suite d'une conséquence liée à son comportement, il y a une belle occasion de promouvoir l'attachement. Le comportement d'attachement est enclenché par la perception d'un danger et s'apaise devant un sentiment de sécurité. La sécurité de l'attachement augmente avec la présence de réponses sensibles devant des stress émotionnels. L'empathie pour la colère de l'enfant représente un engagement positif. Si l'intervenant peut contenir à la fois son émotion et celle de l'enfant, l'enfant se sent contenu. La résolution de conflits est une occasion pour l'enfant d'expérimenter que le conflit n'a pas besoin de détruire la relation.

Travailler avec la colère – La colère est une réponse à une frustration ou l'expression d'une émotion contenue. La colère a un déclencheur. Le cerveau réagit à une combinaison de pensées, de souvenirs et d'émotions de peur et de menace qui sont encodés et interprétés en attente d'une réponse. La sélection de cette réponse est guidée par l'expérience puissante de changements chimiques dans le corps. Ce qui suit est une explosion combinée de changements physiologiques et de patrons de comportements appris. La colère est une émotion normale et saine. Elle est toujours une réaction et fait partie de la réponse « fight » de défense à une menace perçue. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, l'être humain est biologiquement programmé pour réagir par des mécanismes de « fight, flight, freeze ». Le cerveau est envahi par des hormones pour aider l'humain à se préserver des dangers et à promouvoir sa survie en réagissant automatiquement.

Le système de gestion des menaces est constitué de deux parties:

- 1. l'amygdale, qui gère la mémoire implicite et est activée par un stimulus affectif;
- 2. l'hippocampe, qui est lié à la mémoire explicite sur l'information touchant les affects.

La menace est évaluée lorsque les deux sources d'information sont traitées ensemble dans le cortex frontal. Le signal de danger est reçu dans l'amygdale, et des agents chimiques sont envoyés dans le flot sanguin afin de préparer l'organisme à fuir ou à se battre; il s'agit d'une réponse instinctive qui n'est pas rationnelle. En même temps, l'amygdale envoie des informations au cortex préfrontal associé au contrôle des impulsions. Notre cerveau conscient évalue la menace, et s'il l'évalue à la baisse, cela peut contrôler l'impulsion de fuite ou de bagarre. Cependant, ce processus demande un cortex préfrontal développé. Le développement de cette région se termine à l'âge adulte. Les enfants ont moins de contrôle sur leurs impulsions, et les adolescents en ont moins que les préadolescents à cause du surcroît d'hormones liées à la puberté. De plus, l'attachement anxieux est associé à un développement plus faible du lobe frontal. Les expériences répétées de patron de comportements créent des réseaux programmés dans le cerveau et les actes impulsifs peuvent devenir la norme.

Parfois, la colère peut être instrumentale et viser à obtenir ce que l'on veut. Pour certains jeunes, cela peut devenir une façon de reproduire l'environnement survolté dans lequel ils ont vécu jusqu'alors. La colère peut être très familière, et même la colère très destructrice peut sembler rassurante, car elle est connue. La

façon d'exprimer la colère dépend de ce que l'individu a appris et aussi de ses croyances, de son tempérament, de sa personnalité et de son caractère.

Brisch (2012) apporte aussi certains éléments à considérer dans l'utilisation d'un cadre théorique de l'attachement pour des enfants et des adolescents hébergés en établissement. Pour l'auteur, le jumelage d'un jeune à un adulte responsable peut offrir une occasion que cette personne devienne pour lui une figure d'attachement sécurisante, vers qui il peut se tourner quand il est anxieux ou stressé. Toute l'équipe doit être engagée auprès du jeune, et le système de transmission des communications est très important, entre autres dans les moments de changement de personnel de la journée. Lorsque le jeune présente de la détresse et l'exprime par des comportements inadéquats, il se voit proposer à la place du classique « time out » dans une pièce sans stimuli un temps avec un donneur de soins (time in). Le but est de lui démontrer, en verbalisant ses émotions, que quelqu'un s'y intéresse. Comme figure d'attachement, l'adulte aide l'enfant à coréguler ses émotions négatives afin d'en réduire l'escalade. L'objectif est d'aider le jeune à éventuellement devenir capable d'autorégulation.

La thérapie de milieu centrée sur l'attachement aide l'enfant à faire de nouveaux apprentissages sur les plans affectif, cognitif et social.

Lorsque le jeune est disponible, il peut y avoir une recommandation de thérapie individuelle (de trois à cinq fois par semaine), qui au début peut consister en de courtes séances d'une quinzaine de minutes. Ces courtes mais plus nombreuses séances permettent de créer un sentiment de continuité et de régularité favorisant l'intégration d'une relation thérapeutique et le développement d'une relation d'attachement sécurisante avec le thérapeute, afin que le jeune, lorsqu'il se présente en thérapie, soit moins tendu et apeuré. Le premier objectif est de stabiliser l'enfant émotionnellement et de soutenir la régulation des affects. Dans la deuxième phase, l'enfant devient capable, dans ce contexte relationnel, à travers le transfert, d'exprimer les expériences traumatiques et les conflits internes ainsi que les émotions qui y sont associées. La méthode privilégiée durant l'enfance est le jeu, et avec la maturation de l'adolescence, la thérapie de la parole. La troisième phase est souvent marquée par un processus de deuil. Quand le jeune reconnaît ce qu'il a vécu comme traumatismes, il vit souvent un choc et de la tristesse. Durant cette période, le jeune va souvent mal et se sent déprimé. Il faut reconnaître et valider sa peine et l'encourager dans son développement. La phase de conclusion permet l'intégration de son vécu à son histoire de vie.

Selon Mackey (2003) l'intervenant doit représenter une base de sécurité. Les distorsions qui se vivent dans la relation qui se met en place fournissent des éléments pour comprendre les stratégies relationnelles du jeune. Le thérapeute encourage le jeune à explorer ses perceptions et ses attentes qui résultent de son histoire d'attachement. Il doit devenir une base de sécurité. Selon l'auteur, les soins corporels sont tout particulièrement susceptibles d'avoir un impact sur le plan procédural, favorisant une ouverture et des remaniements de l'organisation de l'attachement. Le groupe peut aussi devenir une base de sécurité et favoriser l'activation du système affiliatif.

Le modèle ARC (Attachment, Régulation et Compétences)

Le programme Attachement, Régulation et Compétences (ARC) présenté plus tôt peut aussi être utilisé auprès des intervenants travaillant auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation. Les liens qui sont faits entre les enfants hébergés en établissement et les enfants victimes de traumas complexes sont intéressants, et le cadre de travail offert rejoint en plusieurs points des éléments que nous retrouvons dans des programmes centrés sur l'attachement. Delphine Collin-Vézina a adapté le modèle à des fins de formation et de supervision d'équipes d'intervenants travaillant à l'hébergement auprès de jeunes hébergés en réadaptation. L'objectif est de sensibiliser les intervenants aux impacts du vécu traumatique sur la trajectoire de développement des jeunes. Différents outils très concrets ont été traduits ou élaborés afin d'ajuster l'intervention aux besoins individuels, mais aussi de revoir la programmation mise en place.

Les séquelles du trauma complexe y sont regroupées sous sept grands domaines, que nous décrivons brièvement ici sous l'angle de ce qui se passe chez le jeune.

1. Attachement

L'enfant qui a vécu des traumatismes peut s'être créé une vision du monde menaçante et hostile et, par le fait même, craindre d'être blessé, particulièrement dans ses relations avec les autres. Ces sentiments d'insécurité et de vulnérabilité lui font adopter des comportements de survie (agression, fuite, immobilité).

2. Biologie

Les enfants réagissent biologiquement aux traumas par une suractivation du système de réponse au stress: hypothalamus, glandes pituitaires, glandes surrénales, surproduction de cortisol. Cette suractivation a des impacts sur le développement des cellules nerveuses de même que sur le fonctionnement cérébral. Ces impacts organisent le cerveau de manière à ce qu'il puisse composer avec un environnement hostile.

3. Régulation des affects

Les enfants traumatisés n'ont pas pu développer leur capacité d'organiser, d'exprimer et de moduler leurs sentiments. Il en résulte qu'ils ont un vocabulaire très restreint pour nommer leurs émotions et peuvent même parfois se couper de leurs expériences émotives. Les stratégies pour exprimer et moduler leurs émotions difficiles ou intenses sont parfois inexistantes ou fortement sous-développées.

4. Dissociation

Afin de composer avec les traumatismes vécus, les enfants traumatisés peuvent utiliser un processus de dissociation dans lequel les pensées, les émotions, la mémoire et l'identité ne sont pas intégrées dans un sens cohérent de soi (fragmentation). Cette mauvaise intégration lui permet de fuir psychologiquement une situation qui dépasse ses capacités d'adaptation et de se réfugier dans sa tête, à défaut de pouvoir fuir ou combattre.

5. Gestion des comportements

Le trauma peut induire des déficiences dans le développement des capacités de contrôler ses comportements de façon adaptée aux diverses situations. Ainsi,

l'enfant traumatisé peut présenter trop ou trop peu de contrôle (inhibition versus comportements externalisés). Il peut aussi, afin de faire face aux situations traumatiques et aux émotions qu'elles suscitent, poser des gestes pour regagner, par exemple, du contrôle (par exemple: automutilation).

6. Cognition

Chez l'enfant traumatisé, l'acquisition d'habiletés de raisonnement nécessaires pour un développement optimal, notamment les fonctions exécutives, ne correspond pas toujours au stade développemental de l'enfant. Des retards concernant ses capacités cognitives et langagières peuvent être présents de même que des difficultés dans la gestion et la résolution des problèmes. Le tout mène régulièrement à un retard scolaire, voire à un échec et à l'abandon de la scolarité.

7. Concept de soi

La valeur qu'un individu se donne se développe dans les relations avec les autres, à travers ses expériences et le regard que les autres portent sur lui. L'enfant traumatisé peut présenter une vision négative de lui-même, s'attendre à ce que les autres le rejettent puisqu'il ne se sent pas aimable ni digne d'attention. Il peut aussi s'attribuer des échecs inutilement.

Partant de ces constats sur les séquelles du trauma, le programme offre un cadre d'élaboration d'interventions allant de l'individu à la famille puis au système dans lequel elle évolue¹⁰. Les interventions suggérées sont regroupées en trois grands thèmes, l'attachement, la régulation des affects et le développement de compétences, et ont pour finalité l'intégration des événements traumatiques par l'enfant.

En ce qui concerne l'attachement, un accent est mis sur l'installation de **routines**. Un environnement constant, prévisible, aide un enfant traumatisé à diminuer ses sentiments d'insécurité et de vulnérabilité et lui permet de quitter graduellement un mode de survie pour s'investir dans des tâches développementales. Afin de pallier l'état de constante hypervigilance de ces enfants face aux états émotifs des autres, il devient important qu'ils soient entourés d'adultes habiles dans la **gestion de leurs propres émotions** — des adultes qui prennent soin de leurs propres besoins, qui expriment avec le plus de transparence possible leurs états émotifs et les gèrent adéquatement afin de permettre à l'enfant de dégager son attention des autres vers lui-même.

Le modèle d'intervention différentielle centré sur les besoins d'attachement 11-12

Un modèle d'intervention utilisant l'attachement comme fondement théorique a été élaboré au Centre jeunesse de Laval. Il a été pensé précisément pour être implanté dans un contexte où des jeunes de 6 à 12 ans sont hébergés dans un centre de réadaptation.

^{10.} Le lecteur qui souhaite en savoir plus sur le modèle ARC peut consulter l'annexe 6.

^{11.} Le lecteur qui souhaite en savoir plus sur le modèle d'intervention différentielle centré sur les besoins d'attachement peut consulter le chapitre 4 dans Lafortune, D., Cousineau, M.-M. et Tremblay, C. (2010). Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté. Les Presses de l'Université de Montréal.

^{12.} La schématisation du modèle d'intervention différentielle apparaît à l'annexe 7.

L'objectif central de l'intervention centrée sur les besoins d'attachement est de favoriser l'établissement d'un lien d'attachement le plus sécurisant possible avec un adulte significatif. Pour ce faire, une condition est essentielle, soit celle d'offrir à l'enfant un milieu stable et prévisible où il trouvera réponse à ses besoins de base. En effet, les enfants qui vivent un placement ont tous vécu au moins une rupture importante avec leur figure d'attachement principale. Ceux qui sont hébergés dans une ressource de réadaptation ont connu une histoire souvent ponctuée de déplacements, d'interruptions dans les soins et d'irrégularité dans les contacts. La stabilité devient donc ici une condition essentielle pour permettre à l'enfant d'être disponible pour l'intervention de réadaptation.

Afin d'atteindre l'objectif central, trois acteurs sont nécessaires: l'intervenant, le parent et l'enfant. Deux axes de travail sont suggérés: d'une part les intervenants soutiennent le parent afin qu'il maximise son rôle de pôle de sécurité auprès de son enfant, et d'autre part les intervenants visent à jouer ce rôle eux-mêmes auprès de l'enfant en tant que figures d'attachement nouvelles ou donneurs de soins substituts. Dans un contexte de placement en milieu d'hébergement, l'intervention aborde ces deux champs d'action de façon concurrente et simultanée.

Axe parent

Afin de guider l'intervention auprès du parent, il est important de déterminer ses secteurs de difficulté et de compétence en ce qui concerne l'attachement, puis de lui offrir une intervention différentielle qui en tient compte.

Pour l'intervenant, ces interventions visent trois objectifs: en premier lieu, mettre en évidence les interactions positives parent-enfant afin de mobiliser le parent dans l'intervention; en deuxième lieu, favoriser l'exploration des zones de confort et d'inconfort du parent afin qu'il puisse devenir disponible affectivement pour son enfant en prenant conscience des forces et limites propres à son histoire d'attachement. Finalement, soutenir le développement des compétences liées à l'attachement, dont la sensibilité parentale.

Axe enfant

Tout comme pour le parent, la première étape en vue de guider l'intervention consiste à bien saisir les *patterns* relationnels de l'enfant à l'égard des adultes qui l'entourent. Des grilles d'observation ont été créées à cette fin et permettent d'établir le profil de sécurité affective de l'enfant. En considérant ce profil, des pistes d'intervention pourront être planifiées.

Les interventions du clinicien touchent quatre domaines. En premier lieu, il faut moduler la proximité et la distance afin que l'enfant vive de la sécurité et de l'apaisement. En deuxième lieu, il est fortement suggéré d'utiliser le vécu partagé positif pour construire la relation et permettre à l'enfant de construire de nouveaux modes relationnels. En troisième lieu, il faut trouver des stratégies pour composer avec les conflits afin de rassurer l'enfant sur la solidité de la relation. Finalement, l'intervenant doit accompagner et valider l'enfant dans son vécu émotionnel afin de soutenir l'expression et la régulation des émotions. L'atteinte de ces objectifs permettra à l'enfant de développer ses capacités de régulation émotionnelle et sa compétence sociale, tout en lui permettant de vivre du succès et de l'apaisement dans ses relations avec les adultes.

L'utilisation de ce modèle d'intervention passe par l'observation rigoureuse des manifestations de sécurité affective de l'enfant afin d'établir un profil de sécurité affective permettant de guider l'intervention. C'est dans ce but que la grille d'observation des indices de sécurité affective a été créée.

Développer la sensibilité de l'intervenant afin d'offrir une expérience relationnelle réparatrice

La recension des différents programmes a démontré l'importance de la sensibilité du donneur de soins. Ces programmes ont été conçus pour les parents biologiques autant que pour les parents substituts des familles d'accueil. Qu'en est-il de la sensibilité du donneur de soins lorsqu'il s'agit d'un professionnel travaillant dans un centre de réadaptation?

Il semble que lorsqu'un parent augmente sa capacité réflexive ou sa capacité de mentalisation (conscience de son propre état interne et de celui de son enfant), cela conduit à une plus grande sensibilité du parent et à une meilleure relation parent-enfant. Si l'enfant est placé hors de son milieu familial, il est fondamental que les substituts parentaux aient une compréhension des comportements d'attachement de l'adolescent. Il y a donc, pour les milieux d'intervention, un intérêt à ce que les intervenants utilisent ces mêmes capacités.

La sensibilité est la capacité d'être empathique, de s'identifier aux intentions, aux motivations, aux pensées et aux émotions d'un autre être humain. Bref, de percevoir la réalité de l'autre. Cela serait possible grâce à l'activité des neurones miroirs dans le cerveau. Chaque fois que l'on est en interaction dyadique, des neurones s'activent et nous rendent ouverts à l'expérience de l'autre et donc à la possibilité de répondre de façon sensible.

«La capacité du thérapeute et sa flexibilité à jouer son rôle de base de sécurité et à faire vivre au patient une expérience interpersonnelle qui ne confirme pas les attentes de ce dernier sur la relation sont affectées par son propre système d'attachement. » Mallinckrodt (2000), cité dans Guédeney et Guédeney (2009).

Le clinicien a comme tâche de comprendre ses propres réactions aux réactions et aux comportements du jeune et de répondre de manière thérapeutique. La façon dont l'attachement du thérapeute joue sur sa conduite professionnelle reste encore peu étudiée. Qu'en est-il des éducateurs qui passent de grands moments de vie avec les jeunes? Quelles significations donnent-ils aux émotions négatives qui peuvent les habiter? Que connaissent-ils du phénomène de base de sécurité? Croient-ils qu'ils doivent répondre aux besoins d'attachement? Quelle importance donnent-ils au fait de créer une relation d'attachement? Selon Dozier et Bates (2004), il ne suffit pas de répondre de manière sensible aux signaux du jeune, mais de répondre de manière ultrasensible aux besoins qu'ils imaginent derrière les comportements et en particulier aux besoins d'attachement.

Guédeney mentionne que les professionnels soignants rapportent beaucoup d'antécédents de traumatismes relationnels. Les intervenants ont souvent eu une position parentifiée dans l'enfance ou de pacificateur. Brisch (2012) note que les critères de sélection du personnel en enseignement et en relation thérapeutique

Un enfant ne diffuse pas son attachement sur plusieurs personnes, mais a plutôt une forte tendance à orienter son comportement d'attachement vers une personne en particulier. ne tiennent pas compte de la capacité à jouer un rôle de base de sécurité. Selon lui, cela devrait faire partie de leur formation.

Par ailleurs, la présence d'un donneur de soins sensible peut être insuffisante. Selon lui, un jeune chez qui s'est développé un attachement insécurisant ou désorganisé voit sa capacité à solliciter une aide apportée par autrui et à en jouir grandement entravée. Par le fait même, il a une moins bonne capacité à profiter de certains types d'interventions thérapeutiques. Le défi est donc d'amener l'adolescent à former de nouveaux liens. Mais est-ce qu'un professionnel peut devenir une figure d'attachement?

Voici ce qu'Ainsworth disait sur le sujet (1978, p. 274): « Si les circonstances permettaient une relation continue, elles pourraient peut-être bien se consolider comme des attachements, mais quand les circonstances font que la relation est de courte durée, elle ne se consolide pas suffisamment pour durer. »

Howes (1999), cité par Prior et Glaser (2010) a décrit une stratégie qui repose sur les qualités du soignant pour vérifier si les soignants professionnels peuvent se qualifier comme figures d'attachement:

- 1. Est-ce que le soignant fournit des soins physiques et émotionnels?
- 2. Est-ce qu'il est une figure cohérente et en continuité dans la vie de l'enfant?
- 3. Est-ce qu'il s'investit émotionnellement avec l'enfant?

Les travaux ultérieurs de Howes et Oldham (2001) démontrent que les enfants construisent des relations d'attachement avec les soignants dans les structures de prise en charge d'enfants. Howes reconnaît que le problème de manque de continuité et de constance peut avoir un effet négatif sur ce phénomène.

Selon Hart, les études d'impact démontrent que le succès d'un processus thérapeutique dépend davantage de l'alliance thérapeutique que de l'approche utilisée ou du cadre théorique. La relation thérapeutique ressemble en plusieurs aspects à la relation entre l'enfant et son donneur de soins. C'est l'accordage affectif entre le client et le thérapeute qui constitue le principal ingrédient du traitement, et non les interprétations intellectuelles, les prises de conscience ou les décharges émotionnelles. Le seul moyen de soigner un trouble de l'attachement est l'établissement d'une relation basée sur un accordage affectif approprié.

À défaut de construire une relation d'attachement avec l'adolescent, Brisch (2012) suggère que l'intervenant doit devenir une base de sécurité. Pour que cela puisse se produire, la sensibilité de l'intervenant est un élément essentiel. De plus, si un travail est fait avec le parent, l'intervenant doit aussi devenir une base de sécurité pour le parent.

L'intervenant doit être conscient de ses propres stratégies d'attachement et de ses réactions de contre-transfert; par exemple, l'intervenant pourrait éviter ou ralentir le travail d'autonomie d'un patient pour répondre à ses besoins d'attachement.

L'intervenant doit avoir des personnes qui répondent à ses besoins de sécurité dans son réseau personnel. Cela n'empêche toutefois pas le travail de deuil chaque fois qu'il y a séparation d'avec un patient à la fin d'une thérapie.

Selon Schuengel et Van Ijzendoorn (2001), les jeunes placés présentent des patrons d'attachement extrêmement perturbés et insécurisants, et leurs représentations d'attachement peuvent être complexes et difficiles à saisir pour le personnel. Les intervenants qui accompagnent ces jeunes peuvent essayer de leur offrir une base de sécurité solide. Cependant, les intervenants ne savent pas toujours ce qui est nécessaire pour que les jeunes acceptent cette offre. De plus, la question qui se pose est de savoir s'il est possible de transformer ces interactions en un attachement authentique et réparateur malgré le vécu antérieur de certains de ces jeunes. Ils ont, pour plusieurs, un sentiment de confiance ébranlé en ce qui concerne l'accessibilité de figures d'attachement. Pour les nouveaux adultes qui prennent soin du jeune, c'est un grand défi. Il est très difficile de formuler des prédictions causales directes à propos de la capacité des individus qui séjournent en établissement de former une nouvelle relation d'attachement.

Les auteurs demeurent très prudents relativement à l'affirmation que le retrait des jeunes de leurs milieux de vie respectifs et l'accompagnement en établissement mèneront toujours à la recherche de figures d'attachement de remplacement chez les intervenants.

En effet, étant donné:

- > la nature involontaire de bien des placements,
- > le fait que souvent la fin d'un placement n'est pas déterminée,
- > la présence de représentations mentales d'attachement de type insécurisant chez la plupart des enfants placés en établissement,
- > il est possible que même si les intervenants tendent à offrir une base de sécurité, ils n'accèdent pas à ce rôle.

Alors que la théorie de l'attachement est appliquée plus largement en matière de «L'attachement est un relations non parentales ou parentales non normatives (par exemple: familles d'accueil, adoption), les auteurs estiment important d'avoir des moyens de savoir si un jeune est attaché à un donneur de soins particulier. Si nous ne connaissons pas la réponse à cette question, nous devons demeurer très prudents au sujet de l'interprétation de certaines réponses ou de certains comportements comme étant indicatifs d'une relation d'attachement. Pour les auteurs, il ne relève pas de l'évidence que les jeunes placés forment une relation d'attachement avec le personnel qui les accompagne.

Ainsworth (1991), exprime certains doutes quant au fait que l'attachement à des intervenants serait aussi permanent qu'avec les figures d'attachement primaires. Selon elle, les jeunes en établissement peuvent présenter des comportements comparables à des comportements d'attachement envers les intervenants; par exemple, rechercher du réconfort, du soutien, de la proximité. Il semble que l'expression «utilisation d'une base de sécurité» serait une plus appropriée pour décrire ces comportements (Waters et Cummings, 2000, p. 166) que l'expression « comportement d'attachement », qui implique que le comportement découle de l'existence d'une relation d'attachement. Une relation avec un intervenant pourrait être considérée comme une «relation d'attachement» seulement si l'utilisation de l'intervenant comme base de sécurité faisait partie de l'« histoire d'interaction », c'est-à-dire si elle était présente sur une longue période de temps. Les connaissances actuelles en attachement ne permettent pas de répondre à la

lien affectif sélectif qu'une personne crée avec une autre personne [...] l'attachement suppose l'affection. Bien que les affects puissent être complexes et peuvent varier au gré du temps, les affects positifs prédominent, et nous pensons généralement que l'attachement implique de l'affection et de l'amour. »

(Ainsworth, 1973, p. 1)

« Nous inférons l'existence de l'attachement à partir d'une propension stable de rechercher de la proximité et du contact avec une figure spécifique à travers le temps.»

(Ainsworth, 1973, p. 2)

question de savoir combien de temps serait nécessaire pour qualifier une relation comme en étant une d'attachement. Cette relation devrait cependant répondre aux critères formulés par Cassidy (1999), soit que le lien d'attachement peut être décrit comme étant un lien affectif:

- > permanent et non pas transitoire;
- > impliquant une personne précise, qui n'est interchangeable avec personne;
- > important émotionnellement;
- > qui donne envie de maintenir une proximité ou un contact avec la personne;
- > qui provoque de la détresse lors de séparation involontaire de la personne;
- > qui amène la recherche de sécurité et réconfort;
- > où la proximité et le contact avec l'autre n'apportent pas que du plaisir mais permettent d'utiliser cette proximité comme un régulateur de stress et d'excitation.

Un des éléments cruciaux dans la théorie de Bowlby (1973, 1984) est que les représentations d'attachement et les modèles internes opérants demeurent malléables. La revisite d'un attachement sécurisant ou insécurisant peut être stimulée par de nouvelles expériences d'attachement. Comme le suggère Bowlby (1988), pour réussir en thérapie, en gestion de comportement ou en amélioration de relations endommagées, il faut une base de sécurité qui serve de fondation. Schuengel et Van Ijzendoorn (2001) rappellent l'importance de s'intéresser au réseau d'attachement du jeune avant de promouvoir l'établissement d'une relation d'attachement avec lui. Le jeune est-il coupé de son réseau d'attachement (s'il en existe un) ou y puise-t-il suffisamment de sécurité? Est-ce que le milieu est en mesure d'offrir au moins une relation qui serait suffisamment stable pour former une relation d'attachement ou sommes-nous au contraire en présence de beaucoup d'instabilité et de roulement de personnel? Est-ce que les contacts entre l'adolescent et sa famille peuvent fournir une base de sécurité efficace ou au contraire sont-ils une source de stress supplémentaires? La qualité de la relation d'attachement avec les intervenants pourrait constituer une expérience supplémentaire ou même corrective à des relations d'attachement insécurisantes établies avec la famille, les partenaires et les amis (Dozier et Tyrrell, 1997). De façon anecdotique, l'attachement aux cuisiniers ou aux préposés (souvent disponibles et stables) est fréquemment observé. L'attachement à des pairs est aussi possible.

Portrait de la clientèle



Afin d'explorer la façon dont la dimension de l'attachement et la notion de sécurité affective peuvent être intégrées à l'intervention de réadaptation à l'adolescence, le groupe de travail s'est donné comme objectif de réaliser un portrait de la clientèle en matière d'attachement à partir d'un échantillon représentatif des groupes de filles et de garçons.

Les sept unités liées au groupe de travail ont été sollicitées. Pour faciliter le recrutement des jeunes, une courte vidéo a été produite leur expliquant l'objectif et les implications de leur éventuelle participation. Ce moyen a été facilitant pour les éducateurs, qui n'ont pas eu à s'approprier le contenu mais seulement à regarder la vidéo en même temps que les adolescents. La participation des jeunes était volontaire, et, s'ils acceptaient de participer, ils devaient, ainsi que leurs parents signer un formulaire de consentement.

Voici, sous forme de tableau, l'échantillon ciblé pour faire le portrait des jeunes hébergés ainsi que les outils utilisés.

Outils utilisés	Répondants
Questionnaire maison sur les facteurs de risque	Éducateurs d'accompagnement de 73 jeunes placés (validation du Travailleur social) 41 de Montréal; 32 de Laval
Questionnaire maison autorapporté sur le réseau de soutien intra et extra familial et son utilisation en situation de stress	Sous-échantillon de 54 jeunes 33 de Montréal; 21 de Laval
Questionnaire autorapporté sur le style d'attachement (CAPAY)	Sous-échantillon de 54 jeunes 33 de Montréal; 21 de Laval
Questionnaire sur la relation entre l'éducateur et l'adolescent (Para et Pianta)	Sous-échantillon de 54 jeunes 33 de Montréal; 21 de Laval Les éducateurs d'accompagnement de ces 54 jeunes
Entrevue sur les représentations d'attachement (AAI)	20 jeunes placés choisis de façon aléatoire parmi les 54 jeunes (11 filles, 9 garçons)

Voici un tableau présentant les résultats obtenus sur les facteurs de risque à partir du questionnaire rempli par les éducateurs.

Résultats – Descriptions des jeunes		
Sexe	33 garçons, 40 filles	
Âge	11 à 17 ans; âge moyen: 14,5 ans	
Diagnostic de trouble de l'attachement	65% diagnostic formel de trouble de l'attachement	
Maltraitance subie	65% ont subi des formes de mauvais traitements: 34% sévices physiques 8% abus sexuel 44% sévices psychologiques 49% négligence 38% témoin de violence Les jeunes peuvent avoir rapporté plus d'une forme	
Changements répétés de milieu de vie	55% changements répétés de milieu de vie	
Parents ayant problème de toxicomanie	38% parents ou donneurs de soins toxicomanes	

Parents ayant problématique de santé mentale	36% parents ou donneurs de soins avec problèmes de santé mentale dépression borderline bipolaire schizophrénie
Mères adolescentes	20%

Voici un tableau présentant la répartition des patrons d'attachement obtenu à partir des questionnaires autorapportés et de l'entrevue sur l'attachement.

Répartition des patrons d'attachement		
Classification d'attachement sur l'AAI	Classification d'attachement sur le CAPAY	
35% sécurisant 35% évitant 0% préoccupé 30% non résolu (15% cannot classify)	30% sécurisant 23% évitant 32% préoccupé 15% non résolu	

Il n'y a pas de concordance entre les représentations d'attachement évaluées par l'entrevue et par le questionnaire. Différentes hypothèses peuvent expliquer cet état de fait:

- 1. L'entrevue évalue des représentations inconscientes, contrairement au questionnaire, qui cible les représentations conscientes. Les outils d'évaluation autorapportés, lorsqu'ils sont remplis par des adolescents ayant des modèles opérants de type évitant et donc qui présentent un portrait normalisé, voire idéalisé, de leur histoire d'attachement, peuvent faire augmenter le pourcentage d'attachement sécurisant (faux positif).
- 2. Est-ce que l'entrevue (AAI) est un outil adéquat pour une population d'adolescents hébergés à risque élevé? Est-ce que la méthode de classification utilisée est pertinente pour la population clinique?

Selon Ruth et Jacobvitz (2008), l'utilisation de l'AAI pour les adolescents et les jeunes adultes appartenant à des populations à risque élevé peut causer des biais dans le dépistage de pertes et de mauvais traitements non résolus. Afin de pouvoir évaluer la désorganisation de l'attachement pour ce groupe d'âge, il faudrait, selon les auteurs, mettre au point d'autres mesures que les narratifs.

Selon Schuengel et van Ijzendoorn (2001), les entrevues menées avec les clients en établissement pourraient être plus souvent classifiées CC (*Cannot classify*) que celles menées avec d'autres populations cliniques. Dans ces cas extrêmes, les concepts et mesures d'attachement usuels pourraient être insuffisants pour saisir les racines et la profondeur de leurs perturbations d'attachement.

Weinfield, Sroufe et Egeland (2000) font l'hypothèse que l'AAI pourrait être moins valide auprès de cette population (adolescents défavorisés), soit à cause d'une stratégie défensive, soit à cause du manque d'intégration d'une capacité réflexive nécessaire à l'utilisation de cet outil. De plus, les procédures de décodage de l'état d'esprit désorganisé chez l'adulte avec l'AAI requièrent l'évocation de mauvais traitements ou de pertes durant l'entrevue. Plusieurs adolescents ayant un patron de désorganisation transmis de façon intergénérationnelle

et intégré depuis l'enfance pourraient ne pas rapporter d'expériences de pertes ou de traumas.

Comment donc évaluer la désorganisation à l'adolescence ou à l'âge adulte quand il y a absence de ces caractéristiques? Hesse (2008) propose de coder « Cannot classify» certaines entrevues qui, même si elles ne mentionnent ni perte ni trauma, contiennent des contradictions et des incohérences. Les transcriptions peuvent inclure des tentatives d'effrayer l'interviewer, par exemple en décrivant un crime sordide, ou un refus inexpliqué de répondre aux questions. Ce protocole étant rare, il y a peu de données permettant d'en démontrer la validité.

Une autre approche de codage plus large de la désorganisation utilise le repérage d'un état d'esprit teinté à la fois d'hostilité et d'impuissance envahissant et non intégré concernant les relations d'attachement.

Résultats – Relation éducateur-adolescent à partir du Pianta et du Para

Il y a une concordance entre les scores de l'éducateur et de l'adolescent:

- > lorsque l'éducateur rapporte se sentir proche du jeune (Pianta), il rapporte également vivre une relation sécurisante avec le jeune (Para);
- > dans ces mêmes situations, le jeune rapporte aussi vivre une relation sécurisante avec l'éducateur (Para).

Résultats – Réseau social

Voici quelques résultats tirés du questionnaire sur le réseau de soutien intra et extra familial et son utilisation en situation de stress.

Est-ce que les jeunes se tournent vers l'éducateur?

- > Les jeunes décrivent l'éducateur comme étant une personne:
 - vers qui ils se tourneraient pour se rassurer: 10 %
 - importante: 13 %
 - avec qui ils discuteraient de sujets intimes: 13 %
 - qui procure des soins: 16 %
 - avec qui ils discuteraient d'un problème: 17 %

En général, les adolescents **rapportent se sentir très près des personnes décrites comme faisant partie de leur entourage** (mère, ami, chum/blonde, grands-parents) et **rapportent être très satisfaits au sein de ces relations.**

Toutefois, ils **rapportent très peu de contacts avec ces personnes!** Cela pourrait s'expliquer par une forme d'idéalisation du réseau social, sans contact réel, ou par une distorsion de la réalité.

Les jeunes hébergés semblent bien seuls... et ont à faire face à tellement de défis!

Consultation des équipes et potentialisation de leur expertise



- > 4.1 appréciation des connaissances des intervenants en ce qui concerne la théorie de l'attachement
- > 4.2 perception des intervenants des besoins des adolescents de la population normative vs ceux de la population clinique
- > 4.3 appréciation des cibles des interventions
- > 4.4 sensibilisation des équipes aux concepts d'attachement
- > 4.5 exercice d'observations ciblées et de multi-hypothèses
- > 4.6 définition des interventions apaisantes et non apaisantes lors de situations ciblées
- > Conclusion

Outre les données issues de la littérature, nous avons convenu, dès le début du projet, de mettre à profit l'expertise acquise avec le temps par les intervenants des différents milieux de vie. En fait, avec les sept équipes recrutées, nous avions accès à des centaines d'années d'expertise d'intervenants ayant une excellente connaissance des jeunes et de leurs modes relationnels, capables d'adapter l'animation aux contextes individuels et de groupe, et habitués à entrer en contact avec la clientèle et à créer une relation d'aide. Nul doute que par le vécu partagé des intervenants et des jeunes, une multitude d'interventions ciblées en attachement étaient effectuées, mais parfois intuitivement. Il nous fallait donc une démarche nous permettant de dégager de l'ensemble des interventions effectuées celles qui concernaient plus particulièrement l'attachement. Voici la démarche que nous avons adoptée:

Dans un premier temps, nous avons interrogé les équipes de travail afin de bien comprendre leurs niveaux de **connaissances en matière de concepts d'attachement**, ce qui nous a permis de mieux définir leurs besoins d'information.

Par la suite, partant du postulat de base que les interventions effectuées spontanément par les intervenants correspondaient aux besoins qu'ils percevaient chez la clientèle, nous avons pris le temps de bien comprendre **leurs perceptions des besoins des adolescents** en général (population normative) et des besoins des adolescents hébergés (population clinique).

Ensuite, nous les avons interrogés pour connaître les cibles de leurs interventions auprès des jeunes hébergés afin de bien saisir les **pratiques installées** dans les milieux concernant la réponse aux besoins des jeunes par les intervenants. Les deux dernières étapes nous ont permis de faire des comparatifs entre les besoins des jeunes perçus par les intervenants et les interventions réellement réalisées.

Puis, nous avons tenu avec chacune des sept équipes participantes des **rencontres de sensibilisation** sur les concepts d'attachement, afin que les intervenants aient les connaissances de base nécessaires pour distinguer les besoins d'attachement des jeunes des autres besoins.

Ensuite, nous avons utilisé les capacités d'observation et de compréhension clinique des équipes pour recueillir des observations de comportements d'adolescents dans des contextes où leur système d'attachement est potentiellement activé (détresse, séparation et retrouvailles).

En dernier lieu, en partant des observations colligées nous avons demandé aux éducateurs de définir les interventions susceptibles d'apaiser les adolescents et de répondre à leur besoin de sécurité et d'apaisement lors de ces mêmes situations.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, cette démarche apparaît sous forme schématisée à la page suivante.

Appréciation des connaissances des intervenants en ce qui concerne les principaux concepts d'attachement Perception des intervenants quant aux besoins des adolescents en population normative Appréciation des cibles des interventions réalisées auprès des adolescents Rencontres de sensibilisation des équipes participantes aux principaux concepts

d'attachement

Exercice d'observations ciblées et de multi-hypothèses

Définition d'interventions apaisantes lors des situations ciblées

Schématisation de la démarche de potentialisation de l'expertise des équipes participantes

Dans les lignes qui suivent, nous reprendrons dans le détail chacune des étapes de notre démarche.

4.1 APPRÉCIATION DES CONNAISSANCES DES INTERVENANTS EN CE QUI CONCERNE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

L'appréciation des connaissances des intervenants en ce qui concerne la théorie de l'attachement s'est effectuée à l'aide de questionnaires¹³ comprenant à la fois des questions à choix multiples et des questions à développement. Ces questionnaires ont été distribués dans le cadre de rencontres de groupe. Pour chacun des principaux concepts associés à la théorie de l'attachement, les intervenants devaient indiquer leurs niveaux de connaissances sur une échelle présentant les choix suivants:

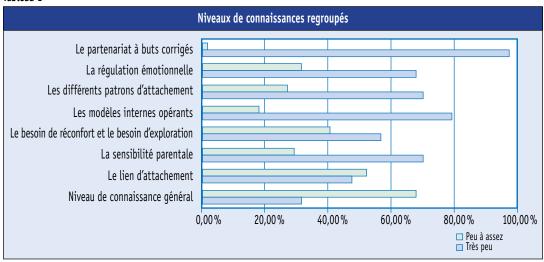
^{13.} Le questionnaire utilisé apparaît à l'annexe 1.

- a) Jamais entendu parler
- b) J'en ai vaguement entendu parler
- c) J'en connais un peu sur le sujet
- d) J'en ai entendu parler, mais je me souviens de peu
- e) J'en connais assez sur le sujet

Un niveau de connaissances générales chiffré en pourcentage a été établi pour chacune des réponses suggérées. Par la suite, des regroupements ont été effectués afin d'illustrer les résultats le plus simplement possible. Les pourcentages recueillis dans les catégories a), b) et d) ont été regroupés sous « très peu » et ceux recueillis dans les catégories c) et e) l'ont été sous « peu à assez ».

Ces résultats apparaissent dans le tableau 1.

Tableau 1



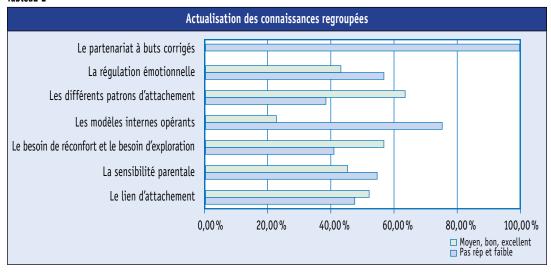
Les données nous indiquent que 70 % des répondants estiment que leur niveau de connaissances générale des concepts d'attachement se situe dans la catégorie « peu à assez ». Toutefois, lorsque nous abordons des concepts plus précis comme « les modèles internes opérants » ou encore « le partenariat à buts corrigés », c'est la cote « très peu » qui domine, avec des pourcentages respectifs de 80 % et de 98 %.

Conscients que ces données reflétaient une appréciation par les intervenants de leurs propres niveaux de connaissances, nous avons aussi inclus dans les questionnaires des rubriques qui nous permettaient d'apprécier les connaissances réelles des intervenants en leur demandant des réponses exhaustives concernant les concepts. Les réponses ont été analysées et catégorisées selon l'échelle suivante:

- a) Pas de réponse
- b) Faible
- c) Moyen
- d) Bon
- e) Excellent

Par souci de simplification pour l'illustration graphique des résultats, nous avons regroupé les échelles en deux catégories. Elles apparaissent dans le tableau 2.

Tableau 2



Les connaissances réelles des intervenants au chapitre des « différents patrons d'attachement » et des « besoin de réconfort et besoin d'exploration » avoisinent les 60 % dans la catégorie « moyen, bon, excellent ». À l'opposé, les notions de « modèles internes opérants » et de « partenariat à buts corrigés » affichent des cotes « pas de réponse et faible » à 75 % et à 100 % respectivement.

Ces données concordent avec différentes observations effectuées intuitivement et indiquant que les intervenants disent connaître la théorie de l'attachement alors que dans les faits, cette connaissance demeure sommaire et peu approfondie et donc difficilement utilisable dans la pratique.

Une fois les données recueillies concernant les niveaux de connaissances des intervenants en matière de concepts d'attachement, nous nous sommes intéressés aux pratiques qui s'étaient installées dans chacun des milieux.

4.2 PERCEPTION DES INTERVENANTS DES BESOINS DES ADOLESCENTS DE LA POPULATION NORMATIVE VS CEUX DE LA POPULATION CLINIQUE

Toujours dans le but de faire un comparatif entre les besoins des jeunes perçus par les intervenants et les interventions effectivement réalisées, nous avons pris le temps de bien comprendre la perception qu'avaient les intervenants de l'ensemble des besoins des adolescents, en premier lieu dans la population normative puis dans la population clinique. Cette collecte de données s'est effectuée au moyen de groupes de discussion (focus groups) avec les intervenants. La question de base était la même pour chaque groupe rencontré:

« Spontanément, d'après vous, quels sont les besoins des adolescents en général? »

Les réponses verbales des intervenants ont été systématiquement recueillies. Voici quelques exemples de besoins nommés par les intervenants concernant les jeunes hébergés¹⁴:

- > Besoin de développer leurs habiletés sociales et d'apprendre à se faire des amis, à résoudre les conflits et les problèmes, à gérer les délais, à être empathique.
- > Besoin de se construire une sécurité personnelle et émotive et une confiance en eux et en l'adulte.
- > Estime de soi: construction et reconstruction.
- > Apprentissage de l'hygiène personnelle de base.
- > Besoin d'être encadrés et protégés, de connaître les limites, les tolérer, les respecter.
- > Reconnaissance des émotions pour éventuellement en arriver à leur gestion.

Les réponses ont par la suite été analysées par les membres du groupe de travail en vue de former des regroupements. Les membres ont d'abord évalué l'ensemble des besoins nommés puis défini cinq catégories de besoins:

- > Besoins affectifs (reconnaissance, investissement, estime de soi, etc.)
- > Besoins d'éducation (apprentissages scolaires principalement)
- > Besoins de socialisation (amis, appartenance, etc.)
- > Besoins de base (hygiène, alimentation, habillement, etc.)
- > Besoins d'encadrement (milieu ayant des règles, des limites, des interdits, etc.)

Par la suite, chacun des besoins nommés, aussi bien pour la population normative ou pour la population clinique, a été classé selon les regroupements par le même groupe d'experts.

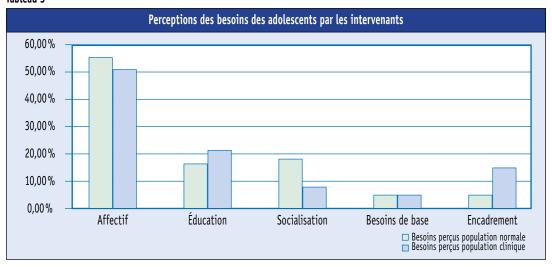
Les données compilées apparaissent dans le tableau 3.

Les pourcentages indiquent la proportion des réponses pour chacun des types de population. Par exemple, dans la catégorie illustrée en bleu (besoins perçus population normale), les besoins affectifs représentent 55 % du total des besoins perçus.

Parmi tous les besoins nommés par les répondants pour chacune des catégories apparaissant dans le tableau, les besoins affectifs représentent 55 % des réponses pour la population normative et 51 % pour la population clinique. Les besoins de base sont ceux qui ont été nommés le moins souvent (5 %) pour les deux populations. Les plus grosses différences apparaissent au sujet des besoins de socialisation, plus nommés pour la population normative (18 %) que pour la population clinique (8 %), et des besoins d'encadrement, plus nommés pour la population clinique (15 %) que pour la population normative (5 %).

^{14.} Le lecteur trouvera en annexe 2 le bilan des besoins définis par les intervenants dans la population normale et dans la population clinique.

Tableau 3



4.3 APPRÉCIATION DES CIBLES DES INTERVENTIONS

Au sein des mêmes groupes de discussion (focus groups) utilisés pour déterminer les besoins des adolescents perçus par les intervenants, nous avons répertorié les différentes interventions qui étaient réalisées lors de l'accompagnement des jeunes. Afin d'apprécier les interventions effectuées, nous avons opté pour une question ouverte afin de laisser la place à un maximum de spontanéité de la part des intervenants. Nous tenons pour acquis que ce qui ressort spontanément pourrait être représentatif des pratiques réelles. La question posée aux intervenants était la suivante:

«De façon générale, quelles sont les interventions que vous faites avec vos jeunes?»

Chacune des sept équipes participantes a été rencontrée.

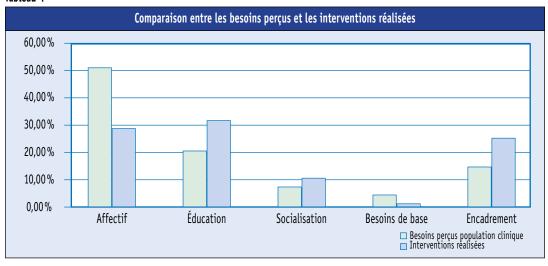
Voici quelques exemples d'interventions mentionnées¹⁵:

Interventions	
Arrêt de comportement, poser des limites	
Intervenir sur les règles de base	
Gestion des relations	
Intervenir sur les impolitesses, l'agressivité, l'opposition à l'autorité	
Gestion des crises	
Entrer en relation : s'intéresser, questionner	
Raconter des histoires, border	
Retrait en chambre ou seul dans une pièce	
Installer des cadres supportant	

^{15.} L'ensemble des interventions recueillies apparaît à l'annexe 3.

Le même processus de traitement des données par un groupe d'experts a été utilisé (groupe d'experts et catégorisation des interventions). Stratégiquement, nous avons utilisé les mêmes catégories que pour les besoins. Cela nous a permis de faire des liens entre les besoins perçus par les intervenants chez les jeunes qu'ils accompagnent et les interventions qu'ils réalisent effectivement. Si nous prenons par exemple la deuxième intervention apparaissant au tableau précédent, «intervenir sur les règles de base », le comité d'experts classait cette intervention sous deux catégories, «encadrement » et «éducation ». Pour l'intervention, «raconter une histoire, border le jeune dans son lit », le classement se faisait sous «affectif » et «éducation ».

Tableau 4



Alors que les besoins affectifs sont perçus dans une proportion de plus de 50 %, les interventions réalisées en ce sens ne comptent que pour 29 % de l'ensemble des interventions nommées par les intervenants. Inversement, les besoins d'éducation sont perçus dans la population clinique dans une proportion de 21 % alors qu'ils comptent pour plus de 30 % des interventions. Il en va de même avec les besoins d'encadrement, perçus à 15 % et générant 25 % des interventions.

Ces données nous permettent d'avoir un aperçu des pratiques et surtout d'apprécier les disparités qui peuvent apparaître entre les perceptions du travail réalisé et les gestes effectivement posés. Les besoins affectifs, bien que reconnus dans une proportion importante comparativement aux autres besoins, sont moins souvent la cible des interventions. Les besoins d'éducation et d'encadrement, quant à eux, génèrent une proportion plus importante d'interventions.

4.4 SENSIBILISATION DES ÉQUIPES AUX CONCEPTS D'ATTACHEMENT

Les données relatives aux connaissances des intervenants et leurs pratiques nous ont permis de dégager les lignes directrices pour la sensibilisation des équipes participantes aux notions d'attachement. Toutes les équipes ont été rencontrées à deux reprises pour un total de six heures de sensibilisation, au printemps et à l'automne 2013.

Rappelons que le but n'était pas de former les équipes en matière d'attachement, mais bien de sensibiliser les intervenants aux notions de base de telle sorte qu'ils puissent explorer des pistes d'intervention ciblées en attachement.

4.4.1 Rencontre de sensibilisation numéro 1

Lors de la première rencontre de sensibilisation, nous avons repris, dans un premier temps, les concepts qui apparaissaient dans les questionnaires utilisés pour apprécier leurs connaissances en attachement. Les définitions suivantes ont été présentées:

Les MIO (modèles internes opérants) – Représentations mentales que se font les enfants d'eux-mêmes en interaction avec leurs figures d'attachement. Les MIO se créent à la petite enfance et demeurent présents tout au long de la vie de l'individu, avec des possibilités de changement, bien entendu.

Le **partenariat à buts corrigés** — Capacité de l'enfant d'imaginer les plans et les perceptions du parent ou du donneur de soins et de faire coïncider ses propres plans et activités en fonction de ces derniers (« J'm'en vais dans mon lit pour que tu puisses venir me raconter mon histoire. »).

La sensibilité parentale – Capacité de percevoir et d'interpréter les signaux et les messages que l'enfant transmet à travers son comportement, pour ensuite réagir adéquatement et immédiatement. Elle suppose de la prévisibilité, de la cohérence et de la chaleur.

La **régulation émotionnelle** – Capacité à agir sur ses propres émotions. C'est un processus psychologique complexe qui recouvre la capacité à la fois à déclencher, à inhiber, à maintenir et à moduler ses propres affects. Plusieurs des jeunes accompagnés dans les services de protection présentent un certain déficit à ce chapitre.

Dans un second temps, des notions relatives aux caractéristiques des jeunes hébergés ont été présentées aux participants.

Capacités cognitives et habiletés de communication

- > Les observations relatives aux capacités cognitives des adolescents hébergés pour le groupe des 12-14 ans se rapportent davantage à l'intelligence concrète, et parfois même à la période préopératoire.
- > Peu de jeunes démontrent les capacités cognitives associées à la pensée formelle dans les groupes des 14-17 ans (on estime leur nombre à environ un jeune sur trois). De plus, on fait un constat de faiblesse en ce qui a trait aux fonctions exécutives.
- > Si les jeunes n'acquièrent pas l'intelligence formelle, le modèle opérant évolue de façon rigide, la prise de perspective est difficile.
- > Les habiletés de communication sont très basiques pour la majorité des jeunes hébergés. Plus particulièrement, les habiletés de communication affective n'ont pas été apprises. Les échanges sur ce plan sont difficiles, de même qu'il est difficile d'arriver à négocier en tenant compte du point de vue de l'autre.

Prise de perspective par rapport à la relation d'attachement avec le parent

- > On observe que les adolescents hébergés ont de la difficulté à assouplir les modèles relationnels intégrés (MIO). Les adultes sont perçus dans l'ensemble avec peu de nuances.
- > Alors que les adolescents, dans une population normative, passent par un processus de dé-idéalisation du parent, on observe chez les adolescents hébergés davantage de maintien du *pattern* relationnel établi avec le parent, qu'ils en soient trop proches ou trop loin.
- > Certains jeunes démontrent un regard critique envers leur parent, mais en général, les adolescents hébergés sont plus critiques par rapport aux adultes autres que leurs propres parents.
- À noter que pour certains jeunes, en raison des valeurs familiales et culturelles, il peut être plus difficile de critiquer les parents ouvertement. Il est difficile de savoir ce que ces jeunes « pensent » de leurs parents. Pour ceux-là, les défis de la prise de distance et les défis de la communication ado-parent, sont énormes.
- > Les adolescents hébergés tendent à reproduire le *pattern* parental avec leur intervenant principal. À mesure que le lien de sécurité se construit, les *patterns* se modifient, les MIO s'assouplissent, et le jeune peut mettre en perspective sa relation avec son parent. On observe ce changement plus souvent dans des séjours plus longs.

Construction d'un lien sécurisant avec l'éducateur

- > Un premier niveau de sécurité (« d'apaisement ») s'observe lorsque le cadre de vie est très stable dans un milieu d'hébergement (« Quelqu'un va venir me répondre »). Cela est possible lorsqu'une équipe d'éducateurs se préoccupe de décoder les patrons comportementaux pour apporter un réconfort à des jeunes qui expriment très difficilement leurs besoins.
- > Les jeunes hébergés envoient des signaux très difficiles à décoder, et ce ne sont pas tous les éducateurs qui ont la même sensibilité.
- > Pour les jeunes ayant un style d'attachement désorganisé, le cadre sécurisant peut être rassurant s'ils ont peur d'être agressés.
- Lorsqu'un jeune expérimente pour la première fois l'établissement d'une relation sécurisante avec un éducateur, il trouve un endroit où il peut exprimer ses émotions (colère, peine...) sans avoir peur de perdre le lien. Cela dit, le jeune doit se rendre compte qu'il peut avoir d'autres types de liens; la généralisation prend du temps.

Besoins d'autonomie et d'exploration

> De nombreux jeunes hébergés cherchent très peu à s'éloigner des adultes, cela étant une source d'anxiété trop importante pour eux. Lorsqu'ils le font, ils peuvent adopter des comportements excessifs et prendre des risques. Devant une difficulté, ils ne retournent pas d'emblée vers les adultes. On fait l'hypothèse qu'ils anticipent alors les conséquences négatives plus que le soutien.

- L'impulsivité est très présente, et les stratégies de résolution de problèmes qui pourraient les aider à rester en exploration font défaut.
- > Les difficultés de régulation émotionnelle des adolescents hébergés peuvent constituer une entrave aux mouvements d'exploration parce qu'elles les empêchent d'exprimer leurs besoins.
- > La notion d'amitié est complexe et parfois distordue; elle sert parfois à qualifier la relation avec quelqu'un que le jeune vient de rencontrer.
- > La capacité d'explorer est parfois teintée par un potentiel cognitif plus limité; l'adolescent fait preuve alors de moins de jugement et est incapable d'intérioriser des stratégies de résolution de problèmes.

Partenariat à buts corrigés

- > Une des difficultés rencontrées par les adolescents hébergés pourrait venir des éducateurs, qui parfois perdent de vue que les jeunes ont besoin d'exprimer un point de vue différent de celui de l'adulte (et pas seulement de celui de son parent). Les difficultés à exprimer une saine opposition par des moyens non agressifs contribuent également à rendre difficiles les «négociations» avec les jeunes hébergés.
- > Les jeunes qui se positionnent dans une dynamique d'agresseur ont encore plus de difficultés à établir un partenariat à buts corrigés lorsque les comportements agressifs font trop rapidement surface. Cela met à l'épreuve la sécurité de l'intervenant, qui doit décoder les besoins du jeune dès les premiers indices de détresse.

Sensibilité parentale, ou éducative

- > L'éducateur, tout comme le parent, doit être conscient des émotions qu'il vit et de ses propres besoins relationnels. C'est un passage incontournable pour accéder à la sensibilité des besoins des adolescents.
- Les parents peuvent être sécurisants pour les adolescents, mais ils présentent pour la plupart des lacunes au chapitre de la sensibilité aux besoins d'attachement. Certains représentent une source importante de stress pour leur adolescent.

Régulation émotionnelle

- > Les refus, les frustrations peuvent générer des stress. Pour certains, chaque pas vers l'autonomie représente un énorme défi. La nouveauté, les contacts avec les parents peuvent aussi être des sources de stress.
- De nombreux jeunes ont des stratégies non adaptées: automutilation, crise, isolement.

Les amis

> Les jeunes hébergés ont peu d'amis, même pour répondre à leurs besoins d'affiliation. Par ailleurs, les amis sont rarement une source de réconfort ou de soutien émotif. Pour conclure cette première rencontre de sensibilisation, une définition du lien d'attachement a été déposée:

- > Un lien **unique**, **spécifique** et **durable** qui unit l'enfant à une personne significative, le plus souvent son parent... et qui garantit la **source de sécurité**.
- > Le jeune puise dans ce lien un **sentiment de sécurité** qui lui permet, dans des situations de détresse ou de stress, de trouver du **réconfort** pour ensuite reprendre son exploration.

Les participants ont ensuite été conviés, jusqu'à la seconde rencontre de sensibilisation, à observer les jeunes lors de situations pouvant générer un stress en ayant en tête les notions d'attachement.

4.4.2 Rencontre de sensibilisation numéro 2

Lors de la seconde rencontre de sensibilisation, les intervenants ont été conviés à réfléchir à l'importance de leur propre état d'esprit à l'endroit des jeunes et des impacts de ce dernier sur les interventions qu'ils menaient. Dans un premier temps, un retour sur les concepts vus lors de la première rencontre de sensibilisation a été effectué.

Par la suite, nous avons utilisé un descriptif de l'effet Pygmalion et des travaux de Rosenthal et Jacobson (1971) afin d'illustrer le fait que les attentes d'une personne vis-à-vis du comportement d'une autre personne, particulièrement en situation de subordination, peuvent conduire à la confirmation de cette même attente. On parlera ici de l'« autoréalisation des prophéties ». Transposée à une relation entre des intervenants et des jeunes qu'ils accompagnent, on peut avancer qu'une attente positive ou négative concernant les capacités d'un jeune se traduit par une modification du comportement de l'intervenant à son égard.

Les intervenants ont aussi été sensibilisés à l'importance des perceptions. À cette fin, nous avons utilisé une image où l'on peut voir un chat sur le rebord d'une fenêtre et des vêtements sur une corde à linge, ou encore une femme nue de dos à la même fenêtre.

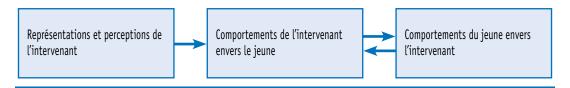
En dernier lieu, les intervenants ont été sensibilisés au cadre théorique élaboré par les chercheures du groupe de travail. Voici le cadre présenté.

Cadre théorique

Le donneur de soins, en tant que base de sécurité, doit explorer ses états émotionnels et réguler ceux-ci afin d'être disponible pour agir en tant que source de soutien et apaiser le jeune en situation de détresse.

- Les modèles représentationnels et les perceptions qu'une figure d'attachement a à l'égard de son enfant influent sur la façon dont elle se comporte envers cet enfant et la façon dont celui-ci se comporte ensuite envers sa figure d'attachement.
 - Les intervenants/éducateurs qui représentent une figure significative pour un jeune peuvent agir en tant que figure d'attachement (voir figure 1).

Figure 1



- 2. Les jeunes ayant vécu des expériences difficiles, voire traumatisantes, ont adopté des façons d'interagir qui les protègent contre des rejets et de mauvais traitements potentiels. Ces jeunes vont répéter ces modèles relationnels avec les autres. Dans ce contexte, même un donneur de soins sensible est à risque de présenter des comportements de soutien non optimaux.
 - Il n'est pas donc pas étonnant que l'intervenant qui travaille auprès d'un de ces jeunes puisse s'attendre à ce que le jeune rejette ses comportements de soutien (perception du jeune comme étant évitant) ou à ce que le jeune l'utilise et le manipule (perception du jeune comme étant contrôlant) pour arriver à ses fins.
 - Toutefois, de telles perceptions peuvent dès lors limiter ses comportements de soutien à l'égard du jeune ou interférer avec ces derniers.
 - Ces comportements de soutien non optimaux peuvent ensuite être perçus par le jeune comme du rejet, de l'hostilité ou des moyens de le punir et exacerber les sentiments d'abandon, de colère et de retrait du jeune. Ce dernier pourrait ensuite éviter de partager ses sentiments avec l'intervenant ou pourrait se désorganiser devant la difficulté à gérer l'état émotionnel dans lequel il se trouve.
 - En fin de compte, ce modèle interactionnel aura pour effet de confirmer les attentes originales de l'intervenant (« il est difficile d'aider cet adolescent qui repousse mon aide ») et du jeune (« personne ne m'aime » ou « ils veulent me contrôler »), soit des prophéties qui s'autoréalisent.
 - Afin de ne pas tomber dans le piège de ce cercle vicieux, le but de l'intervenant/éducateur serait de former une relation de confiance avec le jeune pour que celui-ci en vienne à comprendre qu'une relation sécurisante et apaisante pourrait exister.

DONC

Il faut permettre à l'intervenant de prendre du recul pour évaluer les attentes justes et injustes qu'il a envers le jeune, afin de l'aider:

- à réfléchir à la façon dont ses comportements pourraient influencer positivement et négativement les jeunes;
- 2. à réfléchir à de nouvelles façons d'interpréter les comportements des jeunes.

Dimensions proposées pour faciliter la réflexion et la réinterprétation

1. Il est important de réfléchir à nos perceptions des comportements des jeunes et à les remettre en question, soit nos conceptions et nos préconceptions de ce que les jeunes tentent de communiquer par leurs comportements (par exemple : « le jeune tente de me contrôler, de me manipuler »).

- Ex. Si un jeune n'exprime pas ses sentiments ou sa détresse à l'intervenant:
 - Est-ce un comportement de rejet, **ou** est-ce que le jeune ne sait simplement pas comment s'y prendre pour se confier à son intervenant et exprimer qu'il recherche son soutien?
- Ex. Si un jeune est *agressif* avec son intervenant:
 - Est-ce un comportement de contrôle, ou est-ce que le jeune tente de se protéger et qu'il recherche la disponibilité de son intervenant pour être apaisé?
- 2. Comment peut-on percevoir les comportements des jeunes autrement?
 - Qu'est-ce que le comportement du jeune peut vouloir dire, analysé selon la théorie de l'attachement?
 - Cherche-t-il, bien qu'il ne le fasse pas de façon optimale, à utiliser son intervenant comme source de soutien, c'est-à-dire à se faire réconforter par l'intervenant/éducateur, à recevoir des conseils qui tiennent compte de ses forces et de ses limites et à être guidé et aidé dans l'expression de sa détresse?
 - Cherche-t-il, bien qu'il ne le fasse pas de façon optimale, à ce que son intervenant soit *disponible sur le plan émotionnel* pour lui, c'est-à-dire à obtenir que l'intervenant comprenne/valide son point de vue et qu'il soit à l'écoute de ses besoins pour contenir et apaiser ainsi sa détresse?

Ici, le but n'est pas de présenter les catégories d'attachement, mais plutôt de reprendre les comportements des enfants énumérés par les intervenants lors de la dernière rencontre pour voir comment ils pourraient les interpréter de manière différente, en tenant compte des concepts de soutien et de disponibilité de l'intervenant (théorie de l'attachement)

Puis, une affiche résumant de façon humoristique les centrations d'observations en fonction de l'attachement a été présentée. Elle apparaît à la page suivante.

Graduellement par la suite, le concept de multi-hypothèses relativement à la réinterprétation des comportements des jeunes a été abordé pour insister sur la dimension relationnelle que devait avoir l'intervention.



Avec une lunette « attachement », j'observe plus particulièrement :

Les départs et les séparations

(Départ pour les vacances, départ pour une activité, séparation au coucher, réaction du jeune quand je quitte le travail, etc.)

Les retrouvailles

(Retour de vacances, retour d'une activité, retrouvaille lors du lever, réaction du jeune à mon arrivée, etc.)

Les situations de détresse

(Lorsque le jeune est: anxieux, excité, déçu, frustré, dérangé par un changement, malade etc.)

4.5 EXERCICE D'OBSERVATIONS CIBLÉES ET DE MULTI-HYPOTHÈSES

À la fin de la seconde rencontre de sensibilisation, nous avons distribué aux participants un tableau dans lequel ils pouvaient colliger leurs observations lors des situations ciblées relativement à l'activation des besoins d'attachement, plus particulièrement:

- > les départs et les séparations,
- > les retrouvailles,
- > les situations de détresse.

Les intervenants devaient dans un premier temps relever les comportements des jeunes lors des situations ciblées, puis tenter d'émettre des multi-hypothèses relativement à l'apparition du comportement pour finalement inscrire l'émotion suscitée chez eux par le comportement du jeune¹⁶. La participation des équipes de travail a été excellente, et l'exercice nous a permis de récolter un total de 93 situations ciblées réparties quasi également dans nos trois champs: 30 situations de séparation, 32 de retrouvailles et 31 de détresse.

Voici quelques exemples de situations et de comportements notés par les intervenants.

- > Excitation au coucher (rit, fait des blagues, interagit beaucoup avec les pairs, parle fort, tourne tout à la blague, s'éparpille).
- > Départs de fin de semaine: très agité la journée où il part en sortie dans sa famille d'accueil (verbomoteur, provocateur, hypervigilant).

- > Perte d'autonomie, excitation lorsqu'il part en sortie.
- > Faire un nouveau trajet d'autobus : parle d'un ton sec, intolérant, rigidité de la pensée, difficulté à s'exprimer, impoli.
- > Crainte et anxiété qui augmentent au départ de l'éducateur de suivi lorsqu'il part pour plusieurs jours. Le jeune fait plusieurs demandes.
- > Lorsque l'éducateur revient d'une semaine de congé, le jeune recherche sa présence, et lorsque l'éducateur nomme l'ennui que le jeune a pu ressentir, ce dernier éclate en sanglots.
- > Levers: difficile de faire sa routine, regarde partout, n'écoute pas, dérange ses pairs, chante/rit fort pour rien.
- > Dès qu'il revient, il « chiale » systématiquement sur tout.
- Matin d'examen scolaire: le jeune se promène dans l'unité, répète non, non, non. Prend des objets qu'il n'a pas le droit de prendre. Refuse l'aide de l'adulte. Discours négatif envers l'école.
- > Stress provoqué par le stage: le jeune «bardasse» en faisant sa tâche; a toujours un «bobo» le mardi pour éviter d'aller à son stage.
- Lorsqu'il vit une situation stressante, il veut appeler chez lui. S'il est envahi, il explique la situation en accusant l'intervenant de le réprimander injustement, exagère, ment. Refuse de nous parler. Va dehors prendre un moyen même si ce n'est pas le temps. Provoque, clivage, argumente, crée un malaise, crise de larmes.
- > Lorsque pris en défaut, se dévalorise. Rigide, se ferme, recherche l'alliance négative avec des pairs ouvertement, agressivité.
- > Demande toujours qui travaille, ou quand on se reverra.
- > Autonomie: accompagné au début (stage, école, entrevue, bénévolat). Une fois qu'il doit l'assumer seule, il le fait une ou deux fois d'elle-même et fugue ensuite.

Avec les enfants plus jeunes, nous concevons aisément que l'éloignement d'avec les adultes significatifs puisse être une source d'anxiété. Avec les adolescents, nous sommes portés à croire que les enjeux d'éloignement sont moins importants. Dans les situations relevées par les intervenants, nous retrouvons plusieurs situations comparables à celles observées avec les enfants plus jeunes. D'un autre côté, les défis liés à l'autonomie (stage, recherche d'emploi, etc.) semblent prendre plus de place avec les adolescents.

Au chapitre des multi-hypothèses faites pour interpréter les comportements observés, les constats sont intéressants. Les intervenants demeurent centrés sur les causes probables des comportements (anxiété, peur de l'abandon, peur de l'échec, etc.) plutôt que sur des intentions hostiles qui pourraient facilement être attribuées au jeune (il veut faire réagir l'adulte, il veut de l'attention négative, etc.).

En dernier lieu, les intervenants devaient définir les sentiments soulevés chez eux par les comportements observés. Voici quelques exemples de sentiments rapportés par les intervenants.

- > Stress, coincé entre vouloir apaiser son anxiété et éviter la crise au coucher; exaspération.
- > Malaise, exaspération, frustration, contrôle de soi, empathie.
- > Impatience, frustration, désespoir, indifférence.
- > Désir de la tenir à l'écart, de l'éloigner.
- > Impuissance, empathie, tristesse, inquiétudes pour l'avenir.
- > Confiant qu'il est capable de s'adapter au changement.

Cet exercice d'observations ciblées et de multi-hypothèses s'est avéré très intéressant. Il permet aux intervenants de prendre le temps de mieux comprendre les comportements des adolescents relativement à leurs besoins d'attachement et la recherche de sécurité et de réconfort qui est parfois cachée sous le comportement. L'exercice a aussi mis en évidence les capacités de mentalisation des intervenants lorsqu'ils devaient définir leurs propres émotions liées aux comportements des adolescents et donner un sens à ces mêmes comportements.

4.6 DÉFINITION DES INTERVENTIONS APAISANTES ET NON APAISANTES LORS DE SITUATIONS CIBLÉES

Pendant l'automne 2013 et une partie de l'hiver 2014, nous avons suggéré aux participants de pousser encore plus loin leurs observations, toujours à partir de situations ciblées (détresse, séparation et retrouvailles). Nous avons utilisé le tableau ci-dessous. Aux colonnes sur les comportements, leur interprétation et les émotions qu'ils suscitent, nous avons ajouté une colonne pour noter les interventions qui apaisent le jeune lors des situations ciblées et une autre pour les interventions qui n'apaisent pas le jeune, toujours dans les mêmes situations.

Nous avons ainsi récolté 230 interventions précises (157 décrites comme étant apaisantes et 73 comme étant non apaisantes).

Voici quelques exemples d'interventions rapportées par les intervenants.

Interventions qui apaisent

- > Que l'éducateur nomme l'émotion et reste présent lorsqu'il pleure.
- > Rester présent physiquement, mettre des mots, mettre un cadre (par exemple : «O.K., je te laisse 15 minutes. Après...»).
- > Rester calme, faire des demandes claires (prévisibilité). Laisser de l'espace, encourager à prendre un moyen positif, refléter les impacts de ses gestes sur ses parents (inquiétude, stress, incompréhension...), reprendre les choses, sécuriser.
- > Le rassurer, le soutenir dans l'attente et rester proche de lui.
- > L'écouter, prendre soin, répondre à ses besoins de proximité ou de distance, ou besoins de base. Lui refléter comment il semble se sentir (lorsque disponible). Lui offrir un endroit calme.
- > Lorsqu'il nous parle de maux physiques, lui demander si il est inquiet. Parler de ce que nous vivons afin de faire du « modeling » pour l'aider à parler de ce qu'elle vit.

> La réconforter et la sécuriser en l'informant de l'horaire des éducateurs. Besoin de prévisibilité.

Interventions qui n'apaisent pas

- > Additionner les conséquences.
- > Le brusquer, exiger, contrôler, confronter.
- > L'indifférence intentionnelle, le laisser dans le groupe.
- Le faire attendre, ne pas le situer sur un temps précis avant qu'on réponde à sa demande.
- > L'ignorer, le laisser se débrouiller seul, la fermeté.
- > Indifférence intentionnelle. Ridiculiser ses craintes. Être peu disponible.

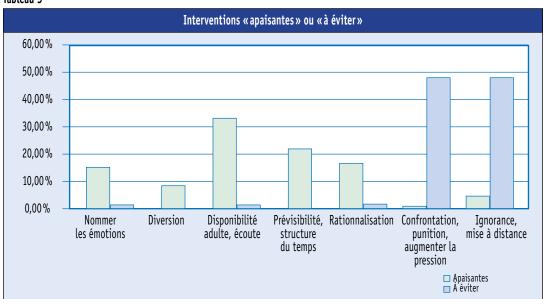
Les 230 interventions répertoriées ont été soumises à un comité d'experts, qui devait dans un premier temps définir des catégories d'intervention et par la suite classer les interventions en fonction des catégories ciblées.

Les catégories qui ont été retenues sont les suivantes:

- > Nommer les émotions
- > Faire diversion
- > Offrir une disponibilité adulte
- > Installer de la prévisibilité, structurer le temps
- > Rationaliser quant à la situation vécue
- > Confronter, punir, augmenter la pression
- > Ignorer, mettre à distance

Le tableau suivant illustre le résultat des catégorisations. Rappelons ici que les pourcentages sont calculés en fonction de chacune des catégories représentées par une couleur. Ainsi, l'addition des pourcentages indiqués dans les colonnes «apaisantes» donne 100%, et l'addition des pourcentages indiqués dans les colonnes «à éviter» donne aussi 100%.

Tableau 5



De façon très nette, la **disponibilité adulte**, **la prévisibilité**, le fait de **nommer les émotions** et la **rationalisation** semblent apaiser les jeunes lors des situations anxiogènes, alors que la confrontation, la punition, la mise à distance et l'ignorance semblent ne pas apaiser les jeunes lors de ces mêmes situations.

Ces données sont d'autant plus intéressantes qu'elles sont issues directement de la pratique. Par contre, elles soulèvent des questions quant aux meilleures attitudes éducatives à adopter. La « mise à distance » pour souligner un comportement inacceptable est une intervention fréquemment utilisée dans l'ensemble de nos établissements, des garderies aux écoles en passant par les centres jeunesse. Si cette intervention est efficace dans de multiples contextes, sa pertinence est discutable lorsqu'elle apparaît dans un contexte où les signaux de détresse des jeunes sont exprimés maladroitement et lorsque les besoins d'attachement ne sont pas comblés. Il semble y avoir un consensus parmi les intervenants selon lequel la mise à distance lors des situations plus anxiogènes pour le jeune est à éviter. Cette intervention ne semble pas apaiser les jeunes. Inversement, la disponibilité de l'adulte et l'écoute sont considérées parmi les interventions les plus efficaces pour apaiser les jeunes dans ces mêmes situations.



Conclusion



- > Notions théoriques
- > L'attachement chez les adolescents de la population normative
- > L'attachement chez les adolescents de la population clinique
- > Lignes directrices pour une intervention intégrant
- > les notions d'attachement

Le travail auprès de jeunes hébergés et de leurs parents impose de s'intéresser à ce que chacun d'eux transporte dans son bagage d'attachement.

L'objectif de la rédaction du présent document est de rassembler l'ensemble des connaissances issues de la théorie et du savoir pratique du milieu clinique.

Ce document servira essentiellement à élaborer une formation pouvant soutenir l'intégration des notions d'attachement aux pratiques. Cela dit, il apparaît utile, à titre de conclusion, de présenter une synthèse des éléments à considérer afin de les rendre rapidement accessibles aux intervenants.

Voici donc en résumé, quelques éléments à retenir:

Notions théoriques

La formation de l'attachement

La première relation d'attachement se construit dans l'enfance, puis se module et s'exprime différemment selon les âges de la vie.

Tous les enfants, pour favoriser leur survie, ont le potentiel biologique nécessaire pour s'attacher à un adulte. Ce qui diffère d'un enfant à l'autre, c'est la qualité des comportements d'attachement, lesquels varient en fonction de la qualité des réponses parentales reçues.

Une des principales fonctions de la relation d'attachement est d'aider l'enfant dans sa régulation émotionnelle. La figure d'attachement sécurisante aide l'enfant à s'apaiser lorsqu'il vit de la détresse. Au fil du temps, l'enfant acquiert un sentiment de confiance envers sa figure d'attachement si celle-ci est disponible et répond aux signaux de détresse. L'observation des comportements d'attachement de l'enfant permet d'évaluer:

- > la qualité des stratégies utilisées par l'enfant pour faire face au stress (régulation émotionnelle);
- > la façon dont il utilise son parent pour s'apaiser et s'organiser (havre de sécurité);
- la façon dont il utilise son parent pour explorer (base de sécurité).

La relation d'attachement se développe durant la petite enfance, mais les besoins d'attachement durent toute la vie. Cependant, en vieillissant, le système d'attachement est sollicité de façon moins fréquente et urgente.

Le système d'attachement se manifeste d'abord dans les comportements de l'enfant envers son parent. En vieillissant, l'enfant se construit un modèle représentationnel de sa relation d'attachement.

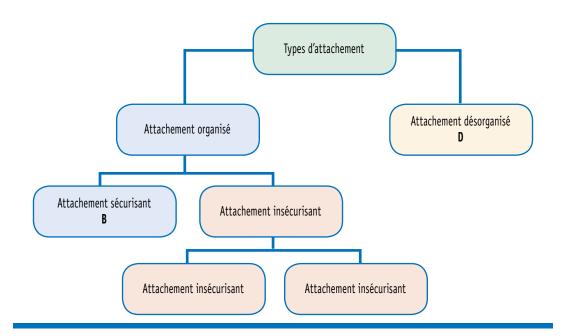
La sensibilité parentale

La qualité des réponses des parents est influencée entre autres par la sensibilité parentale, qui est la capacité de percevoir et d'interpréter les signaux et les messages que l'enfant transmet par son comportement pour ensuite réagir adéquatement et dans un délai raisonnable. Cette sensibilité varie selon les contextes: relation fusionnelle, surprotection, négligence, maltraitance, etc.

Des réponses sensibles de la part du parent amènent l'enfant à acquérir un sentiment de sécurité qui lui permettra de recourir avec confiance à son parent en situation de détresse.

Les types d'attachement

Le présent document a rappelé les différents types d'attachement, résumés dans le tableau ci-dessous:



Il y a deux angles possibles pour évaluer le patron d'attachement: (a) l'observation des comportements d'attachement et d'exploration, particulièrement quand le système d'attachement est activé; (b) l'exploration des représentations internes (MIO) présentes dans le discours de l'individu (entrevues sur rappel d'événements antérieurs, jeux, histoires racontées, etc.).

Les enfants ayant un modèle interne opérant de **type sécurisant** construisent des **représentations d'eux-mêmes comme étant compétents et des perceptions d'autrui comme étant des personnes fiables sur qui il est possible de compter.**

L'attachement sécurisant est un facteur de protection pour le développement global. L'attachement insécurisant est un facteur de risque, alors que l'attachement désorganisé représente un facteur de risque encore plus grand associé à des troubles psychopathologiques (troubles de comportement, troubles de santé mentale, relations dysfonctionnelles, suicide, etc.).

Le partenariat à buts corrigés

Le partenariat à buts corrigés suppose la capacité de l'enfant à imaginer les plans et les perceptions du parent ou du donneur de soins et à faire coïncider ses propres plans et activités avec ces derniers. Par exemple, un adolescent pourrait dire «je ne veux pas faire le ménage de ma chambre maintenant, mais plutôt après ma sortie», et son parent répondre «j'attends de la visite et je veux que la maison soit propre avant ton départ». Il s'agit pour le parent et l'adolescent de négocier en considérant la perspective de l'autre pour arriver à un but commun.

Les effets du stress et de la maltraitance

Lorsqu'un jeune est alarmé, préoccupé par sa protection et/ou par la disponibilité de son donneur de soins, il n'est pas en mesure de faire des découvertes, d'explorer.

Un milieu générant fréquemment un niveau de stress intense (stress chronique) affectera le système d'attachement et favorisera la formation d'un attachement désorganisé.

Le stress chronique peut affecter différentes sphères du développement de l'enfant, notamment le développement du cerveau et des capacités cognitives.

Il est important de savoir que lorsqu'une personne est en état de stress, sa capacité à penser est atteinte. En effet, un stress intense amène généralement un accès temporairement restreint à ce potentiel en favorisant la mise en place de réactions plus primitives de survie.

Il existe un lien entre la négligence/maltraitance, l'exposition à de multiples expériences traumatisantes et les difficultés d'attachement. En décrivant des adolescents ayant vécu de la négligence ou de la maltraitance comme étant menteurs, manipulateurs, non empathiques ou ayant d'autres attributs négatifs, on occulte leur passé de négligence et de maltraitance.

Le trouble de l'attachement

Il existe actuellement une certaine confusion relativement à la conceptualisation de la notion du trouble de l'attachement. La majorité des jeunes placés présentent des difficultés liées à l'attachement. Le diagnostic du trouble de l'attachement suppose une incapacité à former un lien sélectif avec un adulte significatif. L'enfant attaché de façon désorganisée a établi un lien sélectif avec son parent, mais qui ne lui apporte pas la sécurité nécessaire à un développement optimal.

L'attachement chez les adolescents de la population normative

Attachement et puberté

Tous les jeunes en bonne santé vivent la puberté, mais tous n'ont pas les mêmes capacités pour faire face aux différents changements et aux stress inhérents à cette période qui peut représenter pour certains un véritable bouleversement. Plus l'attachement sera sécurisant et meilleures seront les capacités de faire face aux changements.

Les transformations générées par la puberté imposent aussi un remaniement des relations avec les figures d'attachement primaires.

SECTION 5 – Conclusion 111

Ajustement dans la relation parent-adolescent

Un des enjeux premiers est la création d'un nouvel équilibre entre les comportements d'attachement (et les représentations) envers les parents et les besoins d'exploration de l'adolescent (pensées, émotions, relations sociales, intimité, etc.). L'adolescent sécurisé devient capable de dé-idéaliser le parent, donc de voir ses forces et ses faiblesses.

Une des tâches fondamentales de l'adolescent en ce qui a trait à l'attachement est de développer sa capacité à s'autonomiser, laquelle implique de s'éloigner physiquement et psychologiquement du parent.

Une des tâches pour lesquelles l'adolescent a le plus besoin de soutien de la part de ses parents est la différenciation/distanciation d'avec ceux-ci. L'adolescent se retrouve dans une situation complexe: il a besoin du soutien de ses parents, mais il sent le besoin de résister à cette aide de peur de perdre son autonomie. C'est un processus dynamique complexe à la fois pour l'adolescent et le parent. Les changements sont grands à l'adolescence, et gérer les stress associés à cette période exige un système nerveux central robuste et bien intégré.

Développement cognitif

Avec le développement de la pensée formelle, l'adolescent développe ses capacités d'abstraction. Cela lui permet d'intégrer ses MIO, c'est-à-dire d'unifier les représentations qu'il s'est faites de lui-même (modèle de soi) et celles qu'il s'est faites de la capacité de ses proches à répondre à ses besoins de sécurité (modèle d'autrui).

À l'adolescence, les expériences avec l'ensemble des figures significatives vont faire l'objet d'une intégration conduisant à la construction d'un modèle plus général, voire plus intégré, des représentations et des relations d'attachement.

Les nouvelles capacités de l'adolescent sur le plan cognitif ont aussi un impact sur le partenariat à buts corrigés qui s'était développé dans l'enfance. L'adolescent peut intégrer ses besoins et ses désirs actuels de façon plus souple et se représenter plus finement et de façon nuancée ceux de ses parents.

Des acquis en matière de communication et cette capacité à comprendre la perspective de l'autre sont essentiels pour l'aider à réussir la tâche développementale de la séparation d'avec le parent.

Les pairs

Il existe un lien étroit entre l'organisation de l'attachement d'un adolescent et la qualité de ses relations avec les pairs.

Étant donné l'exploration d'un environnement social plus large, les pairs ont le potentiel de devenir plus significatifs et peuvent procurer un sentiment de sécurité et aider à réguler la détresse dans des situations modérées d'alarme ou de peur.

Il y a un lien entre le style d'attachement de l'adolescent, la confiance qu'il a en ses propres ressources et la confiance envers l'autre.

Stress et régulation émotionnelle

Les réactions de l'adolescent durant cette réorganisation massive dépendent davantage du système limbique, ce qui fait que **les structures qui inhibent certains comportements perdent leur force**.

À l'adolescence, le système d'attachement continue de s'activer devant un danger potentiel, mais ce danger peut aussi être psychologique, comme la peur d'être abandonné, rejeté, etc.

Malgré les besoins de distanciation, les parents demeurent longtemps la première référence lors de stress intense.

Le système d'attachement à l'adolescence crée un nouvel équilibre entre le système d'attachement et les autres systèmes motivationnels. Quand les systèmes d'attachement et de peur sont activés, les autres systèmes sont désactivés et ne peuvent donc se réaliser à leur plein potentiel.

Les stratégies de régulation émotionnelle des adolescents sont étroitement liées à leur style d'attachement.

À l'adolescence, il est essentiel que le système d'exploration soit hautement activé pour permettre que le sujet développe ses diverses compétences physiques, intellectuelles et sociales et puisse nouer de nouvelles relations. Cette activation du système d'exploration ne peut être optimale que si le système d'attachement est désactivé.

L'attachement chez les adolescents de la population clinique

Attachement et placement

Le placement des adolescents est souvent demandé relativement à des difficultés comportementales. Ces dernières sont plutôt l'expression d'une expérience de vie empreinte d'adversité.

Une partie des difficultés des adolescents hébergés pourraient être comprises si on liait la maltraitance et la négligence vécues dans le milieu familial (traumatismes vécus) et la formation d'un attachement insécurisant, tout particulièrement l'attachement désorganisé.

De nombreux jeunes hébergés ont des difficultés sur le plan relationnel, mais aussi différents retards de développement. Ils ont été bien souvent exposés à des environnements présentant de nombreux facteurs de risque reconnus qui les prédisposent davantage au développement de troubles psychopathologiques.

Les adolescents placés sont rapidement désorganisés par les situations stressantes. Ils peuvent être submergés par les émotions comme la colère, le chagrin, la peur. Ils présentent un émoussement de la réponse au stress, s'exprimant par exemple en une réponse hyper ou hypo réactive au stress aigu.

Le placement peut être perçu par le jeune comme anxiogène et activer le système d'attachement et les stratégies de protection habituelles, lesquelles lui ont per-

SECTION 5 – Conclusion 113

mis de survivre mais ne sont pas nécessairement adaptées en dehors de son milieu d'origine.

L'épisode de placement peut potentiellement représenter ou réactiver un épisode traumatique.

Impacts de la maltraitance et de la relation d'attachement insécurisante sur le cerveau

L'attachement insécurisant est associé à un développement plus faible du lobe frontal. Les expériences répétées de certains patrons de comportements (liés à la réaction aux stress) créent des réseaux programmés dans le cerveau, et les actes impulsifs peuvent devenir la norme.

Un système nerveux incapable de régulation et d'intégration à cause d'expériences précoces difficiles est particulièrement vulnérable et a de la difficulté à soutenir les importants changements du cerveau qui surviennent durant l'adolescence.

Relation avec le parent biologique ou les adultes significatifs

Certains enfants ou adolescents maltraités peuvent être très loyaux envers leurs parents et présentent des comportements d'attachement certains à leur égard, mais insécurisants et souvent désorganisés.

La maltraitance s'inscrit dans une problématique relationnelle plus large qui dépasse les seuls épisodes de négligence et de mauvais traitements. Une intervention visant uniquement la maltraitance parentale ou les troubles de comportement sans considérer les interactions au quotidien entre le parent et l'adolescent aurait peu de chances d'être efficace.

Ces jeunes reproduisent avec leurs nouveaux donneurs de soins les modèles d'attachement qu'ils ont construits avec leurs figures parentales antérieures. Ils tendent souvent à rejeter le soutien offert et à ne pas exprimer leurs besoins d'attachement et de détresse.

Lignes directrices pour une intervention intégrant les notions d'attachement

La littérature et le savoir basé sur l'expérience permettent de dégager des pistes d'intervention auprès des adolescents hébergés qui intègrent la notion d'attachement.

Une des premières choses à faire lorsqu'on intervient auprès d'un jeune hébergé est de se demander quels sont les critères qui permettent de distinguer une relation d'attachement d'une autre relation sociale, et ce, afin de pouvoir évaluer si le placement permet au jeune d'établir une relation avec un adulte pouvant offrir une expérience réparatrice sur le plan de l'attachement.

Voici six critères à envisager:

- 1. L'adolescent doit voir la figure d'attachement (éducateur, intervenant social) comme étant engagée à être disponible au besoin, et ce, avec une certaine continuité temporelle.
- 2. L'adolescent recherche la proximité (physique ou émotionnelle) de l'adulte, tout particulièrement en situation de stress.
- 3. L'adolescent éprouve de la détresse face à une séparation inexpliquée.
- 4. L'adolescent manifeste du plaisir ou de la joie lors de la réunion avec cet adulte.
- 5. L'adolescent ressent de la douleur face à la perte de la relation.
- 6. L'adulte est utilisé comme une base de sécurité à partir de laquelle l'adolescent peut explorer.

S'intéresser à ce que l'adolescent transporte dans son bagage

Dans l'intervention auprès d'un adolescent hébergé, une attention particulière doit être portée à son histoire de vie ainsi qu'à son histoire d'attachement.

Voici certaines pistes pouvant aider à réfléchir à la qualité des représentations d'attachement de l'adolescent découlant de ses expériences d'enfance:

- Est-ce qu'il a un discours cohérent et fluide à propos de ses relations d'attachement?
- > Est-ce qu'il est capable de donner des exemples concrets pour appuyer son discours?
- > Est-ce qu'il a un réseau social signifiant et qui le soutient?
- > Est-ce qu'il fait référence à ce réseau et l'utilise en situation de détresse?
- > Est-ce qu'il gère de façon adaptée les événements difficiles?
- > Est-ce qu'il dé-idéalise progressivement ses figures parentales?

Il faut souligner l'importance de bien connaître le niveau de développement du jeune dans ses différentes dimensions (cognitive, affective, physique, sociale, morale), et ce, afin de nourrir des attentes réalistes à son endroit, mais aussi de pouvoir apprécier son cheminement.

Lorsqu'un adolescent arrive dans un nouveau contexte de placement, il est normal qu'il réagisse à la séparation et à la perte potentielle de ses figures d'attachement. Il est donc inapproprié d'évaluer l'attachement trop tôt, car le jeune doit d'abord s'ajuster et possiblement former un nouvel attachement. La durée de la période d'attente dépendra de l'âge mais aussi du niveau de maturité ou de développement du jeune. Finalement, il faut s'assurer que l'enfant a réellement établi un lien sélectif avec l'adulte qui en est responsable pour faire une évaluation qui soit pertinente.

Lien entre l'adolescent et son parent biologique et/ou psychologique

Les chercheurs en attachement soulignent l'importance de considérer et de travailler à améliorer la qualité des interactions parents-adolescents, tout particulièrement lorsqu'un projet de retour est envisagé. SECTION 5 – Conclusion 115

Il est important de s'intéresser à la qualité des relations réelles entre l'adolescent et son parent et non pas uniquement aux représentations de l'adolescent. La communication et la résolution des conflits deviennent des cibles d'observation centrales pour évaluer la qualité des relations avec les donneurs de soins primaires.

L'accompagnement offert devrait aider le parent à voir le sens du comportement problématique de son adolescent sous l'angle d'un besoin d'attachement.

Lien entre l'ado et les adultes qui en prennent soin au quotidien

Les études montrent que les adolescents ayant des parcours relationnels difficiles ont des comportements d'attachement complexes, et que le donneur de soins doit apprendre à en faire le décodage.

Les études mettent en évidence l'importance de la sensibilité du donneur de soins et de son état d'esprit relativement à l'attachement. Voici en rappel, le tableau présenté antérieurement.

Figure 1



Les recherches montrent qu'une meilleure sensibilité parentale ou du donneur de soins substitut est centrale pour favoriser une sécurité de l'attachement et pour améliorer la santé sociale et psychologique du jeune.

Lorsque le donneur de soins peut réfléchir aux facteurs qui sous-tendent les comportements, y compris aux sentiments et aux besoins de l'adolescent ainsi qu'à la façon dont lui-même répond à ce dernier, il est mieux équipé pour comprendre le sens des comportements problématiques.

L'adulte doit devenir conscient de la signification possible du comportement problématique du jeune sous l'angle du besoin d'attachement. Il doit aussi réfléchir à ses propres réactions émotionnelles aux comportements de l'adolescent, surtout lorsqu'elles font écho à sa propre expérience d'enfance. Cet espace de réflexion lui permettra d'offrir une réponse de nature moins réactive et plus sensible et de maintenir des attentes et des limites appropriées envers le jeune.

Organisation d'un milieu de vie favorable au développement de la sécurité de l'adolescent

L'éducateur et l'intervenant social peuvent:

> favoriser le développement de la sensibilité du parent biologique ou substitut afin de le rendre plus disponible pour répondre aux besoins d'attachement de l'adolescent et ainsi favoriser un lien plus sécurisant en intervenant avec la dyade;

- > offrir une expérience relationnelle « réparatrice » comme donneur de soins substitut professionnel afin de permettre à l'adolescent de revisiter ses modèles internes relativement à l'attachement; pour ce faire, le donneur de soins substitut doit manifester une sensibilité de type thérapeutique; dans une approche de groupe, plutôt que de se fier uniquement à une relation particulière entre l'adolescent et un adulte, toute l'équipe (éducateurs, professeurs, personnel de soutien, etc.) doit se préoccuper de poser sur l'adolescent un regard bienveillant et chaleureux; en effet, si toute l'équipe est engagée auprès du jeune, elle lui offre une multitude d'occasions de modifier ses représentations d'attachement;
- > être attentifs aux problématiques de transfert et de contre-transfert qui pourraient se poser; c'est seulement dans des conditions optimales de stabilité de soins et de soutien que ces adolescents, qui ont des besoins extrêmement complexes, peuvent progresser;
- intégrer les notions d'attachement dans l'organisation du milieu de vie afin qu'il soit bienveillant

Il est important d'établir un partenariat à buts corrigés avec l'adolescent en favorisant les stratégies pour résoudre les conflits et négocier des solutions aux désaccords. Toutefois, lorsque l'adolescent se positionne dans une dynamique d'agresseur, il est difficile pour l'intervenant de rester disponible alors que sa sécurité est menacée. Il doit décoder les besoins du jeune dès les premiers indices de détresse afin d'offrir des solutions de rechange pour préserver la relation.

Il peut être encourageant de savoir que les représentations d'attachement et les modèles internes opérants demeurent malléables. La revisite d'un attachement insécurisant peut être stimulée par de nouvelles expériences relationnelles significatives, voire de nouveaux liens d'attachement. Une relation sécurisante avec un membre du personnel peut offrir une expérience correctrice et mener à une réorganisation des représentations d'attachement chez l'adolescent.

Une organisation qui soutient les expériences réparatrices

L'organisation doit positionner la philosophie concernant les interactions du personnel avec les adolescents en les mettant au cœur de l'intervention de réadaptation. Elle doit mettre en place les conditions favorisant un milieu de travail permettant aux donneurs de soins d'être sensibles et d'offrir aux jeunes une base de sécurité et un refuge dénué d'hostilité et de comportements effrayants et effrayés. Le milieu de soins joue de façon symbolique et quotidienne le rôle de la figure d'attachement substitut.

L'organisation doit favoriser la mise en place d'espaces de discussion clinique permettant de prendre une distance de l'action et valoriser le bien-être physique et psychologique de ses employés.

Un environnement thérapeutique

L'environnement thérapeutique planifié est fait de quatre éléments: les valeurs et croyances des donneurs de soins, l'environnement physique, la philosophie de l'organisation et les pratiques de soins.

SECTION 5 – Conclusion 117

L'environnement thérapeutique doit être imprégné des présomptions de base suivantes concernant l'adolescent:

- > il fait de son mieux:
- > il veut s'améliorer, et pour se sentir en sécurité il a besoin parfois de tout contrôler;
- > en situation de stress, il utilise des stratégies défensives qui lui ont été utiles pour survivre avant;
- > comme tout être humain, il veut éviter ce qui est douloureux ou stressant;
- > ses attaques contre nous sont un reflet de son manque de confiance, d'un faible contrôle émotionnel, des erreurs de pensée, de son impulsivité;
- > pour changer, il a besoin qu'on l'accepte, le réconforte, lui enseigne des choses, qu'on valide sa conscience de soi en l'aidant à acquérir des compétences et qu'on ajuste nos attentes à son âge de développement afin qu'il expérimente plus de succès et moins d'échecs;
- > il va devoir travailler fort pour apprendre à vivre bien.
- > L'environnement thérapeutique doit être imprégné des présomptions de base suivantes concernant l'intervenant:
- > il doit servir de base de sécurité: le jeune doit apprendre que nous sommes présents même en son absence, il peut revenir nous voir pour se référer à nous;
- > idéalement, on veut que le jeune intériorise avec le temps une image de nous et qu'il s'y réfère; ultimement, le jeune deviendra plus autonome et pourra se référer à lui-même comme étant sa propre base de sécurité;
- l'intervenant aura besoin de soutien de personnes en qui il a confiance pour bien jouer son rôle;
- > l'intervenant fera des erreurs, et il est important de les reconnaître, d'y faire face et d'apprendre à en tirer profit et enseignement: c'est ce qu'on demande à l'adolescent.

L'environnement thérapeutique est contenant

Les adultes qui prennent soin de l'adolescent doivent pouvoir le contenir, ainsi que sa violence.

La contenance consiste en une série d'éléments:

- > les besoins primaires de sécurité, de chaleur et de stimulation sont satisfaits de façon inconditionnelle;
- > les limites sont claires, explicites et appropriées en ce qui concerne l'expression d'émotions et les comportements;
- > il y a une ferme volonté de résoudre les malentendus;
- > la relation est nourrissante et empreinte de tolérance, ce qui fait que l'individu se sent pris en charge et investi;
- > la communication est bienveillante;
- > l'adolescent existe dans l'esprit de l'adulte, il n'est pas oublié.
- > L'intervenant devient une figure d'attachement (c'est-à-dire une base de sécurité pour explorer et un havre de sécurité pour réconforter):

- > en fournissant une réponse sensible, en étant empathique et en nommant et en contenant les émotions;
- > en étant disponible pour répondre aux réels besoins du jeune sans favoriser une trop grande dépendance ou indépendance;
- > en acceptant le jeune pour ce qu'il est et en posant sur lui un regard positif de façon inconditionnelle, en l'aidant à développer son amour-propre, afin qu'il se sente reconnu et capable de se voir une valeur;
- > en mettant en place une structure grâce à des routines et à des rituels prévisibles qui réduisent l'anxiété et l'excitation;
- > en apaisant les adolescents quand ils sont trop agités pour qu'ils apprennent éventuellement à se réguler davantage eux-mêmes: il faut trouver ce qui fonctionne pour chacun d'eux.

Les mesures éducatives qui fonctionnent bien avec un adolescent attaché de façon sécurisante ne fonctionnent pas avec les adolescents qui ont des difficultés d'attachement. Elles peuvent augmenter la méfiance, le sentiment de rejet, l'anxiété.

L'adulte aide l'adolescent à coréguler ses émotions négatives afin d'en réduire l'escalade. L'objectif est d'aider le jeune à éventuellement devenir capable d'autorégulation.

Un environnement constant et prévisible aide un adolescent traumatisé à diminuer ses sentiments d'insécurité et de vulnérabilité et il lui permet de graduellement quitter un mode de survie pour s'investir dans des tâches développementales.

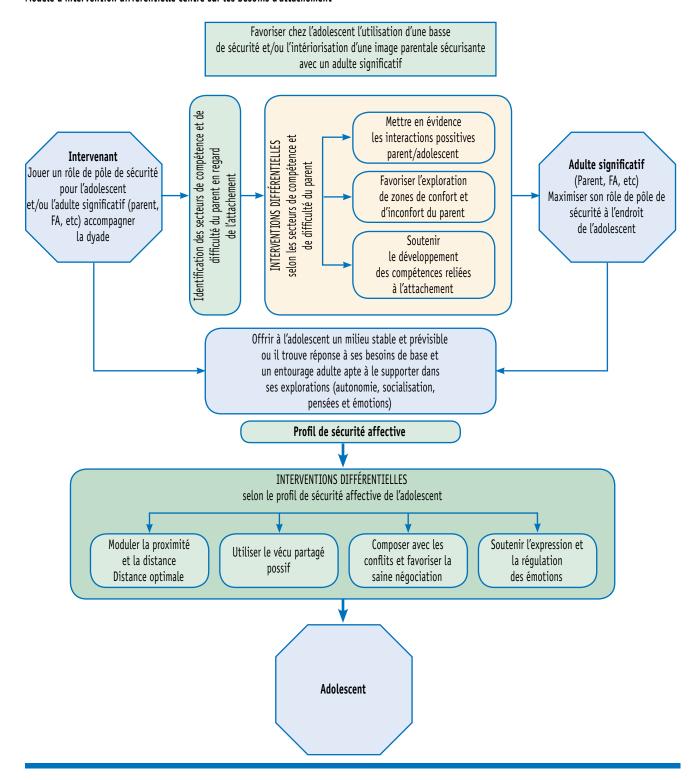
À défaut de construire une relation d'attachement avec l'adolescent, l'intervenant doit minimalement devenir une base de sécurité. Pour que cela puisse se produire, la sensibilité de l'intervenant est un élément essentiel. De plus, si un travail est fait avec le parent, l'intervenant doit aussi devenir une base de sécurité pour le parent.

Il ne faut pas minimiser l'impact du rôle de modèle joué par les intervenants. L'adolescent profitera du fait que l'intervenant a fait face à ses propres besoins d'attachement et à ses expériences de perte et de séparation. Si l'intervenant n'est pas pris dans ses propres histoires, il sera plus sensible à ce que l'adolescent communique. L'intervenant doit être conscient de ses réactions, de ses propres stratégies d'attachement et de ce que l'interaction avec le jeune lui fait vivre.

En continuité avec le matériel élaboré pour l'intervention auprès des enfants de 6-12 ans, voici ce que pourrait être le modèle d'intervention différentielle adaptée pour les adolescents:

SECTION 5 – Conclusion 119

Modèle d'intervention différentielle centré sur les besoins d'attachement



Annexes

Annexe 1

Un Portrait de mes Connaissances sur la Théorie de l'Attachement

1. Je dirais qu chement so	ne de façon générale, mes connaissances sur le domaine de l'attant:
	Jamais entendu parler
	J'en ai entendu vaguement parler
	J'en connais un peu sur le sujet
	J'en ai entendu parler, mais je me souviens de peu
	J'en connais assez sur le sujet
2. J'ai déjà reç	u de la formation sur la théorie de l'attachement
	oui non
Si o	ıi, dans quel contexte:
	Lors de la formation scolaire
	Au cours de mon vécu professionnel
	Autres contextes:
3. Mes derniè	res formations en attachement remontent à:
4. Connaissan	ices plus spécifiques sur:
Le li	en d'attachement:
	Jamais entendu parler
	J'en ai entendu vaguement parlé
	J'en connais un peu sur le sujet
	J'en ai entendu parler, mais je me souviens de peu
	J'en connais assez sur le sujet
En q	uelques mots, le lien d'attachement est:

La s	ensibilité parentale:
	Jamais entendu parler
	J'en ai entendu vaguement parler
	J'en connais un peu sur le sujet
	J'en ai entendu parler, mais je me souviens de peu
	J'en connais assez sur le sujet
En c	quelques mots, la sensibilité parentale est :
Le b	pesoin de réconfort et le besoin d'exploration :
	Jamais entendu parler
	J'en ai entendu vaguement parler
	J'en connais un peu sur le sujet
	J'en ai entendu parler, mais je me souviens de peu
	J'en connais assez sur le sujet
En c	quelques mots, le besoin de réconfort et le besoin d'exploration est
Les	modèles internes opérants (MOI):
	Jamais entendu parler
	J'en ai entendu vaguement parler
	J'en connais un peu sur le sujet
	J'en ai entendu parler, mais je me souviens de peu
	J'en connais assez sur le sujet
En c	quelques mots, les modèles internes opérants sont:

123

Les	différents patrons d'attachement:								
	Jamais entendu parler								
	J'en ai entendu vaguement parler								
	J'en connais un peu sur le sujet								
	J'en ai entendu parler, mais je me souviens de peu								
	J'en connais assez sur le sujet								
En q	uelques mots, les différents patrons d'attachement sont:								
·									
La re	égulation émotionnelle:								
	Jamais entendu parler								
	J'en ai entendu vaguement parler								
	J'en connais un peu sur le sujet								
	J'en ai entendu parler, mais je me souviens de peu								
	J'en connais assez sur le sujet								
En q	uelques mots, la régulation émotionnelle est:								
Le p	artenariat à buts corrigés:								
	Jamais entendu parler								
	J'en ai entendu vaguement parler								
	J'en connais un peu sur le sujet								
	J'en ai entendu parler, mais je me souviens de peu								
	J'en connais assez sur le sujet								
En q	uelques mots, le partenariat à buts corrigés est:								

Annexe 2

Bilan des rencontres d'équipe sur les besoins des adolescents et sur les interventions auprès des jeunes

Besoins des adolescents dans la population normale Besoins des adolescents hébergés Population clinique

- Être aimés, encadrés, nourris, sécurisé, logés (milieu stable)
- Besoin de sécurité physique et affective par des figures significatives (affection)
- Besoin de relations familiales, amicales, amoureuses
- Besoins d'indépendance et d'autonomie
- Besoin d'être guidés et encadrés et de savoir qu'on est là pour eux
- Besoin de s'exprimer, d'être écoutés et considérés
- Besoin de se différencier
- Besoin de faire des apprentissages, de scolarisation, de faire, de se reconnaître des compétences
- De rêver, se projeter (espoir)
- D'explorer et d'expérimenter en fonction de l'éducation reçue (participation à diverses activités)
- Apprendre à se connaître
- Besoins de socialisation
- Découverte de l'intimité
- Besoins de limites et d'expérimenter les conséquences reliées au respect de ces mêmes limites
- Besoin de se valider ailleurs, de savoir comment ça se passe dans les autres familles.
- Développer le jugement moral
- Besoin d'être rassurés, sécurisés quant à leur développement normal d'adolescents.
- Être informés sur les changements propres à l'adolescence
- Besoin d'individuation, de se séparer (distancer) de leur parent
- Besoin d'appartenance, se faire des amis, vivre des premières relations amoureuses
- Besoin d'être critiques (parfois rejetant) à l'égard de leurs parents
- Besoin de s'affirmer face aux parents, d'indépendance

- En plus de la colonne de gauche, et étant donné que certains n'ont pas atteint ce niveau de développement, besoin que l'on ajuste les attentes, car présence de besoins d'enfants plus jeunes
- Besoin de développer les habiletés sociales et apprendre à se faire des amis, des capacités à résoudre des conflits et des problèmes, à gérer les délais, à être empathique
- Besoin de développer une sécurité personnelle et émotive et une confiance en eux et en l'adulte
- Estime de soi...construction et **reconstruction**
- Apprentissage de l'hygiène personnelle de base
- Besoin d'être encadrés et protégés, connaître les limites, les tolérer et les respecter
- Reconnaissance des émotions pour éventuellement en arriver à la gestion
- Besoin d'apprendre les frontières et de définir les rôles adultes-ados
- Besoin d'apprendre les distances relationnelles optimales avec les adultes
- Besoin de sécurité beaucoup plus grand (L'expression des besoins prend des formes très primaires. Besoins d'enfants dans des corps d'ados.)
- Besoin de développer leur jugement, l'appréciation du danger parfois l'existence du danger et apprendre à se protéger
- Besoin de vivre des expériences positives, gratifiantes
- Besoin d'être nourris à tous les niveaux (affectivement, intellectuellement, etc.)
- Besoin d'un milieu qui va garantir le respect (pas d'agression, de dénigrement
- Besoin d'un milieu protégeant
- Besoin d'être ramenés dans leur rôle d'ado, d'apprendre c'est quoi un rôle d'ado
- Besoin de services spécialisés (toxico, psycho, médicaux, dentaires, etc.)
- Besoin d'adultes stables et cohérents

Annexes 125

- Besoin d'avoir des responsabilités à leur niveau
- Besoin de faire des choix. Besoin de vivre des succès et des échecs. Il faut qu'ils apprennent de ça.
- Besoin d'être valorisés et reconnus
- Développer l'estime de soi
- Avoir des modèles
- Besoin de savoir que les parents seront toujours aimants à
 leur endroit
- Gestion de la colère, des hormones
- Besoin de définir leur identité
- Besoin de vivre du plaisir, de bouger et aussi de temps pour ne rien faire
- Besoin d'expérimenter le monde du travail et de s'y réaliser (autonomie financière)

- Besoin d'un milieu et d'adultes prévisibles
- Besoin de modèles adultes adéquats
- Besoin de connaître c'est quoi la normalité d'un ado, de départager leur propre vécu et celui des autres ados
- Besoin de prendre le contrôle, car sont méfiants envers l'adulte
- Besoin d'apprendre à s'affirmer de façon positive et constructive
- Besoin que l'on prenne soin et que l'on gère la dimension fusion/rejet dans la relation pour qu'ils expérimentent autre chose
- Besoin d'apprendre à se projeter dans l'avenir
- Besoin de reconnaître leurs problématiques (consommation, violence, etc.) et l'aide que cela suppose
- Besoin d'être arrêtés dans les comportements destructeurs

Les besoins identifiés par les intervenants ont été classés à l'intérieur de cinq catégories:

- 1. Besoins affectifs
- 2. Besoin d'éducation
- 3. Besoin de socialisation
- 4. Besoin de base
- 5. Besoin d'encadrement

Annexe 3

De façon générale, quelles sont les interventions que vous faites avec vos jeunes?

Regroupement et classification avec:

- 1. Très souvent
- 2. Souvent
- 3. Parfois
- 4. Rarement

Interventions	Classement
Arrêt de comportements, poser des limites (3)	1
Intervenir sur les règles de base (3)	1
Gestion des relations entre eux (3)	1
Intervenir sur les impolitesses, l'agressivité, l'opposition à l'autorité (2)	1
Gestion des crises	2
Entrer en relation: s'intéresser, questionner (3)	1
Raconter des histoires, border	1-2
Retrait en chambre ou seul dans une pièce (4)	2 ou 3
Installer des cadres supportant (2)	1
Reflet (2)	1 ou 2
Réflexions écrites et/ou verbales (3)	1, 3, 4
Ignorance intentionnelle (2)	3
Respect temps et espace (2)	1
Confrontation	1
Écouter (2)	1
Retour verbal sur différentes situations (3)	1-2
Jouer, humour	2
Répéter les consignes (3)	1
Accompagner (Rx médicaux, école, démarches d'emploi, etc.) (2)	1-2
Consoler, rassurer	2
Renforcement positif (3)	1 ou 3
Activités partagées et activités spécifiques (4)	1
Éducation (4)	1
Discipliner (2)	1
Sanctionner à la hauteur des gestes posés	2
Modeling	1

Annexes 127

Politesse	1
Habiletés sociales (2)	1
Intervention non verbale, Appel direct, Utilisation de l'humour, Recadrage stratégique	1
Responsabilisation (2)	1 ou 2
Gestion des moyens de réparation	4
Discuter	1
Socialisation	2
Hygiène	1
Lien avec les parents et lien avec le scolaire (2)	2
Nommer le vécu émotif	2
Résolution de conflits	1
Sécuriser	2
Organisation du milieu	2
Donner des objectifs atteignables	2
Prévention	2
Animation (4)	1 ou 2
Apprendre à s'organiser	2
Habillement adéquat	1
Développer leur jugement dans les échanges	1
Poser des limites et reprendre les situations	1
Utiliser nos connaissances du jeune pour refléter certaines attitudes (positif ou négatif) (2)	1, 3
Conseiller	2-3
Surveillance (verbalisations suicidaires, fragilité fugue)	3
Prendre soin (laver, peigner, esthétique, santé, chambre) (2)	1
Écoute active	1
Personnalisation des soins et des attentions	1
Supporter la recherche de moyens et de solutions différentes (2)	1
Accompagner dans la démarche personnelle en fonction de leurs besoins respectifs (2)	1
Recadrage cognitif, travail sur les perceptions, repositionnement	3
Retrait à l'extérieur de l'unité (2)	2-3-4
Retrait à l'extérieur du site (2)	4
Accompagnement à des activités spécifiques ou en support à la réinsertion (zoothérapie, hockey, centre commercial)	3

Annexe 4

Exercice d'observation ciblée

Unité/service :	 	
Date:		

	Pattern (situation et comportements observés)	Interprétation du comportement (pourquoi le jeune adopte ce comportement)	Émotions suscitées chez les intervenants
Séparations (couchers, départs école/ travail, départs fin de semaine, etc.)			

Annexes 129

ANNEXE PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE

Questionnaire sur la Présence de Facteurs de Risque

Pour remplir ce questionnaire, l'éducateur doit s'assurer de consulter le rapport d'évaluation psychosociale ainsi que l'intervenant à la prise en charge, responsable du dossier, afin de s'assurer d'avoir l'information la plus complète.

	Unit	é:					_							
	Num	iéro de do	ossier:											
	Âge:		Sex	e:		Mas	culin	L		F	émin	iin		
1. Est-ce	que le	e jeune a Oui	un dia	agno Nor		ormel	de tr	oub	le de	l'at	tach	emer	nt?	
2. À voti ments		naissanc	e, est-c	ce qu	ıe le j	eune	a subi	i des	s forn	nes	de n	nauv	ais tra	nite-
		Oui		Nor	1									
Si oui	, coch	ez les for	mes d	e vic	olence	e (vou	s pou	vez	en co	och	er pl	us qı	ı'un):	
		Abus ph	nysiqu	e										
		Abus se	xuel											
		Mauvais	s traite	emer	ıt psy	cholo	gique	Э						
		Témoin	de vic	olenc	e psy	cholo	gique	Э						
		Néglige	nce											
		e jeune a les soins										le la	perso	nne
princi	pal, cl	ent et dép hangeme ille élarg	nt de r	nilie	u de g	garde	dém	énag	gemei	nt, į	gard	nneu e et p	r de se placen	oins nent
		Oui		Nor	1									
Explique	ez: _													

té	st-ce que l ristiques s exicoman	suivante		es donneurs de soins présentent certaines des carac-
		Oui		Non
Pr	oblématio	ques au 1	niveau	de la santé mentale:
		Oui		Non
Si	oui, y-a-t	:-il la pré	ésence	d'un diagnostic formel?
Que	l était l'âg	e de la r	nère à l	la naissance?
Do	cument c	consulté	:	Nom du document
Per	rsonne au	ıtorisée (consult	tée:Nom de la personne

Annexes

CAPAI-Y-S

Le genre masculin est utilisé tout au long de ce questionnaire dans le but d'alléger le texte.

léger le texte.		0	1					
Pensez au parent ou au donneur de soin qui a joué le rôle le plus important dans votre développement. Vous vivez probablement toujours avec ce parent, mais il se peut aussi que vous viviez ailleurs et que vous soyez toujours en contact avec cette personne. Répondez à toutes les questions en vous référant à ce que vous ressentez par rapport à ce parent en ce moment ou dans les six derniers mois.								
Avant de commend	cer, quel est votre	lien avec	cette person	ıne?				
Encerclez un des c	hoix suivants:							
MÈRE	PÈRE	BELL	E-MÈRE	BEAU-F	ÈRE			
MÈRE ADOPTIVE	PÈRE ADOPTIF	GRA	ND-MÈRE	GRANI)-PÈRE			
AUTRE (précisez l	e lien?):			_				
Lisez chacun des énoncés suivants et encerclez le chiffre qui représente le mieux votre niveau d'accord ou de désaccord par rapport à votre relation avec ce parent <u>en ce moment ou dans les six derniers mois</u> .								
1 2	3	4	5	6	7			
Fortement en désaccord				eutre/ Fortement décis accord en				
1. Je préfère ne pas	montrer à mon p	arent ce q	ue je ressen	s véritablen	nent.			
1 2	3	4	5	6	7			
2. Quand je suis lo	in de mon parent	je me sens	s anxieux e	t effrayé.				
1 2	3	4	5	6	7			
3. Je suis à l'aise d'	être proche de mo	on parent.						
1 2	3	4	5	6	7			
4. Si je n'arrive pas fâché.	à ce que mon par	ent s'intér	esse à moi, j	e deviens c	ontrarié ou			
1 2	3	4	5	6	7			
5. Je trouve difficil	e de dépendre de	mon pare	nt.					
1 2	3	4	5	6	7			
6. Je suis inquiet à	l'idée d'être éloigi	né de mon	parent.					

Lisez chacun des énoncés suivants et encerclez le chiffre qui représente le mieux votre niveau d'accord ou de désaccord par rapport à votre relation avec ce parent en ce moment ou dans les six derniers mois.

1	2	3	4	5	6	7	
Fortei en désa			Neutre/ Indécis		Forter accor		
7. J'ai souver	nt besoin d	'être rassur	é afin de savo	ir que mo	on parent m'a	aime.	
1	2	3	4	5	6	7	
8. Je m'inqui	ète que mo	on parent n	e m'aime pas a	autant gu	e je l'aime.		
1	2	3	4	5	6	7	
9. Ie suis ind	miet à l'idé	ie d'être aba	andonné par r	non narei	nt.		
1	2	3	4	5	6	7	
10 Io no cui	e nac à l'aic	ro do dóvoil	ler mes sentin	onte à m	ne naronte		
1	s pas a rais 2	3	4	5	6	7	
retirer.	mon parer	it tente d'ét	ablir un cont	act avec i	noı, j'aı tend	dance à me	
1	2	3	4	5	6	7	
12 Je devien	ıs irrité au:	and mon na	arent n'est pas	aussi pré	sent que ie l	e souhaite-	
rais.	io iiiito qui	and mon pe	none nose pas	uussi pre	oont quo jo i		
1	2	3	4	5	6	7	
13. 13. Je sui mon pare		e partager n	nes pensées et	mes sent	iments perso	onnels avec	
1	2	3	4	5	6	7	
14. Je devien	s inconfor	table quand	d mon parent	veut trop	se rapproch	er de moi.	
1	2	3	4	5	6	7	
	s que les se s envers lu		de mon parent	à mon ég	gard soit aus	si forts que	
1	2	3	4	5	6	7	
16 Je suis à	l'aise d'êtro	e dépendan	ıt de mon pare	ent			
1	2	3	4	5	6	7	
17 0		14		1 :	1		
17. Quand n	ion parent 2	me desapp	rouve, je me s 4	ens mai c 5	ians ma pea 6	u. 7	
				J	U	,	
18. J'évite d'é	etre trop p	roche de m	on parent.	-	0	F	
1	• ,	.,	/1	h	h	./	

133

en ce moment ou dans les six derniers mois.	
votre niveau d'accord ou de désaccord par rapport à votre relation avec ce par	ent
Lisez chacun des énoncés suivants et encerclez le chiffre qui représente le mi	эих

	1	2	3	4	5	6	7
	Fortemer en désacco			leutre/ ndécis		Fortement accord en	
19.	Je m'inquièt	e beaucoup	de la relat	ion avec mo	n parent.		
	1	2	3	4	5	6	7
20.	Je raconte pr	resque tout à	à mon pare	ent.			
•	1	2	3	4	5	6	7
	Je veux souv fois fuir.	ent être le p	olus proch	e possible de	e mon paren	t et cela le fa	ait par-
	1	2	3	4	5	6	7
	Je voudrais retirer.	être proche	de mon p	arent, mais j	je me surpre	ends toujou	rs à me
	1	2	3	4	5	6	7
23.	Je n'aime pa	s quand mo	n parent p	asse du tem	ps loin de m	oi.	
	1	2	3	4	5	6	7
	Il m'arrive s parent.	ouvent de d	iscuter de	mes problèr	nes et de me	es soucis av	ec mon
	1	2	3	4	5	6	7
25.	C'est relative	ement facile	pour moi	de me rappi	ocher de m	on parent.	
	1	2	3	4	5	6	7
	Parfois j'ai l' soucie de m		que je dois	s forcer mon	parent à me	démontrer	qu'il se
	1	2	3	4	5	6	7
	Ça ne me dé ou de l'aide.		e demand	er à mon pa	rent du réco	nfort, des c	onseils
	1	2	3	4	5	6	7
28.	Mon désir d	'être proche	des autre	s les fait par	fois fuir.		
	1	2	3	4	5	6	7
29.	Je suis très i	nquiet à l'id	lée de perd	lre mon pare	ent.		
	1	2	3	4	5	6	7

Lisez chacun des énoncés suivants et encerclez le chiffre qui représente le mieux votre niveau d'accord ou de désaccord par rapport à votre relation avec ce parent en ce moment ou dans les six derniers mois.

1	2	3	4	5	6	7
Forte en dés			Neutre/ Indécis		Forter accor	
30. Je me too afin d'être		non parent p	pour plusieu	rs choses,	comme du 1	réconfort et
1	2	3	4	5	6	7
31. Je préfèr	e ne pas êtı	re trop proc	he de mon p	arent.		
1	2	3	4	5	6	7
32. Je devier	ns irrité si r	non parent	n'est pas dis	ponible qu	ıand j'ai bes	oin de lui.
1	2	3	4	5	6	7
33. Ça m'aid	le de me toı	ırner vers n	non parent d	ans les mo	oments plus	difficiles.
1	2	3	4	5	6	7
34. Je trouve drais.	e que mon p	parent ne ve	eut pas être a	ussi procł	ne de moi qu	ıe je le vou-
1	2	3	4	5	6	7
35. Je ne sui	s pas souve	ent inquiet à	à l'idée d'être	abandoni	né.	
1	2	3	4	5	6	7
36. Je devier	ns nerveux	quand mon	parent se ra	pproche ti	rop de moi.	
1	2	3	4	5	6	7

Annexes 135

PARA – Version adolescent

Dis-moi, sur une échelle de 1 à 4, le niveau d'accord avec chaque item. 1 étant « en désaccord » et 4 étant « en accord ». Remplacer ____ par le nom de ton éducateur de suivi

1 t'écoute d'une manière sympathique	1	2	3	4
2. Tu te sens plus heureux quand tu es en présence de	1	2	3	4
3 t'écoute lorsque tu exprimes de la dé- tresse	1	2	3	4
4 est au courant de ce qui se passe dans ta tête	1	2	3	4
5. Tu ne révèles jamais de pensées, de senti- ments à	1	2	3	4
6. exprime spontanément son appréciation envers toi	1	2	3	4
7. Tu vas vers pour obtenir du soutien, des conseils	1	2	3	4
8 est disponible lorsque tu es contrarié, fâché	1	2	3	4
9 peut facilement te réconforter lorsque tu te sens triste	1	2	3	4
10. Tu parles facilement de tes pensées et sentiments	1	2	3	4
11 est chaleureux et compréhensif	1	2	3	4
12. Tu gardes une distance envers lorsque tu as peur/ te sens triste	1	2	3	4
13. Tu parles de tes inquiétudes avec	1	2	3	4

PARA – Version adulte

Dis-moi, sur une échelle de 1 à 4, le niveau d'accord avec chaque item. 1 étant « en désaccord » et 4 étant « en accord ».

1. Vous écoutez l'adolescent d'une manière sympathique	1	2	3	4
2. L'adolescent se sent plus heureux quand il est en votre présence	1	2	3	4
3. Vous répondez à la détresse exprimée par l'adolescent	1	2	3	4
4. Vous êtes sensible à l'état d'esprit de l'ado- lescent	1	2	3	4
5. L'adolescent ne vous révèle jamais ses pen- sées, ses sentiments	1	2	3	4
6. Vous exprimez spontanément votre appréciation à l'adolescent	1	2	3	4
7. L'adolescent vient vers vous pour obtenir du soutien, des conseils	1	2	3	4
8. Vous êtes disponible lorsque l'adolescent est contrarié	1	2	3	4
9. Vous pouvez facilement réconforter l'ado- lescent lorsqu'il se sent triste	1	2	3	4
10. L'adolescent parle facilement de ses pen- sées et sentiments	1	2	3	4
11. Vous êtes chaleureux et compréhensif avec l'adolescent	1	2	3	4
12. L'adolescent garde une distance envers vous lorsqu'il a peur/ se sent triste	1	2	3	4
13. L'adolescent parle de ses inquiétudes avec vous	1	2	3	4
13. L'adolescent parle de ses inquiétudes avec	1	2	3	4

		Féminin
		Masculin Masculin
l'intervenant)		Âge du jeune: Sexe:
(Espace réservé à l'intervenant		Âge du jeu
		Numéro de dossier:
	Unité:	Numér

QUESTIONNAIRE

Quelles sont les personnes qui composent ta famille?

		Fréquence	Fréquence	À quel point te sens-tu proche	À quel point es-tu satisfait
		des contacts	des contacts	de cette personne?	de cette relation?
		directs	téléphoniques	1 = Pas du tout	1 = Pas du tout
Prénom et âge de la personne	Lien	par mois	par mois	5 = Totalement	5 = Totalement
				1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
				1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
				1 2 3 4 5	12345
				1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
				12345	12345

Nomme les autres personnes qui sont importantes dans ta vie?

		Fréquence	Fréquence	A quel point te sens-tu proche	A quel point es-tu satistait
		des contacts	des contacts	de cette personne?	de cette relation?
		directs	téléphoniques	1 = Pas du tout	1 = Pas du tout
Prénom et âge de la personne	Lien	par mois	par mois	5 = Totalement	5 = Totalement
				1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
				1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Fréquence Fréquence À quel point te sens-tu proche À quel point es-tu satisfait	des contacts des contacts de cette personne? de cette relation?	directs téléphoniques 1 = Pas du tout 1 = Pas du tout	par mois	12345 12345	12345 12345
À quel poir	e ce		5 =	1 2	1 2
Fréquence	des contacts	téléphoniques	par mois		
Fréquence	des contacts	directs	par mois		
			Lien		
			a personne		
			Prénom et âge de la personne		

Vers quelle personne te tournerais-tu si tu voulais parler d'un sujet personnel et intime?

Prénom et âge de la personne	Lien	À quel point te sens-tu proche de cette personne ? 1= Pas du tout 5 =Totalement	J'ai parlé de sujet intime et personnel avec cette personne dans le dernier mois	À quel point as-tu été satisfait de cette interaction? 1= Pas du tout 5= Totalement
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5

Vers quelle personne te tournerais-tu si tu étais malade et que tu avais besoin de soins?

Prénom et âge de la personne	Lien	À quel point te sens-tu proche de cette personne? 1= Pas du tout 5 =Totalement	J'ai demandé des soins à cette personne dans le dernier mois	À quel point as-tu été satisfait de cette interaction? 1= Pas du tout 5= Totalement
		12345	Oui Non	1 2 3 4 5
		12345	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		12345	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5

Vers quelle personne te tournerais-tu si tu vivais un gros stress et que tu voulais être rassuré ?

		À quel point te sens-tu proche de cette personne ? 1= Pas du tout	J'ai demandé d'être rassuré à cette	À quel point as-tu été satisfait de cette interaction? 1= Pas du tout
Prénom et âge de la personne	Lien	5 =Totalement	personne dans le dernier mois	5= Totalement
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		12345	Oui Non	1 2 3 4 5

Vers quelle personne te tournerais-tu si tu étais face à un problème que tu ne pouvais pas résoudre seul?

		A quel point te sens-tu proche de cette personne?	2,17	À quel point as-tu été satisfait de cette interaction?
Prénom et âge de la personne	Lien	1= ras uu tout 5 =Totalement	dan dellaine de taide a cette personne dans le dernier mois	J= ras uu tout 5= Totalement
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5
		1 2 3 4 5	Oui Non	1 2 3 4 5

Annexes 141

Entrevue sur l'attachement

Dans notre projet de recherche, nous nous intéressons à l'impact des relations parent-enfant sur le développement de l'individu. Dans ce contexte, une des choses que nous explorons touche ce que la personne a à dire à propos de ses expériences d'enfance avec ses parents et à propos de l'effet que ces expériences ont pu avoir sur ce qu'elle est actuellement comme jeune. Je vais donc principalement te poser des questions au sujet de tes parents et de ta jeune enfance, mais nous aborderons aussi les années qui ont suivi cette période ainsi que ce qui se passe maintenant.

C'est possible que tu trouves certaines questions difficiles ou que tu te sentes triste à certains moments. N'hésite pas à me le dire si tu préfères ne pas répondre à certaines questions. Habituellement, cette entrevue prend environ une heure, mais ça peut aller de 45 minutes à une heure et demie environ. Ça varie beaucoup selon les gens.

Les informations de cette entrevue resteront confidentielles et serviront seulement pour des fins de recherche.

Ton nom ne sera jamais associé à l'enregistrement de ton entrevue. Toutefois, si tu me racontes des situations où ta sécurité ou ton développement sont en danger, j'ai la responsabilité de faire un signalement auprès de ton intervenant pour que tu puisses recevoir l'aide nécessaire. Est-ce que ça te va?

- 1. Pour commencer, j'aimerais que tu me parles un peu de ta situation familiale quand tu étais petit(e)? (réponse)
 - 1.1 Par exemple, où es-tu né(e)?
 - 1.2 Où as-tu habité pendant ton enfance?
 - 1.3 As-tu déménagé souvent?
 - 1.4 Qu'est-ce que tes parents faisaient pour vivre?

Si élevé(e) par plusieurs personnes,

- qui t'a surtout élevé(e)?
- 1.5 Voyais-tu beaucoup tes grands-parents quand tu étais petit(e)?

Si décédés pendant vie du sujet,

— quel âge avais-tu à ce moment-là?

Si jamais rencontrés,

- sont-ils décédés avant ta naissance?
- quel âge avait ta mère/ton père?
- ta mère/père t'a-t-il/elle beaucoup parlé de ces grands-parents?
- 1.6 Avais-tu des frères et soeurs qui vivaient à la maison, ou quelqu'un d'autre à part tes parents?

- 1.7 Maintenant, est-ce qu'ils vivent près de toi ou au loin?
- 2. J'aimerais que tu essaies de décrire la <u>relation</u> que tu avais avec tes parents lorsque tu étais enfant, aussi loin que possible, si tu pouvais vers 4-5 ans, ou du moins avant l'âge de 12 ans. Globalement, ça avait l'air de quoi? (réponse)
 - Si tu pouvais me parler de ton père et de ta mère séparément, pourrais-tu m'en dire un peu plus?

Si réponse courte,

- comment ça se passait entre vous deux?
- 3.1 Maintenant je vais te demander de choisir 5 adjectifs, mots ou expressions qui reflètent ta <u>relation</u> avec ta mère dans ton enfance à partir d'aussi loin que tu peux te souvenir, mais disons, de 5 à 12 ans, c'est correct. Je sais que cela peut prendre un peu de temps, alors prends le temps d'y penser... ensuite je vais te demander pourquoi tu les as choisis. Je vais écrire les mots pour ne pas les oublier.

Si moins de 5 mots,

- aurais-tu un autre mot?

Si après réflexion, toujours moins de 5 mots,

— on va commencer par parler de ceux-là, et dis-le-moi si d'autre chose te vient à l'esprit plus tard

3.2 Pour chacun des adjectifs

Tu as dit que ta relation avec ta mère était . Y a-t-il un souvenir ou un épisode spécifique que tu pourrais me raconter pour illustrer pourquoi tu as choisi ce mot pour décrire la relation avec ta mère quand tu étais petit(e), c'est-à-dire moins de 12 ans?

<u>Autre formulation pour varier pour les mots 2 à 5:</u>

Le xième mot que tu as utilisé était ____. Aurais-tu un souvenir, un événement qui est arrivé qui dirait pourquoi tu as choisi ce mot-là pour décrire la relation quand tu étais petit(e)?

Si le silence se prolonge,

— prends une autre minute et vois si quelque chose te vient à l'idée.

Et si le silence continue,

— o.k., ca va, on va continuer avec le mot suivant.

Si l'adjectif est redéfini par un second adjectif, répéter le premier,

— bien, peux-tu penser à un souvenir spécifique qui illustrerait que votre relation était (le premier mot dit)

Annexes 143

Si la personne ne comprend pas ce qu'est un souvenir,

— lui dire de penser à une image qu'il(elle) a en tête de quelque chose qui lui est arrivé quand il(elle) était jeune

Si événement raconté > 12 ans,

— aurais-tu un souvenir de cela quand tu étais plus jeune?

Si réponse de niveau sémantique, générale,

— bien, c'est une bonne description générale, mais je me demande s'il y a quelque chose en particulier qui s'est passé, qui t'a fait penser que c'était ...?

Si réponse donnée est encore générale,

— l'accepter et continuer.

Si souvenir spécifique donné contient peu de détails et ne s'est pas produit avant 12 ans,

— demander brièvement un deuxième souvenir.

Exemples de sous-questions à utiliser pour faire élaborer davantage la personne si besoin est:

- qu'est-ce qui est arrivé?
- quelle a été la première réaction de M et de P?
- était-ce une réaction habituelle?
- c'était comment pour toi?
- 4. QUESTIONS IDENTIQUES POUR LE PÈRE

Attention: familiarité.

- 5.1. On en a déjà parlé un peu mais j'aimerais tout de même te demander brièvement de quel parent tu te sentais le plus près quand tu étais un(e) petit(e) garçon (fille)? i.e. vers 4-5 ans? et pourquoi?
- 5.2. Qu'est-ce qui fait que tu n'avais pas le même sentiment envers l'autre parent?

Définition personnelle de « contrarié ».

6. 1 Maintenant, quand tu étais enfant et que tu étais contrarié(e), qu'est-ce que tu faisais ?

Si le participant demande ce qu'on entend par contrarié,

- que tu ne « feelais » pas, que ça allait mal, (réponse)
- 6.2 Quand tu étais petit(e) et que tu n'allais pas bien <u>émotivement</u> ou que tu avais de la peine, qu'est-ce que tu faisais? (réponse)

Peux-tu te souvenir d'une fois où c'est arrivé?

6.3 Peux-tu te rappeler de ce qui se passait quand tu te <u>faisais mal</u> physiquement? (réponse)

Encore une fois, y a-t-il un incident spécifique qui te vient à l'idée?

6.4 As-tu déjà été malade quand tu étais petit(e)? (réponse)

Te souviens-tu de ce qui se passait?

Te rappelles-tu d'une fois en particulier?

A la fin de ces 3 situations, si le sujet n'a pas mentionné avoir été tenu par le parent,

— je me demandais, te rappelles-tu que tes parents t'aient pris dans leurs bras une ou l'autre de ces fois — je veux dire, quand tu étais bouleversé(e) ou blessé(e) ou malade?

Vérifier pour les deux parents.

7.1 C'est quand la première fois dont tu te souviens avoir été séparé de tes parents?

Si jamais séparé(e)

- ça n'a pas besoin d'être une longue séparation ; ça peut être ta première journée à l'école, un séjour dans un camp de vacances ou des vacances que tes parents ont pris sans toi.
- en dernier recours, parler d'un coucher chez un ami ou encore du fait d'avoir passé quelques jours chez un oncle ou une tante.
- 7.2 Comment c'était pour toi d'être séparé(e) d'eux?
- 7.3 Te souviens-tu de comment c'était pour eux d'être séparés de toi?
- 7.4 Comment ça s'est passé à votre retour?
- 7.5 Y a-t-il eu d'autres séparations dont tu te souviens?
- 8.1 Est-ce que tu t'es déjà senti(e) rejeté(e) quand tu étais un petit enfant?

Si réponse = non,

— Évidemment quand tu repenses à cela maintenant, tu peux réaliser que ce n'était pas réellement du rejet, mais ce que j'essaie de te demander ici, c'est si tu te souviens de t'être déjà senti(e) (insister sur sentie) rejeté(e) dans l'enfance.

Si réponse spontanée concerne école,

- et dans ta famille, est-ce arrivé?
- 8.2 Quel âge avais-tu quand tu t'es senti(e) comme cela la 1ère fois?

Qu'est-ce qui se passait pour que tu te sentes comme ça?

Qu'est-ce que tu as fait?

Annexes 145

8.3 Pourquoi penses-tu que ton père/ta mère agissait comme ça (réponse) — penses-tu qu'il(elle) se rendait compte qu'il(elle) te rejetait?

Que la réponse à 8.1 ait été « oui » ou « non »,

- 8.4a Est-ce que tu t'es déjà senti(e) mis(e) de côté ou ignoré(e)?
- 8.4b As-tu déjà senti que tes parents ignoraient tes besoins physiques ou qu'ils les négligeaient?
- 8.5 Est-ce que tu t'es déjà senti(e) effrayé(e) ou inquiet(e) quand tu étais enfant?

En as-tu parlé à tes parents?

Comment ont-ils réagi?

Si ne comprend pas la question,

— c'est simplement une question plus générale. Est-ce qu'il t'est déjà arrivé d'avoir très peur ou d'être inquiet(e) quand tu étais jeune? En as-tu parlé à tes parents? Comment ont-ils réagi?

Si demande « en général ou par rapport aux parents? »,

- je pose la question surtout en rapport avec ta relation avec tes parents mais ça pourrait être une peur plus générale aussi.
- 9. Tes parents t'ont-ils déjà menacé, soit pour des questions de discipline, soit en blague? (réponse)
- 9. Certaines des personnes nous ont dit par exemple que leurs parents les menaçaient de les laisser, de les renvoyer de la maison ou encore de les placer dans un pensionnat ou dans une autre famille. Est-ce que cela t'est arrivé? (réponse)
- Certaines personnes nous ont dit que leurs parents utilisaient le traitement du silence avec elles. Est-ce que cela t'est déjà arrivé avec tes parents? (réponse)
- 9. D'autres ont des souvenirs de menaces ou d'une autre sorte de comportement qui était abusif physiquement. Est-ce quelque chose comme cela t'est déjà arrivé à toi ou dans ta famille?

Si oui,

- quel âge avais-tu à ce moment-là?
- pourrais-tu m'en dire un peu plus sur ce qui s'est produit ou sur la façon dont ça se passait? (si nécessaire)
- est-ce que ça arrivait souvent?
- est-ce que ç'a duré longtemps? (si pas déjà mentionné)
- est-ce que ça laissait parfois des marques sur ton corps? (si pas mentionné)
- est-ce que ça te faisait peur? (si pas mentionné)

— penses-tu que cette expérience t'affecte maintenant?

Si a un ou des enfant(s),

- est-ce que cette expérience influence ton approche envers ton(tes) enfant(s)?
- 9a. Te rappelles-tu d'avoir été frappé(e) quand tu étais enfant?

Personne ne t'a donné la fessée en tant que moyen de discipline?

Si oui,

- âge?
- fréquence?
- 9b. Certaines personnes ont des souvenirs d'une sorte quelconque de comportement sexuel.
 - Est-ce que quelqu'un dans ta famille ou quelqu'un plus vieux que toi a déjà essayé de faire quelque chose de sexuel avec toi?
 - Quel âge avais-tu à ce moment-là?
 - Est-ce que ça arrivait souvent?
 - Penses-tu que cette expérience t'affecte maintenant que tu es adolescent? Si oui, de quelle façon?

Si a un ou des enfant(s),

- penses-tu que ca influence ton approche avec ton(tes) enfant(s)?
- 9. As-tu eu de telles expériences impliquant des personnes extérieures à ta famille?
 - <u>Si oui</u>, mêmes sous-questions que ci-haut (âge, fréquence, effets)
- 9. À part ce dont nous avons parlé, as-tu des souvenirs qui t'amènent à penser que tu pourrais avoir été abusé(e) sexuellement même si tu n'en es pas sûr(e)? Pourrais-tu décrire ces souvenirs?

ATTENTION:

- Si X a mentionné au début avoir été abusé(e) (ou autre mot) et qu'il (elle) n'y revient pas ici,
 - Tout à l'heure tu m'as dit que tu avais été abusé(e) (ou autre mot) par Peux-tu m'en dire un peu plus?
 - recommencer les questions.
- 10.1 En général, comment penses-tu que l'ensemble de tes expériences avec tes parents, dont on s'est parlé depuis le début de l'entrevue, ont affecté ta personnalité maintenant que tu es plus vieux?

Si dernière partie non comprise, dire

Annexes 147

- comment elles ont affecté la personne que tu es devenue?
- 10.2 Est-ce qu'il y a des aspects de ces premières expériences avec tes parents qui t'ont influencé négativement dans ton développement?

Si question non comprise,

— ce que tu as vécu avec tes parents, est-ce que tu penses que ça a nui à ce que tu es devenu(e)?

<u>Si réponse= oui et la personne a donné des exemples,</u>

— Est-ce qu'il y a d'autres aspects de tes premières expériences qui pourraient t'avoir empêché(e) de progresser? T'avoir mis des bâtons dans les roues ou avoir eu un effet négatif sur ce que tu es devenu(e)?

Si réponse= non,

— Est-ce qu'il y a quoi que ce soit au sujet de tes expériences d'enfance qui pourrait, d'après toi, t'avoir empêché(e) de progresser? T'avoir mis des bâtons dans les roues ou avoir eu un effet négatif sur ce que tu es devenu(e)?

Si X dit avoir déjà répondu à cela,

- Pour la forme, peux-tu quand même me dire si tu considères que ce que tu as vécu avec tes parents, ça a nui à ce que tu es devenu(e)?
- 11. Pourquoi penses-tu que tes parents se sont conduits comme ils l'ont fait pendant ton enfance?

Si réponse n'implique que le comportement d'un parent envers l'autre,

- Pourquoi penses-tu qu'ils se sont conduits envers toi comme ils l'ont fait pendant ton enfance?
- 12.1 Quand tu étais enfant, y avait-il d'autres adultes dont tu te sentais près, qui étaient comme des parents pour toi?
- 12.2 Ou n'importe quels autres adultes qui étaient vraiment très importants, même s'ils n'étaient pas comme des parents pour toi?

Sous-questions:

- tu avais quel âge, à ce moment-là?
- vivaient-ils avec toi?
- est-ce qu'ils prenaient soin de toi?
- à quel point étaient-ils importants pour toi?
- 13. Est-ce que tu as vécu la perte d'un parent, d'un membre de ta famille ou d'autres personnes dont tu te sentais proche quand tu étais petit(e)?
 - 13.1 Quel âge avais-tu à ce moment-là?

- 13.2 Peux-tu me parler des circonstances?
- 13.3 Est-ce que c'était une mort subite ou prévue?
- 13.4 Comment as-tu réagi à ce moment-là?
- 13.5 Te rappelles-tu de tes sentiments à ce moment-là?

Si non déjà mentionné,

- 13.6 Es-tu allé(e) au salon funéraire? aux funérailles? Comment c'était pour toi?
- 13.7 Tes sentiments à propos de cette mort, ont-ils beaucoup changé au cours des années?

Si perte de parent ou fratrie,

- 13.8 Quel a été l'effet sur ton autre parent et sur la maisonnée, et comment cela a-t-il changé avec les années?
- 13.9 Dirais-tu que cette perte a eu un effet sur ta personnalité maintenant?

Si a un ou des enfant(s),

- 13.10 Comment est-ce que ça affecte ton approche envers ton(tes) enfant(s)?
- 13a As-tu perdu d'autres personnes importantes durant ton enfance?
 - <u>si oui</u>, recommencer la même série de questions (i.e. 13.1 à 13.10).
- 13b As-tu perdu d'autres personnes significatives pour toi, depuis que tu es adolescent?
 - <u>si oui</u>, répéter la série de questions.
 - Si X a mentionné au début le décès d'un grand-parent, d'un parent, d'un frère ou d'une personne significative pour lui(elle) et qu'il(elle) n'y revient pas à la question 13,
 - Quand on a parlé de, tu as mentionné le décès de Peuxtu m'en dire un peu plus? et recommencer les questions.
- 14. À part les expériences difficiles que tu as déjà décrites, as-tu eu d'autres expériences que tu considères comme ayant pu te traumatiser?

Si nécessaire,

- Je veux dire, n'importe quelle expérience qui t'a terrifié(e) et qui t'a marqué(e).
- 15. J'aimerais te poser quelques questions de plus au sujet de ta relation avec tes parents. Y a-t-il eu plusieurs changements dans la relation entre toi et tes parents (ou le parent restant) après ton enfance? Tout à l'heure, on va passer à la période actuelle, mais pour le moment je veux dire des changements qui se seraient produits entre ton enfance et l'adolescence?

Annexes 149

Autre formulation:

- Je veux dire des choses qui ont changé entre ton enfance et l'adolescence?
- 16.1 Comment tu décrirais ta relation avec tes parents (ou le parent restant) maintenant que tu es plus vieux? Ma question porte donc sur votre relation actuelle. (réponse)
- 16.2 As-tu beaucoup de contacts avec tes parents actuellement?
- 16.3 D'après toi, à quoi votre relation ressemble-t-elle en ce moment?
- 16.4 Peux-tu me parler de sources d'insatisfaction dans ta relation actuelle avec ta mère?
- 16.5 Avec ton père?
- 16.8 Peux-tu me parler de sources de satisfaction dans ta relation actuelle avec ta mère?
- 16.7 Avec ton père?

Si a un ou des enfant(s),

- 17.1 Je vais maintenant passer à une sorte différente de question, qui ne concerne pas ta relation avec tes parents. Ça concerne plutôt un aspect de ta relation actuelle avec ton(tes) enfant(s). Comment te sens-tu quand tu dois te séparer de lui (d'eux)?
- 17.2 Est-ce qu'il t'arrive de t'inquiéter pour lui (eux)?

Si n'a pas d'enfant(s),

Je vais maintenant passer à une sorte différente de question, qui ne concerne pas ta relation avec tes parents. J'aimerais que tu imagines que tu as un enfant de 1 an. Je voudrais savoir comment tu penses que tu te sentirais si tu avais à te séparer de lui. (réponse)

Penses-tu que tu t'inquièterais pour lui?

Si a un ou des enfant(s),

18. Si tu avais trois souhaits à faire pour ton (tes) enfant(s) dans 20 ans, ce serait quoi? (pause)

Je pense entre autres à la sorte d'avenir que tu aimerais qu'il(s) ait(aient). Tu peux prendre une couple de minutes pour y penser.

Si n'a pas d'enfant(s),

Je voudrais que tu continues à imaginer que tu as un enfant de 1 an pour un instant. J'aimerais savoir, si tu avais trois souhaits à faire pour cet enfant dans 20 ans, ce serait quoi? (pause)

Je pense entre autres à la sorte d'avenir que tu aimerais que cet enfant ait. Tu peux prendre une couple de minutes pour y penser. 19. Y a-t-il une chose particulière que tu penses avoir apprise à partir de tes expériences d'enfance? Je pense ici à quelque chose que tu penses que tu pourrais avoir acquis ou gagné à partir de la sorte d'enfance que tu as eue?

Autre formulation: Première partie telle quelle. Puis:

Qu'est-ce que tu retiens de la sorte d'enfance que tu as eue?

20. On a parlé beaucoup du passé dans cette entrevue, mais j'aimerais terminer en projetant plutôt dans le futur. On vient juste de parler de ce que tu penses avoir appris de tes expériences dans l'enfance. J'aimerais terminer en te demandant ce que tu espérerais que ton(tes) enfant(s) (ou enfant imaginaire) pourrai(en)t apprendre de ses(leurs) expériences d'avoir été gardé par toi?

Si non compris:,

— que voudrais-tu qu'il retienne ou qu'il retire du fait d'avoir été gardé par toi?

CONCLUSION:

Ça fait le tour des questions que je voulais te poser. Y a-t-il autre chose que tu aimerais ajouter?

Ce n'est pas des questions auxquelles on pense à tous les jours; j'apprécie que tu aies accepté d'y répondre. Si jamais tu as besoin de communiquer avec moi, tu peux me rejoindre à xxx.

En tout temps, en cas de détresse :

Je sens que c'est très difficile pour toi d'en parler ; préfères-tu qu'on arrête ici pour cette question?

Annexes 151

Échelle de relation adolescent-éducateur

(Student-Teacher Relationship Scale; STRS)

S'il-vous-plaît indiquez le degré avec lequel chacun des énoncés suivants s'applique à la relation que vous avez avec l'adolescent concerné. En utilisant l'échelle ci-dessous, veuillez encercler le numéro approprié pour chacun des items. Si vous devez changer votre réponse, faites un X sur la réponse incorrecte et encerclez la bonne réponse.

1	2	3	4	:			5	
Ne s'applique absolument pas	Ne s'applique pas vraiment	Neutre incertain	S'app un p	_		_	pliquereme	
1. J'ai une rel cet(te) jeune	ation affectueuse e.	et chaleureus	se avec	1	2	3	4	5
2. On dirait que en conflit.	ue cet(te) jeune et	moi sommes to	oujours	1	2	3	4	5
3. S'il/elle est réconfort de	perturbé(e), cet(te) e ma part.) jeune recherch	nera du	1	2	3	4	5
	physique ou le c e inconfortable.1 2		oi rend	1	2	3	4	5
5. Cet(te) jeun	e valorise sa relati	ion avec moi.		1	2	3	4	5
6. Cet(te) jeur lorsque je le	ne semble blessé e/la corrige.	e(e) ou embari	rassé(e)	1	2	3	4	5
7. Lorsque je fa de fierté.	ais l'éloge de cet(te) jeune, il/elle ra	ayonne	1	2	3	4	5
8. Cet(te) enfa moi.	nt réagit forteme	ent lorsque sép	aré de	1	2	3	4	5
	le partage sponta oos de lui/elle.	nément des in	forma-	1	2	3	4	5
10. Cet(te) jeun	e est beaucoup tro	p dépendant d	e moi.	1	2	3	4	5
11. Cet(te) jeune	e devient facileme	nt fâché(e) enve	rs moi.	1	2	3	4	5
12. Cet(te) jeun	e essaie de me pla	ire.		1	2	3	4	5
13. Cet(te) jeun	e perçoit que je le	/la traite injusto	ement.	1	2	3	4	5
14. Cet(te) jeund a pas besoir	e demande mon ai 1.	de alors qu'il/e	lle n'en	1	2	3	4	5
15. Il est facile de cet(te) je	d'être au diapaso une.	n avec les sent	iments	1	2	3	4	5
16. Cet(te) jeun nitions et d	e me perçoit com e critiques.	me une source	de pu-	1	2	3	4	5
	ne semble blessé mps avec d'autres	,	sque je	1	2	3	4	5
18. Cet(te) jeune été discipli	e reste fâché(e) ou : né(e).	résistant(e) aprè	es avoir	1	2	3	4	5

19. Lorsque cet(te) jeune se comporte mal, il/elle répond bien à mon regard ou au ton de ma voix.	1	2	3	4	5
20. Avoir à faire avec cet(te) jeune draine mes énergies.	1	2	3	4	5
, ,	1	4	J	4	5
21. J'ai remarqué que cet(te) jeune copie mes comportements ou ma façon de faire les choses.	1	2	3	4	5
22. Lorsque cet(te) jeune est de mauvaise humeur, je sais que la journée sera longue et difficile.	1	2	3	4	5
23. Les sentiments qu'a cet(te) jeune pour moi peuvent être imprévisible ou changer soudainement.	1	2	3	4	5
24. Malgré mes meilleurs efforts, je suis inconfortable avec la façon dont cet(te) jeune et moi nous accordons.	1	2	3	4	5
25. Cet(te) jeune se plaint ou pleure lorsqu'il/elle veut quelque chose de moi.	1	2	3	4	5
26. Cet(te) jeune est sournois ou manipulateur avec moi.	1	2	3	4	5
27. Cet(te) jeune partage ouvertement ses sentiments et ses expériences avec moi.	1	2	3	4	5
28. Mes interactions avec cet(te) jeune me font sentir efficace et confiant(e).	1	2	3	4	5

Références

Abela, J. R. Z., Hankin, B. L., Haigh, E.A.P., Adams, P., Vinukuroff, T. et Trayhern L. (2005). Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: The role of insecure attachment and reassurance seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 182-192.

Ahnert, L., Pinquart, M. et Lamb, M. E. (2006). Security of children's relationships with nonparental care providers: A meta analysis. *Child Development*, 77 (3), 664-679.

Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of infant-mother attachment. Dans B. M. Caldwell et H. N. Ricciuti (dir.), *Review of child development research, Volume 3: Child development and social policy* (p. 1-94). Chicago: University of Chicago Press.

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44 (4), 709-716.

Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. Dans C. M. Parkes, J. Stevension-Hinde et P. Marris (dir.), *Attachment across the life cycle* (p. 33-51). New York: Travistock/Routledge.

Ainsworth, M. D., Bell, S. et Stayton, D. J. (1971). Individual differences in strange-situation behavior of one-year-olds. Dans H. R. Schaffer (dir.), *The origin of human social relations* (p. 17-57). New York: Academic Press.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Alessandri, S. M. (1992). Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20 (3), 289-302.

Alessandri, S. M. (1992). Mother-child interactional correlates of maltreated and nonmaltreated children's play behavior. *Development and Psychopathology*, 4 (2), 257-270.

Allen J. P. (2008). The attachment system in adolescence. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2° ed., p. 419-435). New York: Guilford Press.

Allen, J. P. et Land, D.J. (1999). Attachment in adolescence. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 595-624). New York: Guilford Press.

Allen, J. P., Hauser, S. T., Bell, K. L. et O'Connor, T. G. (1994). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and self-esteem. *Child Development*, 65, 179-194.

Allen, J. P., Hauser, S. T., Eickholt, C., Bell, K. L. et O'Connor, T. G. (1994). Autonomy and relatedness in family interactions as predictors of expressions of negative adolescent affect. *Journal of Research on Adolescence*. Special Issue: Affective processes in adolescence, 4, 535-552.

Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G. et Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69 (5), 1406-1419.

Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F. et Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 282 (17), 1652-1658.

Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D. et O'Farrill-Swails, L. (2005). Single versus multi-type maltreatment: An examination of the long-term effects of child abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 11 (4), 29-52.

Armsden, G. C. et Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Relationships to well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16 (5), 427-454.

Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M. et Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (6), 683-697.

Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M. ... Blaustein, M. E. (2011). Treatment of complex trauma in young children: Developmental and cultural considerations in application of the ARC intervention model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4 (1), 34-51.

Association des centres jeunesse du Québec (2010). Cadre de référence, Au cœur de l'intervention : l'attachement et la relation. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.

Atger, F. (2007). L'attachement à l'adolescence. Dialogue, (175), 73-86.

Australian Institute of Health & Welfare. (2007). Homeless people in SAAP: SAAP National data collection annual report 2005-06 Australia (SAAP National Data Collection Agency Report Series No. 11). Canberra: Australian Institute of Health & Welfare. Repéré à www.aihw.gov.au/publications

Bacon, H. et Richardson, S. (2001). Attachment theory and child abuse: An overview of the literature for practitioners. *Child Abuse Review,* 10 (6), 377-397.

Baer, J. C. et Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (3) 187-197

Bakermans-Kranenburg, M. J. et van IJzendoorn, M. H. (2008). Oxytocin receptor (OXTR) and serotonin transporter (5-HTT) genes associated with observed parenting. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3 (2), 128-134.

Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. et Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 195-215.

Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. et Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26 (3), 191-216.

Barnas, M. V. et Cummings, E. M. (1994). Caregiver stability and toddlers' attachment-related behavior towards caregivers in day care. *Infant Behavior and Development*, 17 (2), 141-147.

Baron, R. M. et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Bartolo, T., Peled, M. et Moretti, M. M. (2010). Social-cognitive processes related to risk for aggression in adolescents. *Court Review*, 46 (1-2), 44-50.

Bateman, A. et Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for border-line personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166 (12), 1355-1364. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539

Beeghly, M. et Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6 (1), 5-30.

Béliveau, M.-J. et Moss, E. (2005). La validité convergente et discriminante du projectif de l'attachement adulte (AAP). La revue internationale de l'éducation familiale, 9 (1), 29-50.

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (3), 413.

Belsky, J. et Cassidy, J. (1994). Attachment: Theory and evidence. Dans M. Rutter et D. Hay (dir.), *Development through life: A handbook for clinicians* (p. 373-402). Oxford: Blackwell.

Belsky, J. et Cassidy, J. (1994). Attachment and close relationships: An individual-difference perspective. *Psychological Inquiry*, 5 (1), 27-30.

Belsky, J. et Fearon, R. P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human Development*, 4 (3), 361-387.

Belsky, J. et Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage and Family Review*, 12, 133-156.

Berger, M. (2008). Voulons-nous des enfants barbares? Paris: Dunod. Dans ACJQ (2010) Cadre de référence. Au cœur de l'intervention: l'attachement et la relation, p. 7.

Berlin, L. J., Zeanah, C. H. et Lieberman A. F. (2008). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2e éd., p. 745-761). New York: Guilford Press.

Berne, É. (1984). Des jeux et des hommes. Paris: Stock.

Birch, S. H. et Ladd, G. W. (1997). The teacher-child relationship and children's early school adjustment. *Journal of School Psychology*, 35 (1), 61-79.

Blaustein, M. E. et Kinniburgh, K. M. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency.* New York: Guilford Press.

Bloom, M. V. (1980). Adolescent-parental separation. New York: Gardner Press.

Bloss, P. (1975). The second individuation process of adolescence. Dans A. H. Esman (dir.), *The Psychology of Adolescence*. New York: International Universities Press.

Bond, M. P. et Vaillant, J. S. (1986). An empirical study of the relationship between diagnosis and defence style. *Archives of General Psychiatry*, 43 (3), 285-288.

Boris, N. W., Zeanah, C. H., Larrieu, J. A., Scheeringa, M. S. et Heller, S. S. (1998). Attachment disorders in infancy and early childhood: A preliminary investigation of diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155 (2), 295-297.

Bousha, D. M. et 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.

Bouthillier, D., Julien, D., Dubé, M., Bélanger, I. et Hamelin, M. (2002). Predictive validity of adult attachment measures in relation to emotion regulation behaviors in marital interactions. *Journal of Adult Development*, 9 (4), 291-305.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Volume 1: Attachment.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, Volume 2: Separation. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1978). Attachement et perte, tome 1, L'attachement (trad.). Paris: puf. (Ouvrage original paru sous le titre Attachment and loss, Volume 1: Attachment. New York: Basic Books.)

Bowlby, J. (1979). On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 24 (5), 403-408.

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss, Volume 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 (4), 664-678.

Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.

Brennan, K. A., Clark, C. L. et Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson et W. S. Rholes (dir.), *Attachment theory and close relationships* (p. 46-76). New York: Guilford Press.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. Dans I. Bretherton et E. Waters (dir.), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2).

Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. Dans J. D. Osofsky (dir.), *Handbook of infant development* (2e éd., p. 1061-1100). Oxford: John Wiley & Sons.

Bretherton, I. et Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.),

Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (p. 89-111). New York: Guilford Press.

Breton, D. et Lehoux, G. (2007). *Manuel de pratique centré sur la théorie de l'attachement*. Laval: Centre jeunesse Laval.

Brewerton, T. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15 (4), 285-304.

Brisch, K. H. (2012). *Treating attachment disorders: From theory to therapy* (2e éd.). New York: Guilford Press.

Brodsky, B. et Stanley, B. (2008). Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31 (2), 223-235.

Bromfield, L. M., Gillingham, P. et Higgins, D. J. (2007). Cumulative harm and chronic child maltreatment. *Developing Practice: The Child, Youth and Family Work Journal*, 19, 34-42.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. et Smailes, E. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1490-1496.

Brumariu, L. E. (2010). Mother-child attachment in early childhood and anxiety symptoms in preadolescence: The role of peer competence and emotion regulation (Thèse de doctorat, Kent State University, Kent, Ohio).

Brumariu, L. E. et Kerns, K. A. (2008). Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29 (5), 393-402.

Buhrmester, D. (1992). The developmental courses of siblings and peer relationships. Dans F. Bou et J. Dunn (dir.), *Children sibling relationships* (p. 192-240). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Buist, K. L., Dekovic, M., Meeus, W. et van Aken, M. A. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behaviour. *Journal of Adolescence*, 27 (3), 251-266.

Bureau, J.-F., Béliveau, M.-J., Moss, E. et Lépine, S. (2006). Association entre l'attachement mère-enfant et les récits d'attachement à la période scolaire. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38, 50-62.

Bureau, J.-F., Easterbrooks, M. A. et Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and Psychopathology*, 21 (2), 519-537.

Burke, R. J. et Weir, T. (1978). Benefits to adolescents of informal helping relationships with their parents and peers. *Psychological Reports*, 42, 1175-1184.

Cairns, K. (2002). Attachment, trauma and resilience: Therapeutic caring for children. London: British Association for Adoption & Fostering.

Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.

Carlson, E. A. et Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. Dans D. Cicchetti et D. J. Cohen (dir.), *Wiley series on personality processes. Developmental psychopathology*, Volume 1. Theory and methods (p. 581-617). Oxford: John Wiley & Sons.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. et Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25 (4), 525-531.

Caspi, A. et Elder, G. H., Jr. (1988). Emergent family patterns: The intergenerational construction of problem behavior and relationships. Dans R. A. Hinde et J. Stevenson-Hinde (dir.), *Relationships within families: Mutual influences* (p. 218-240). Oxford: Oxford University Press.

Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-135.

Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228-283.

Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 3-20). New York: Guilford Press.

Cassidy, J. et Marvin, R. S., avec le MacArthur Working Group on Attachment (1992). A system for classifying individual differences in the attachment-behavior of $2\frac{1}{2}$ to $4\frac{1}{2}$ year old children. Unpublished coding manual, University of Virginia, Charlottesville, Virginia.

Cassidy, J., Ziv, Y., Stupica, B., Sherman, L. J., Butler, H., Karfgin, A., ... Powell, B. (2010). Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. *Attachment & Human Development*, 12 (4), 333-353. doi: 10.1080/14616730903416955

Chamberlain, C. et MacKenzie, D. (2006). *Australian Census Analytic Program : Counting the homeless 2006 (Cat. No. 2050.0).* Canberra: Australian Bureau of Statistics. Repéré à www.abs.gov.au/AUSSTATS/subscriber.nsf/log?openagent&20500- 2008Reissue.pdf&2050.0&Publication&57393A13387C425D-CA2574B900162DF0&&2006&1 8.09.2008&Latest

Child Welfare Information Gateway (2008). *Long-term consequences of child abuse and neglect*. Repéré à www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/long_term_consequences.cfm

Chisholm, K. (1998). A three year follow up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from romanian orphanages. *Child Development*, 69 (4), 1092-1106.

Cicchetti, D. et Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3 (4), 397-411.

Cicchetti, D., Ganiban, J. et Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. Dans J. Garber et K. A. Dodge (dir.), *The development of emotion regulation and dysregulation (Cambridge studies in social and emotional development)* (p. 15-48). New York: Cambridge University Press.

Cloutier, R. et Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence*. Montréal : Chenelière éducation.

Cobb, R. J. et Bradbury, T. N. (2003). Implications of adult attachment for preventing adverse marital outcomes. Dans S. Johnson et V. Whiffen (dir.), *Attachment theory and couple and family therapy* (p. 258-280). New York: Guilford Press.

Cohn, D. A., Silver, D. H., Cowan, C. P., Cowan, P. A. et Pearson, J. (1992). Working models of childhood attachment and couple relationships. *Journal of Family Issues*, 13, 432-449.

Cole-Detke, H. et Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 282-290.

Collins, N. L. et Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. Dans K. Bartholomew et D. Perlman (dir.), *Attachment processes in adulthood* (p. 53-92). London: Jessica Kingsley Publishers.

Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J. et Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9 (5), 577-589.

Collin-Vézina, D. et Milne, L. (2014). Adolescents en centre de réadaptation : évaluation du trauma, *Criminologie*, 47 (1), 213-245.

Constantine, M. G. (2006). Perceived family conflict, parental attachment, and depression in African American female adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12 (4), 697.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M. ... Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 390-398.

Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, R. et Powell, B. (1999 & 2000). Secure and limited circles of security. Unpublished material, Centre for Clinical Intervention, Spokane, WA, and University of Virginia.

Corby, B. (2006). *Child abuse: Towards a knowledge base* (3e éd.). Berkshire: Open University Press.

Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11 (3), 259-277.

Crittenden, P. M. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments: An interpretation using attachment theory. *Child Abuse & Neglect*, 16, 329-343.

Crowell, J., Fraley, R. C. et Shaver, P. R. (1999). Measures of individual differences in adolescent and adult attachment. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 434-465). New York: Guilford Press.

Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Michel, G., Poulin, C., Pascuzzo, K., Losier, V., ... Moss, E. (2012). Attachment theory in the assessment and promotion of parental

competency in child protection cases. Dans A. Muela (dir.), *Child abuse and neglect: A multidimensional approach*, InTech. http://dx.doi.org/10.5772/48771

Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. et van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22 (1), 87-108.

Cyr, C., Michel, G. et Dumais, M. (2013). Child maltreatment as a global phenomenon: From trauma to prevention. *International Journal of Psychology*, 48 (2), 141-148.

DeKlyen, M. et Speltz, M. L. (2001). Attachment and conduct disorder. Dans J. Hill et B. Maughan (dir.), *Conduct disorders in chilhood and adolescence* (p. 320-345). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

DeKlyen, M. et Greenberg, M. T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Hanbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2e éd.) (p. 637-665). New York: Guilford Press.

Delage, M. (2008). L'attachement à l'adolescence. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 40, 79-97.

Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L. et Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1190-1196.

Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K. et Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomize controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 122-131.

DiFilippo, J. M. et Overholser, J. C. (2000). Suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients as associated with depression and attachment relationships. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (2), 155-166.

DiFilippo, J. M. et Overholser, J. C. (2002). Depression, adult attachment, and recollections of parental caring during childhood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 663-669.

Dorsey, S., Burns, B. J., Southerland, D. G., Cox, J. R., Wagner, H. R. et Farmer, E. M. (2012). Prior trauma exposure for youth in treatment foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 21 (5), 816-824.

Dozier, M. et Bates, B. C. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. Dans L. Atkinson et S. Goldberg (dir.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 167-180). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Dozier, M. et Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive Care. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications* (2e éd., p. 698-717). New York: Guilford Press.

Dozier, M. et Tyrrell, C. (1997). Attachment and communication among persons with serious psychopathological disorders. Attachment theory and close relationships. New York: Guilford Press.

Dozier, M., Higley, E., Albus, K. E. et Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants' caregivers: Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal*, 23 (5), 541-554.

Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S. ... Levine, S. (2006). Developing evidence based interventions for foster children: An example of a randomized clinical trial with infants and toddlers. *Journal of Social Issues*, 62 (4), 767-785. doi 10.1111/j.1540-4560.2006.00486.x

Dozier, M., Stoval, K. C., Albus, K. E. et Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72 (5), 1467-1477. doi: 10.1111/1467-8624.00360

Dozier, M., Zeanah, C. H., Wallin, A. R. et Shauffer, C. (2012). Institutional care for young children: Review of literature and policy implications. *Social Issues and Policy Review*, 6 (1), 1-25.

Drieu, D., Sarabian, S. et Plagès, M. (2012). Les adolescents vulnérables et les alternatives thérapeutiques en protection de l'enfance. L'Évolution psychiatrique, 77 (2), 265-277.

Dubois-Comtois, K. et Cyr, C. (2009). La théorie de l'attachement comme cadre de référence dans les interventions auprès des adolescents. *Revue québécoise de psychologie*, 30, 1-19.

Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Pascuzzo, K., Lessard, M. et Poulin, C. (2014). Attachment theory in clinical work with adolescents. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 1, 1-8.

Dubowitz, H. et Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect in children. *The Lancet*, 369, 1891-1899.

Dunn, J. (2002). Mindreading, emotion, and relationships. Dans W. W. Hartup et R. K. Silbereisen, *Growing points in developmental science: An introduction* (p. 167-176). New York: Hove, Psychology.

Durston, S., Davidson, M. C., Tottenham, N., Galvan, A., Spicer, J., Fossella, J. A. et Casey, B. J. (2006). A shift from diffuse to focal cortical activity with development. *Developmental Science*, 9(1), 1-8.

Dykas, M. J. et Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 137 (1), 19. doi: 10.1037/a002136719

Eaves, L. J., Prom, E. C. et Silberg, J. L. (2010). The mediating effect of parental neglect on adolescent and young adult anti-sociality: a longitudinal study of twins and their parents. *Behavior Genetics*, 40 (4), 425-437.

Eckenrode, J., Laird, M. et Doris, J. (1993). School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental Psychology*, 29, 52-62.

Egeland, B. (1997). Mediators of the effects of child maltreatment on developmental adaptation in adolescence. Dans D. Cicchetti, D. et L. Toth (dir.), Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention. *Rochester symposium on developmental psychology*, 8, 403-434.

Egeland, B. et Carlson, E. (2004). Attachment and psychopathology. Dans L. Atkinson (dir.), *Clinical applications of attachment* (p. 27-48). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Egeland, B., Jacobvitz, D. et Sroufe, L. A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, 59 (4), 1080-1088.

Egeland, B. et Sroufe, L. A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child Development*, 52 (1) 44-52.

Egeland, B., Sroufe, L.A. et Erickson, M.F. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 7, 459-469.

Elicker, J., Englund, M. et Sroufe, L.A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. Dans R. Parke et G. Ladd (dir.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (p. 77-106). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

English, D., Widom, C. et Brandford, C. (2004). Another look at the effects of child abuse. *National Institute of Justice Journal*, 251, 23-24.

Erickson, M. F. et Egeland, B. (2002). Child neglect. Dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny et T. A. Reid (dir.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (p. 3-20). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Ethier, L., Lemelin, J. P. et Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28 (12), 1265-1278.

Evans, E., Hawton, K. et Rodham, K. (2005). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse & Neglect*, 29 (1), 45-58.

Evans, S. E., Davies, C. et DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior, A Review Journal*, 13 (2), 131-140.

Fergusson, D., Horwood, L. et Lynskey, M. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 21 (8), 789-803.

Fergusson, D. et Lynskey, M. (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 21 (7), 617-630.

Fisher, P. A. et Kim, H. K. (2007). Intervention effects on foster preschoolers' attachment-related behaviors from a randomized trial. *Prevention Science*, 8 (2), 161-170. doi: 10.1007/s11121-007-0066-5

Flaherty, E., Thompson, R., Litrownik, A., Theodore, A., English, D., Black, M... Duboxitz, H. (2006). Effect of early childhood adversity on child health. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 1232-1238.

Flaherty, E., Thompson, R., Litrownik, A., Zolotor, A., Dubowitz, H., Runyan, D... Everson M.D. (2009). Adverse childhood exposures and reported child health at age 12. *Academic Pediatrics*, 9 (3), 150-156.

Flaherty, S. C., Sadler, L. S. (2011). A review of attachment theory in the context of adolescent parenting. *Journal of Pediatric Health Care*, 25 (2), 114-121.

Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48 (4), 1129-1146.

Fonagy P. et Bateman, A. (dir.) (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. New York, London: American Psychiatric Publishing.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, G. et Target, E. M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York, NY: Other Press.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G. ... Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 22.

Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F. et Frueh, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46 (6), 545-552.

Fraley, R. C., Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships*, 4, 131-144.

Frederico, M., Jackson, A. et Black, C. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of Family Studies*, 14, 342-361.

Furman, W. (1999). Friends and lovers: The role of peer relationships in adolescent romantic relationships. Dans W. A. Collins et B. Laursen (dir.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology, Volume 30: Relationships as developmental contexts* (p. 133-154). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Furman, W. et Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63, 103-115. doi: 10.2307/1130905

Furman, W., Simon, V. A., Shaffer, L. A. et Bouchey, H. A. (2002). Adolescents working models and styles for relationships with parents, friends, and romantic partners. *Child Development*, 73, 241-255.

Furman, W. et Wehner, E. A. (1994). Romantic views: Toward a theory of adolescent romantic relationships. Dans R. Montemayor, G. R. Adams et G. P. Gullota (dir.), *Advances in adolescent development, Volume 6: Relationships during adolescence* (p. 237-288). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

George, C., Kaplan, N. et Main, M. (1985). *The attachment interview for adults.* (Unpublished manuscript, University of California, Berkeley, California)

George, C., West, M. et Pettem, O. (1997). *The adult attachment projective*. (Unpublished attachment measure and coding manual, Mills College, Oakland, California)

Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. et Janson, J. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68-81.

Golding, K. (2003). Helping foster carers, helping children: Using attachment theory to guide practice. *Adoption and Fostering*, 27, 64-73

Graham, C. A. et Easterbrooks, M. A. (2000). School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology: The role of attachment security, maternal depressive symptomatology, and economic risk. *Development and Psychopathology*, 12 (2), 201-213.

Greenberg, M. T., Speltz, M. L. et Deklyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5 (1-2), 191-213.

Grossmann, K. E., Grossmann, K. et Waters, E. (dir.) (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies.* New York: Guilford Press.

Guédeney, N. et Guédeney, A. (2010). *L'attachement : approche théorique.* (3e éd.). Paris : Elsevier Masson.

Guédeney, N. et Lamas C. (2009). Le concept de système motivationnel: les systèmes impliqués dans le phénomène de base de sécurité. Dans N. Guédeney et A. Guédeney (dir.), *L'attachement: approche théorique* (p. 9-15). Paris: Elsevier Masson.

Gunnar, M. R., Wewerka, S., Frenn, K., Long, J. D. et Griggs, C. (2009). Developmental changes in HPA activity over the transition to adolescence: Normative changes and associations with puberty. *Development and Psychopathology*, 21 (1), 69-85.

Haapasalo, J. et Pokela, E. (1999). Child-rearing and child abuse antecedents of criminality. *Aggression and Violent Behavior, A Review Journal*, 4 (1), 107-127.

Harkness, K. et Lumley, M. (2008). Child abuse and neglect and the development of depression in children and adolescents. Dans J. Abela et B. Hankin (dir.), *Handbook of depression in children and adolescents.* New York: Guilford Press.

Harold, G. T., Shelton, K. H., Goeke Morey, M. C. et Cummings, E. M. (2004). Marital conflict, child emotional security about family relationships and child adjustment. *Social Development*, 13 (3), 350-376.

Harrison, P., Fulkerson, J. et Beebe, T. (1997). Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 21 (6), 529-539.

Hart, S. (2011). The impact of attachment. New York: W.W. Norton & Company.

Harvey, M. et Byrd, M. (2000). Relationships between adolescents' attachment styles and family functioning. *Adolescence*, 35 (138), 345-356.

Haskett, M. E., Nears, K., Ward, C. S. et McPherson, A. V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26 (6), 796-812.

Haugaard, J. J. et Hazan, C. (2012). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: reactive attachment disorder. Dans J. E. B. Myers (dir.), *Child maltreatment, a collection of readings.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Hazan, C. et Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. Dans K. Bartholomew et D. Perlman (dir.), *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships, Volume 5* (p. 151-178). Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Heinicke, C. M., Fineman, N. R., Ponce, V. A. et Guthrie, D. (2001). Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the second year of life. *Infant Mental Health Journal*, 22 (4), 431-462.

Herrenkohl, T., Seunghye, H., Klika, J., Herrenkohl, R. et Russo, M. (2013). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use and physical health. *Journal of Family Violence*, 28, 191-199.

Hesse, E. (2008). The adult attachment interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (p. 552-598). New York: Guilford Press.

Hesse, E. et Main, M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 481-540.

Hesse, E., Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18 (2), 309-344.

Higgins, D. (2004). Differentiating between child maltreatment experiences. *Family Matters*, 69, 50-55.

Higgins, D. et McCabe, M. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior, A Review Journal*, 6 (6), 547-578.

Hilburn-Cobb, C. (2004). Adolescent psychopathology in terms of multiple behavioral systems: The role of attachment and controlling strategies and frankly disorganized behavior. Dans L. Atkinson et S. Goldberg (dir.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 95-135). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Hildyard, K. L. et Wolf, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26 (6-7), 679-695.

Hillis, S., Anda, R., Dube, S., Felitti, V., Marchbanks, P. et Marks, V. (2004). The associations between adverse childhood experiences and adolescent pregancny, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113 (2), 320-327.

Hodges, J. et Tizard, B. (1989) Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 77-97.

Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G. et Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1017. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1017

Holt, S., Buckley, H. et Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797-810.

Howard, M. et Medway, F. (2004). Adolescents' attachment and coping with stress. *Psychology in the Schools*, 41, 391-402.

Howes, C. et Hamilton, C. (1992). Children's relationships with child care teachers: Stability and concordance with parental attachments. *Child Development*, 63 (4), 467-878.

Howes, C. et Oldham, E. (2001). *Processes in the formation of attachment relationships with new caregivers. Children in play, story and school.* New York: Greenwood.

Howes, C. et Shivers, E. M. (2006). New child-caregiver attachment relationships: Entering childcare when the caregiver is and is not an ethnic match. *Social Development*, 15 (4), 574-590.

Hudson, D. B., Elek, S. M. et 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.

Hussey, J., Chang, J. et Kotch, J. (2006). Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118 (3), 933-942.

Jordan, B. et Sketchley, R. (2009). A stitch in time saves nine: Preventing and responding to the abuse and neglect of infants. *Child Abuse Prevention*, Issues 30. Repéré à www.aifs.gov.au/nch/pubs/issues/issues.html

Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 20 (2), 257-265.

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.

Keating, D. P. (1990). Adolescent thinking. Dans S. S. Feldman et G. R. Elliott (dir.), *At the threshold: The developing adolescent* (p. 54-89). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Keiley, M. K. (2002). The development and implementation of an affect regulation and attachment intervention for incarcerated adolescents and their parents. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 10, 177-189.

Kerns, K.A. (2008). Attachment in middle childhood. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2e éd., p. 366-382). New York: Guilford Press.

Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F. et van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20 (2), 266. doi: 10.1037/0893-3200.20.2.266

Klimes-Dougan, B. et Kistner, J. (1990). Physically abused preschoolers' responses to peers' distress. *Developmental Psychology*, 26 (4), 599-602.

Kobak, R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S. et Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231-245.

Kobak, R. et Esposito, A. (2004). Levels of processing in parent-child relationships: Implications for clinical assessment and treatment. Dans L. Atkinson et S. Goldberg (dir.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 139-166). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Kobak, R. et Madsen, S. (2008) Chapitre 2: Disruptions in attachment bonds. Implication for theory, research and clinical intervention. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 23-47) New York: Guilford Press.

Kobak, R., Rosenthal, N. et Serwik, A. (2005). The attachment hierarchy in middle childhood: Conceptual and methodological issues. Dans K. Kerns et R. Richardson (dir.), *Attachment in middle childhood* (p. 71-88). New York: Guilford Press.

Kobak, R. et Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.

Lafortune, D., Cousineau, M. M. et Tremblay, C. (2010). *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Laible, D. J., Carlo, G. et Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 45-59.

Lamont, A. (2010). The effects of child abuse and neglect for adult survivors. *NCPC Resource Sheet.* Repéré à http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/sheets/rs20/rs20.

Lawrence, C. R., Carlson, E. A. et Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18 (1), 57-76.

Leblanc, S., Miljkovitch, R. et Guédeney, N. (2009). La transmission intergénérationnelle de l'attachement. Dans N. Guédeney et A. Guédeney (dir.), *L'attachement: approche théorique. Du bébé à la personne âgée* (p. 49-60). Paris : Elsevier Masson.

Lehoux, G., Bisaillon, C., Breton, D. et Laporte, L., (2007-2008-2009). *Grille d'observation des indices de sécurité affective des enfants d'âge préscolaire et scolaire*. Laval: Centre jeunesse Laval.

Lemelin, J.-P., Provost, M. A., Tarabulsy, G. M., Plamondon, A. et Dufresne, C. (dir.) (2012). *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent, tome 1*: Les bases du développement. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 4, 196-204.

Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Zoll, D. et Stahl, J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23 (2), 223.

Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H., Botein, S. et Zoll, D. (1984). Maternal family history, maternal caretaking and infant attachment in multiproblem families. *Preventive Psychiatry*, 2, 403-425.

Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U. et 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. et Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 520-554). New York: Guilford Press.

Lyons-Ruth, K. et Jacobvitz, D. (2008) Chapitre: Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Hanbook of attachment: Theory, research, and clinical Applications* (2e éd.), (p. 666-697). New York: Guilford Press.

Maas, C., Herrenkohl, T. et Sousa, C. (2008). Review of research on child maltreatment and violence in youth. Trauma, *Violence & Abuse*, 9 (1), 56-67.

Mackey, S. K. (2003). Adolescence and attachment: From theory to treatment implications. Dans P. Erdman et T. Caffery (dir.), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness* (p. 79-113). New York: Brunner-Routledge.

Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, G. et Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1042-1050.

Magai, C. (2008). Attachment in middle and later life. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2e éd., p. 532-551). New York: Guilford Press.

Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. Dans C. M. Parkes, J. Stevension-Hinde et P. Marris (dir.), *Attachment across the life cycle* (p. 127-159). New York: Travistock/Routledge.

Main, M. et Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with parents at age 6: Predictable from infant attachment and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.

Main, M. et Goldwyn, R. (1985). *Adult attachment classification system*. (Unpublished manuscript, University of California, Berkeley, California)

Main, M., Goldwyn, R. et Hesse, E. (2003). *Adult attachment scoring and classification systems*. (Unpublished manuscript, University of California, Berkeley, California)

Main, M. et Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti et E. M. Cummings (dir.), *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention* (p. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., Kaplan, N. et Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. Dans I. Bretherton et E. Waters

(dir.), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-104.

Main, M. et Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for classification of behaviour. Dans M. W. Yogman et T. B. Brazelton (dir.), *Affective development in infancy* (p. 95-124.) Norwood, NJ: Ablex.

Main, M. et Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti et E. M. Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years* (p. 121-160). Chicago: University of Chicago.

Main, M. et Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: related to conflict behaviour and readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.

Margolese, S. K., Markiewicz, D. et Doyle, A. B. (2005). Attachment to parents, best friend, and romantic partner: Predicting different pathways to depression in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34 (6), 637.

Marsh, P., McFarland, F. C., Allen, J. P., McElhaney, K. B. et Land, D. (2003). Attachment, autonomy, and multifinality in adolescent internalizing and risky behavioral symptoms. *Development and Psychopathology*, 15 (2), 451-467.

Mash, E.J. (1991). Measurement of parent-child interaction in studies of child maltreatment. Dans R. H. Jr. Starr et D. A. Wolfe (dir.) *The effects of child abuse and neglect: Issues and research* (p. 203-256). New York: Guilford Press.

Mendes, P. et Moslehuddin, B. (2006). From dependence to interdependence: Towards better outcomes for young people leaving state care. *Child Abuse Review*, 15, 110-126.

Mercer, J. (2005). *Understanding attachment: parenting, child care and emotional development.* Westport, CT: Praeger Publishers.

Mercy, J. A. et Saul, J. (2009). Creating a healthier future through early interventions for children. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 301, 2262-2264.

Meredith, P. J. (2013). A review of the evidence regarding associations between attachment theory and experimentally induced pain. *Current Pain and Headache Reports*, 17 (4), 326. doi: 10.1007/s11916-013-0326-y

Merrick, M., Litrownik, A., Everson, M. et Cox, C. (2008). Beyond sexual abuse: The impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreatment*, 13 (2), 122-132.

Middlebrooks, J. S. et Audage, N. C. (2008). *The effects of childhood stress on health across the lifespan*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

Mikulincer, M. et Florian, V. (1995). Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21 (4), 406-414.

Mikulincer, M., Florian, V. et Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (5), 817.

Mikulincer, M. et Nachshon, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology,* 61 (2), 321.

Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change.* New York: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R. et Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27 (2), 77-102.

Miljkovitch, R. (2009). L'attachement comme facteur essentiel de bon développement. La santé de l'homme, 400, 16-18.

Miller, R. M. (2007). *Cumulative harm: A conceptual overview.* Melbourne: Department of Human Services. Repéré à www.cyf.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/43012/ecec_best_interest_cumulative_harm.p df

Mills, C. (2004). Problems at home, problems at school: The effects of maltreatment in the home on children's functioning at school. An overview of recent research. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children. Repéré à www.nspcc.org.uk/Inform/publications/Downloads/problemsathome_wdf48202.pdf

Moran, P., Vuchinich, S. et Hall, N. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 28, 565-574.

Moretti, M. M., Braber, K. et Obsuth, I. (2009). Connect: An attachment focused treatment group for parents and caregivers—A principle based manual. Adolescent Version. Vancouver: Simon Fraser University.

Moretti, M., Colla, A., de Oliveira Balen, G., dos Santos, D. B., Budni, J., de Freitas, A. E. ... Rodrigues, A. L. S. (2012). Ascorbic acid treatment, similarly to fluoxetine, reverses depressive-like behavior and brain oxidative damage induced by chronic unpredictable stress. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (3), 331-340. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.11.009

Moretti, M. M., Jackson, M. et Obsuth, I. (2010). Translating research into intervention: Lessons learned and new directions. *Court Review*, 46 (1-2), 58-63.

Moretti, M. M. et Obsuth, I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: The Connect Program. *Journal of Adolescence*, 32 (6), 1347-1357.

Moretti, M. M., Obsuth, I., Mayseless, O. et Scharf, M. (2012). Shifting internal parent-child representations among caregivers of teens with serious behavior problems: An attachment-based approach. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5 (3), 191-204.

Moretti, M. M., Obsuth, I., Odgers, C. L. et Reebye, P. (2006). Exposure to maternal vs. paternal partner violence, PTSD, and aggression in adolescent girls and boys. *Aggressive Behavior*, 32 (4), 385-395.

Moretti, M. M. et Peled, M. (2004). Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. *Paediatrics & Child Health*, 9 (8), 551-555.

Morton, N. et Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect*, 22 (11), 1093-1104.

Moss, E., Bernier, A., Cyr, C., Comtois-Dubois, K., St-Laurent, D. et Tarabulsy, G. (2006) Rapport final d'évaluation du programme sur l'attachement en intervention relationnelle destinée à l'enfant (0 à 5 ans) et son parent. Département de psychologie, Québec.

Moss, E., Bureau, J.-F., Cyr, C., Mongeau, C. et St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the preschool attachment classification system. *Developmental Psychology*, 40, 323-334.

Moss, E., Cyr, C. et Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school-age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40 (4), 519-532.

Moss, E., Cyr, C., St-Laurent, D. et Humber, N. (2000). Attachment at preschool and school-age and its relation to patterns of caregiver-child interaction. Dans G. M. Tarabulsy, S. Larose, D. R. Pederson et G. Moran (dir.). *Attachement et développement I: Petite et jeune enfance* (p. 155-177). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D. et 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 and Psychopathology*, 23 (1), 195-210. doi: 10.1017/S0954579410000738

Moss, E., Parent, S., Gosselin, C., Rousseau, D. et St-Laurent, D. (1996). Attachment and teacher-reported behaviour problems during the preschool and early school-age period. *Development and Psychopathology*, 8 (3), 514-525.

Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D. et Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development*, 69, 1390-1405.

Noell, J., Rohde, P., Seeley, J. et Ochs, L. (2001). Childhood sexual abuse, adolescent sexual coercion and sexually transmitted infection acquistion among homeless female adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 25, 137-148.

Obsuth, I., Watson, G. et Moretti, M. M. (2010). Substance dependence disorders and patterns of psychiatric comorbidity among at risk teens: Implications for social policy and intervention. *Court Review*, 46 (1-2), 24-30.

O'Connor, T. G., Marvin, R. S., Rutter, M., Olrick, J. T., Britner, P. A. et English and Romanian Adoptees Study Team. (2003). Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology*, 15 (1), 19-38.

Odgers, C., Moretti, M. M. et Reppucci, D. (2010). A review of findings from the Gender and Aggression Project: Informing juvenile justice policy and practice though gender- sensitive research. *Court Review*, 46 (1-2), 6-10.

Paolucci, E., Genuis, M. et Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135 (1), 17-36.

Papini, D. R. et Roggman, L. A. (1992). Adolescent perceived attachment to parents in relation to competence, depression, and anxiety: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 12, 420-440.

Pavlidis, K. et McCauley, E. (2001). Autonomy and relatedness in family interactions with depressed adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 11-21.

Pederson, D. R. et Moran, G. (1995). A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-sort measures of infant-mother interaction. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60, 111-132.

Peled, M. et Moretti, M. M. (2007). Rumination on anger and sadness in adolescence: Fueling of fury and deepening of despair. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36 (1), 66-75.

Perkins, D. et Jones, K. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28, 547-563.

Perry, B. (2001). Violence and childhood: How persisting fear can alter the developing child's brain. Dans D. Schetky et E. Benedek (dir.), *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry* (p. 221-238). Washington, DC: American Psychiatric Press. Repéré à www.childtrauma.org/ctamaterials/Vio_child.asp

Pianta, R. C. (1994). Patterns of relationships between children and kindergarten teachers. *Journal of School Psychology*, 32 (1), 15-31.

Pinheiro, P. (2006). World report on violence against children. New York: United Nations Secretary-General's study on violence against children. Repéré à www. unicef.org/violencestudy/reports.html

Price-Robertson, R. et Bromfield, L. (2009). What is child abuse and neglect? *NCPC Resource Sheet*. Repéré à http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/sheets/rs6/rs6. html

Prior, V. et Glaser D. (2010). Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement: Théorie, preuve et pratique. Bruxelles: De Boeck, série Neuropsychologie.

Repetti, R. L., Taylor, S. E. et Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.

Roelofs, J., Meesters, C., Ter Huurne, M., Bamelis, L. et Muris, P. (2006). On the links between attachment style, parental rearing behaviors, and internalizing and externalizing problems in non-clinical children. *Journal of Child and Family Studies*, 15 (3), 331-344. doi: 10.1007/s10826-006-9025-1

Rogosch, F.A. et Cicchetti, D. (1994). Illustrating the interface of family and peer relations through the study of child maltreatment. *Social Development*, 3 (3) 291-308.

Rosenstein, D. S. et Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 244.

Rosenthal, R. et Jacobson, L. (1971). Pygmalion à l'école. Paris: Casterman.

Runyon, M. et Kenny, M. (2002). Relationship of attributional style, depression, and postraumatic distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7 (3), 254-264.

Rutter, M. (1989). Intergenerational continuities and discontinuities in serious parenting difficulties. Dans D. Cicchetti et V. Carlson (dir.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.* New York: Cambridge University Press.

Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M. et Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development*, 64 (1), 169-187.

Scharf, M. et Mayseless, O. (dir.) (2007) Attachment and adolescence: Reflections and new angles. *New Directions for Child and Adolescent Development,* 117.

Schofield, G. et Beek, M. (2006) *Attachment handbook for foster care and adoption*. London: British Association for Adoption and Fostering.

Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36 (1), 9-30.

Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. et Blom, M. (1999). Unresolved loss and infant disorganization: Links to frightening maternal behavior. Dans J. Solomon et C. George (dir.), *Attachment disorganization* (p. 71-94). New York: Guilford Press.

Schuengel, C. et van IJzendoorn, M. H. (2001). Attachment in mental health institutions: A critical review of assumptions, clinical implications, and research strategies. *Attachment & Human Development*, 3 (3), 304-323.

Seifer, R. et Schiller, M. (1995). The role of parenting sensitivity, infant temperament, and dyadic interaction in attachment theory and assessment. Dans E. Waters, B. Vaughn, G. Posada et K. Kondo-Ikemura (dir.), Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60, 146-174.

Shaffer, A., Huston, L. et Egeland, B. (2008). Identification of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 32, 682-692.

Shonk, S. M. et Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology*, 37, 3-17.

Shonkoff, J. P. et Richmond, J. B. (2009). Investment in early childhood development lays the foundation for a prosperous and sustainable society. Dans *Encyclopedia on early childhood development* (p. 1-5). Repéré à: http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/669/investment-in-early-childhood-development-lays-the-foundation-for-a-prosperous-and-sustainable-society.pdf

Simard, V., Moss, E. et Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy*, 84, 349-366.

Simpson, J. A., Rholes, W. S. et Nelligan, J. S. (1992). Support-seeking and support-giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.

Slade, A., Bernbach, E., Grienenberger, J., Levy, D. et Locker, A. (2005). Addendum to reflective functioning scoring manual for use with the parent development interview. (Unpublished manuscript, City University of New York, New York)

Solomon, J. et George, C. (2011). *Disorganized attachment and caregiving.* New York: Guilford Press.

Sroufe, L. A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. Dans M. Perlmutter (dir.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology, Volume 16: Development and policy concerning children with special needs* (p. 41-81). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K. et Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11 (1), 1-13.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. et Collins, W. A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context. Dans K. E. Grossmann, K. Grossmann et E. Waters (dir.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (p. 48-70). New York: Guilford Press.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. et Collins, W. A. (2009). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adult-hood.* New York: Guilford Press.

Sroufe, L. A. et Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. Dans W. Hartup et Z. Rubin (dir.), *Relationships and development*. (p. 51-71). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Sroufe, L. A. et Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.

Sroufe, L. A., Schork, E., Motti, F., Lawroski, N. et LaFreniere, P. (1984). The role of affect in social competence. Dans C. E., Izard, J. Kagan et R. B. Zajonc, (dir.), *Emotions, cognition and behavior* (p. 289-319). Cambridge University Press: Cambridge.

Steele, H., Steele, M., Croft, C. et Fonagy, P. (1999). Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years. *Social Development*, 8 (2), 161-178.

Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflicts, and harmony in the family relationship. Dans S. S. Feldman et G. R. Elliot (dir.), *At the threshold: The developing adolescent* (p. 431-456). Cambridge: Harvard University Press.

Stovall, K. C. et Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and Psychopathology*, 12 (2), 133-156.

Stovall-Mcclough, K. C. et Dozier, M. (2004). Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Development and Psychopathology*, 16 (2), 253-271.

Streeck-Fischer, A. et van der Kolk, B. A. (2000). Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (6), 903-918.

Tambelli, R., Laghi, F., Odorisio, F. et Notari, V. (2012). Attachment relationships and internalizing and externalizing problems among Italian adolescents. *Children and Youth Services Review*, 34 (8), 1465-1471.

Taylor, C. (2010). A practical guide to caring for children and teenagers with attachment difficulties. London: Jessica Kingsley Publishers.

Teisl, M. et Cicchetti, D. (2008). Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems. *Social Development*, 17 (1), 1-23.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 25-52.

Thompson, R. A. (2008). Early attachement and later development: Familiar questions, new answers. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Hanbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2e éd.) (p. 348-365). New York: Guilford Press.

Thompson, R. A. (2011). The emotionate child. Dans D. Cicchetti et G. I. Roisman (dir.), *Minnesota Symposia on Child Psychology, Volume 36: The origins and organization of adaptation and maladaptation* (p. 13-54). New York: Wiley.

Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., Rogosch, F. A. et Maughan, A. (2000). Narrative representations of moral-affiliative and conflictual themes and behavioral problems in maltreated preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 307-318.

Toth, S. L., Manly, J. T. et Cicchetti, D. (1992). Child maltreatment and vulnerability to depression. *Development and Psychopathology*, 4 (1) 1992, 97-112.

Treboux, D., Crowell, J. A. et Waters, E. (2004). When "new" meets "old": configurations of adult attachment representations and their implications for marital functioning. *Developmental Psychology*, 40, 295-314.

Turner, H. A., Finkelhor, D. et Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38 (3), 323-330.

Van Den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65 (5), 1457-1477. doi: 10.1111/j.1467-8624.1994.tb00829.x

Van IJzendoorn, M. (2005). Attachement à l'âge précoce (0-5 ans) et impacts sur le développement des jeunes enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Repéré à http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=12331635617 96_1349133832_1914/attachement %20a %20l'age %20precoce.pdf

Van IJzendoorn, M. H. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.

Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. et Juffer, F. (2007). Plasticity of growth in height, weight, and head circumference: meta-analytic evidence of massive catch-up after international adoption. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28 (4), 334-343.

Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11 (2), 225-250.

Veltman, M. et Browne, K. (2001). Three decades of child maltreatment research: Implications for the school years. *Trauma, Violence & Abuse,* 2 (3), 215-239.

Viau, J. (réalisateur). (2001). *Métamorphose de l'attachement à l'adolescence : conférence de Boris Cyrulnik* [vidéo 2746]. Montréal : Hôpital Sainte-Justine.

Waters, E. et Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71 (1), 164-172.

Weems, C. F. et Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (7), 656-663.

Weinfield, N. S., Sroufe, L. A. et Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71 (3), 695-702.

Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. Dans C. M. Parkes and J. Stevenson-Hinde (dir.), *The place of attachment in human behavior* (p. 171-84) New-York: Basic Books.

Wolfe, D. A. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology* (Developmental Clininal Psychology and Psychiatry, Volume 10, 2e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Zanarini, M. C. et Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11 (1), 93-104.

Zeanah, C. H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 21 (3), 230-236.

Zimmermann, P. (1999). Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion. *Attachment & Human Development*, 1 (3). Repéré à http://dx.doi.org/10.1080/14616739900134161

Zimmermann, P., Maier, M., Winter, M. et Grossmann, K. E. (2001). Attachment and emotion regulation of adolescents during joint problem-solving with a friend. *International Journal of Behavioral Development*, 25 (4), 331-342.

Notes

Notes

