

Apports de l'intervention relationnelle en contexte de protection de l'enfant



Rapport final

Rendu le 21 février 2023

Déposé pour L'Observatoire National de la Protection
de l'Enfance



Camille Danner Touati, Ph.D
Université Paris Nanterre
Laboratoire CliPsyD EA 4430, Université Paris Nanterre

Karine Dubois-Comtois, Ph.D
Université du Québec à Trois Rivières
Groupe de recherche et d'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés

Aino Elina Sirparanta, étudiante en doctorat
Université Paris 8
Laboratoire Paragraphe EA 349, Université Paris 8

Chantal Cyr, Ph.D
Université du Québec à Montréal
Laboratoire d'Études sur le Développement de l'Enfant et sa Famille

Anne-Sophie Deborde
Université Paris 8
Laboratoire Paragraphe EA 349, Paris 8 University,

George M. Tarabulsy, Ph.D.
Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles École de
psychologie,
Université Laval

Raphaële Miljkovitch, Ph.D
Université Paris 8
Laboratoire Paragraphe EA 349, Université Paris 8,

Résumé en français

La maltraitance envers l'enfant est un des phénomènes les plus nuisibles à son développement global, en plus d'être très coûteuse pour la société. Considérant les conséquences graves et à long terme de la maltraitance, il est impératif de mieux intervenir auprès des enfants qui en sont victimes, en identifiant de manière précoce des cibles d'intervention adéquates et efficaces. Les travaux de recherche dans le domaine de l'attachement au cours des trois dernières décennies ont mis en lumière l'importance des relations parent-enfant dans le développement de l'enfant. Ces travaux ont amené chercheurs et professionnels à développer des stratégies d'intervention dont l'objectif est d'améliorer le développement des enfants à risque élevé, en ciblant directement la façon dont les parents interagissent avec leur enfant. L'équipe de recherche actuelle est une collaboration de chercheurs français et canadiens. Les chercheurs canadiens de l'équipe sont parmi les premiers à avoir démontré l'efficacité d'une intervention parent-enfant de courte durée, auprès d'enfants ayant été victimes de maltraitance, vivant avec leurs parents ou bien placés. Les résultats probants qui ont été obtenus ont d'ailleurs mené à l'implantation de cette intervention dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

L'objectif du projet de recherche est d'évaluer l'efficacité de cette intervention au sein du système de protection de l'enfance en France. En ayant recours à un protocole de recherche à essais randomisés, la recherche vise à vérifier si une telle intervention s'avère également efficace dans le système de soins français. Les premiers résultats préliminaires, montrent des améliorations significatives pour le groupe Intervention relationnelle (en comparaison avec le groupe contrôle) en ce qui concerne les problèmes de comportement de l'enfant externalisés et internalisés, le fonctionnement réflexif parental et le stress parental. Cette recherche a des implications importantes pour influencer les pratiques d'intervention et répondre aux besoins des enfants en protection de l'enfance. Une telle intervention pourrait éventuellement être implantée à plus large échelle en France.

Abstract

Child maltreatment is associated with deleterious consequences to the child's global development and generates substantial costs for society. Given the serious and long-lasting consequences of child maltreatment, it is essential to better intervene with maltreated children by focussing on effective intervention targets. Research on attachment over the past three decades has highlighted the importance of parent-child relationships in child development. This work has led researchers and professionals to develop intervention strategies aimed at improving the development of high-risk children by directly targeting the way parents interact with them. The ongoing research is a collaboration of French and Canadian researchers. The Canadian members of the research team are among the first to have demonstrated the effectiveness of a short-term parent-child intervention with children who have been maltreated, living with their parents or in out-of-home care. The significant results of their studies have led to the implementation of this intervention in the Quebec health and social services network. The objective of the present research project is to evaluate the effectiveness of this intervention within the child protection system in France. Using a randomized control trial research protocol, the research aims to verify whether such an intervention is also effective in the French child protective system. Preliminary results show significant improvements for the intervention group (compared to the control group) in externalized and internalized child behavior problems, parental reflective functioning, and parental stress. This research has important implications for intervention practices and addressing the needs of children in child welfare. Such an intervention could potentially be implemented on a larger scale in France.

Remerciements

Ce rapport a été rédigé pour le compte de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE). Nous remercions le comité scientifique de l'ONPE d'avoir soutenu notre recherche et des échanges constructifs lors des auditions. De même, nous soulignons le soutien de la Maison d'Enfants des Pressoirs du Roy, représentée par sa directrice, **Aurélié Fortin** qui a, d'une part facilité l'accès au public et aux informations nécessaires à la réalisation de cette étude, et d'autre part mis à contribution ses professionnels. Nos remerciements à Carole Côté, qui contribue avec sensibilité et engagement à la formation et supervision de l'équipe des intervenantes depuis la mise en place de la recherche. Nous profitons également de ce rapport pour remercier chaleureusement les professionnelles du pôle parentalité des Pressoirs du Roy pour leur enthousiasme et leur précieuse contribution à l'implantation de l'Intervention relationnelle.

Ce projet n'aurait pas été possible sans leur collaboration :

Intervenantes :

Léa Agostini
Stéphanie Brun
Jessica Clément
Léa Corroyer
Staëlle Dris
Sophie Girardot
Sandra Goncalves
Caroline Harreau
Michèle Houel
Prescilia Lasselin
Florence Lévèque
Séverine Pereira
Audrey Villain

Cheffes de service :

Marie Bourinel
Véronique Montagne

Psychologues :

Delphine De Winne
Suzie Surier
Aude Prilleux

Stagiaires Psychologues :

Julie Leviez
Aude Sordello

Et pour finir, bien sûr, les familles qui ont accepté de participer à ce projet.

Table des matières

<i>Résumé en français</i>	3
<i>Abstract</i>	4
<i>Remerciements</i>	5
INTRODUCTION GÉNÉRALE	8
Partie 1. Contexte théorique du programme de recherche	10
1.1 Les conséquences de la maltraitance sur le développement des enfants	10
1.2 L'attachement parent-enfant comme cible d'intervention privilégiée	11
1.3 Un programme d'intervention développé pour les enfants victimes de maltraitance	13
1.4 Proposition de recherche	14
Partie 2. Le programme de l'intervention relationnelle	14
2.1 Implantation de l'intervention relationnelle aux Pressoirs du Roy	14
2.2 Présentation du programme de l'intervention relationnelle (IR)	17
2.3 Formation des intervenants	18
2.4 Déroulement de l'intervention	20
2.4.1 Les cibles de l'intervention	23
2.4.2 La rétroaction vidéo : composante essentielle de l'intervention	25
2.4.3 Le renforcement positif : un changement de paradigme	26
2.4.4 Déroulement des séances supervisions	27
2.5 Illustration d'une intervention relationnelle	29
2.6 Apports de l'Intervention relationnelle en protection de l'enfance	33
2.6.1 Témoignage de deux intervenantes sur l'utilité de l'intervention relationnelle	34
2.6.2 Défis liés à la mise en place de l'Intervention relationnelle	35
Partie 3. Présentation de la recherche	37
3.1 L'objectif général et les hypothèses	37
3.2 Pertinence et retombées de la recherche	37
3.3 Démarche méthodologique	38
3.3.1 Participants	38
3.3.2 Procédure	38
3.3.3 Considérations d'ordre éthique	40
3.3.4 Description des activités des participants dans chaque condition expérimentale	40
Groupe IR (Intervention relationnelle)	40
Groupe contrôle (intervention habituelle) :	41
3.3.5 Description des instruments de mesures administrés à tous les participants	41
Schématisation des rencontres d'évaluation pré/post-test, des types de variables et des instruments	41
de mesure	41
3.3.5.1 Mesures relatives à la relation parent-enfant (prétest et post-test) (variables dépendantes et médiatrices)	42
3.3.5.2 Mesures relatives à l'enfant (prétest et post-test) (variables dépendantes, covariables ou modérateurs)	43
3.3.5.3 Mesures relatives au parent (variables dépendantes, covariables ou modérateurs)	44
3.4 Résultats	46

3.4.1 Stratégie d'analyse des données	46
3.4.2 Analyses descriptives	47
4. Discussion et pistes d'amélioration	64
4.1 Discussion	64
4.1.1 Caractéristiques de notre échantillon	64
4.1.2 Intervention relationnelle ou suivi usuel en protection de l'enfance	65
4.1.3 Fonctionnement réflexif parental	66
4.1.4 Stress parental	67
4.1.5 Problèmes de comportement	68
4.1.6 Perturbations familiales	69
4.1.7 Satisfaction liée à l'intervention	69
4.2 Conclusion	70
Références	72
Liste des figures	82
Liste des Tableaux	82
Liste des Annexes	83
Annexe 1 : certifications étiques	84
Annexe 2 : Formulaire de consentement	87
Annexe 3 : Questionnaire CBCL	91
Annexe 4 : Questionnaire CBCL	93
Annexe 5 : Questionnaire CHAOS	96
Annexe 6 : Questionnaire PRFQ	97
Annexe 7: Questionnaire ISP	98
Annexe 8 : Questionnaire CTQ	101
Annexes 9 : Tableaux complémentaires	104

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La maltraitance envers l'enfant est considérée comme un enjeu important de santé publique puisqu'il s'agit d'un des phénomènes les plus nuisibles à son développement global, en plus d'être très coûteuse pour la société (Santé publique France, 2019).

Des études effectuées sur plusieurs décennies démontrent que les enfants victimes de maltraitance sont les plus à risque de développer à court et à long terme des problèmes de santé mentale (pour un résumé, voir Dubois-Comtois et Cyr, 2017). Malgré ce constat, peu d'interventions visant directement à améliorer les besoins précoces de cette population vulnérable ont été développées et validées en France.

Des travaux récents dans le domaine de l'attachement ont démontré qu'une relation parent-enfant sécurisante est un socle à partir duquel l'enfant peut se développer de manière optimale/harmonieuse, et surmonter les difficultés dues aux expériences antérieures (Danner-Touati et al., 2021 ; Lowell et al., 2014). Ces travaux ont amené chercheurs et professionnels à développer des stratégies d'intervention dont l'objectif est d'améliorer le développement des enfants à risque élevé, en ciblant directement la façon dont les parents interagissent avec eux.

Plusieurs projets réalisés par les chercheurs canadiens de notre équipe ont démontré l'efficacité d'une intervention parent-enfant de courte durée : l'intervention relationnelle. Cette intervention est centrée sur les besoins d'attachement d'enfants, ayant été victimes de maltraitance (vivant avec leurs parents ou placés), pour accroître la sensibilité parentale et en retour, favoriser le développement des enfants (Cyr et al., 2012 ; Moss et al., 2011). Les résultats qui ont été obtenus ont d'ailleurs mené à l'implantation de cette intervention dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

L'objectif central de cette recherche est l'évaluation de l'efficacité du programme d'intervention relationnelle auprès d'enfants âgés de 12 mois à 7 ans, suivis dans un contexte de protection de l'enfance, afin de mieux intervenir auprès de cette population.

Ce rapport vise donc à présenter l'implantation du programme d'intervention relationnelle en contexte français de protection de l'enfance et les premiers résultats obtenus. Ce projet porté par le laboratoire Paragraphe de l'Université Paris 8 et trois universités canadiennes : l'Université du Québec à Trois Rivières, l'Université du Québec à Montréal et l'Université Laval, en partenariat avec La Maison d'Enfants des Pressoirs du Roy (Fondation Cognacq-Jay), est le fruit de deux années de travail de recherche sur le terrain, d'élaboration collective et d'accompagnement des équipes éducatives dans la mise en place de cette nouvelle pratique

d'intervention. Cette collaboration a permis la mobilisation de trois services d'accompagnement à la parentalité de la région de Seine et Marne qui se sont pleinement impliqués tout au long du processus de recherche, en permettant un accès privilégié à leur service et en favorisant la participation active et soutenue de leurs professionnels.

Dans notre première partie de rapport, nous présenterons le contexte théorique dans lequel s'insère notre recherche et, dans une seconde partie, le programme de l'intervention relationnelle et son implantation au sein du pôle parentalité des pressoirs du Roy. La troisième partie sera consacrée à la méthode de recherche utilisée, l'analyse des données et la discussion des résultats. Pour finir, la quatrième partie proposera des recommandations pour la pratique et des pistes pour de futures recherches.

Partie 1. Contexte théorique du programme de recherche

1.1 Les conséquences de la maltraitance sur le développement des enfants

En France, 2,2% des mineurs étaient suivis en protection de l'enfance en 2019, dont plus de la moitié étaient placés en famille d'accueil ou en institution, majoritairement pour des raisons de maltraitance (Observatoire national de la protection de l'enfance, 2021). De plus, de nombreuses études mettent en évidence des taux de prévalence de la maltraitance plutôt élevés en Europe : parmi les mineurs, 22,9 % seraient victimes d'abus physique, 29,2 % subiraient des abus émotionnels, 6,5 % de la négligence physique, alors que 13,5 % des filles et 5,6 % des garçons seraient victimes d'abus sexuel (pour une meta-analyse Stoltenborgh et al., 2015). Malgré cela, il n'existe aucune recherche montrant l'efficacité des interventions qui se pratiquent en protection de l'enfance en France visant à limiter les effets délétères de la maltraitance.

La maltraitance représente un traumatisme interpersonnel chronique pour l'individu et elle se définit chez l'enfant comme la commission ou l'omission d'actions par les figures parentales qui ont un impact néfaste sur sa sécurité et/ou son développement. (Dubois-Comtois & Cyr, 2017). Différentes formes de maltraitance sont répertoriées (négligence et abus physique, sexuel ou psychologique) et celles-ci coexistent fréquemment à l'intérieur des familles puisque près des deux tiers des jeunes font l'expérience de plus d'une forme de maltraitance (Kim et al., 2017). La maltraitance étant souvent perpétrée au sein même de la cellule familiale et à des périodes développementales critiques, ses conséquences sont nombreuses et touchent l'ensemble des sphères développementales de l'enfant.

Sur le plan socio-émotionnel, les enfants victimes de maltraitance présentent des trajectoires développementales perturbées et de grandes difficultés de régulation émotionnelle lesquelles ont été largement documentées dans les écrits scientifiques (voir Gruhn & Compas, 2020 ; Harms et al., 2019). En comparaison aux enfants tout-venant, les enfants victimes de maltraitance sont deux à trois fois plus susceptibles de présenter des problèmes de santé mentale (Maclean et al., 2019) et des revues systématiques des écrits ont montré, qu'à l'adolescence, ceux qui avaient été victimes de maltraitance dans l'enfance sont plus susceptibles de présenter des problèmes de santé mentale, d'abus de substance et un risque suicidaire (Gardner et al., 2019 ; Halpern et al., 2018 ; Miller et al., 2013). Une étude populationnelle depuis la naissance a montré pour sa part que la maltraitance dans l'enfance est associée à davantage de problèmes de santé mentale à l'âge adulte (Kisely et al., 2018).

Sur le plan neurocognitif, une étude épidémiologique réalisée sur 50 278 enfants américains âgés entre 0 et 21 ans montre que les enfants victimes de maltraitance sont plus susceptibles de présenter un retard intellectuel et des troubles d'apprentissage que leurs pairs non exposés à la maltraitance (Sullivan & Knutson, 2000). Ces enfants sont également en moyenne deux fois plus à risque de présenter un fonctionnement cognitif et des habiletés en lecture et en mathématique à un écart-type sous la moyenne de la population générale (Crozier & Barth, 2005). Parmi les habiletés cognitives de haut niveau, les enfants victimes de maltraitance présentent des scores plus faibles sur des tâches évaluant les fonctions exécutives en comparaison aux enfants d'un groupe apparié non-victimes de maltraitance (Fey- Strommback et al., 2017). La maltraitance dans l'enfance prédit également de manière significative des déficits des fonctions exécutives à l'âge adulte (Nikulina & Widom, 2013).

La documentation scientifique montre clairement que de mettre fin aux épisodes de maltraitance n'est pas suffisant pour soutenir le développement des enfants qui en ont été victimes (Cicchetti & Valentino, 2006). Ainsi, la sévérité des expériences passées d'abus et de négligence est liée, par exemple, à l'intensité des symptômes dépressifs (Humphreys et al., 2018) et du risque suicidaire des années plus tard (Danner Touati et al., 2021b). Les effets délétères de la maltraitance perdurent ainsi jusqu'à l'âge adulte. Les services de protection de l'enfance doivent donc trouver des stratégies efficaces et adaptées aux besoins de ces enfants dont la trajectoire développementale risque fort d'être perturbée.

1.2 L'attachement parent-enfant comme cible d'intervention privilégiée

Les travaux s'intéressant aux conséquences de la maltraitance ont permis d'identifier certains mécanismes clés qui favorisent ou limitent l'adaptation des enfants maltraités et l'attachement se trouve au cœur de ces mécanismes. Par ce fait, l'attachement constitue une cible privilégiée d'intervention précoce. Le concept d'attachement renvoie à la capacité du jeune enfant à être sécurisé et rassuré par son parent lorsqu'il se sent en détresse et, une fois la détresse résorbée, à retourner explorer son environnement (Cassidy, 2016). Selon la théorie de l'attachement, ce sont les comportements parentaux quotidiens, et plus particulièrement ceux produits dans les moments de détresse, qui sont à la base du développement des patrons d'attachement chez l'enfant. Lorsque le parent se montre sensible à la détresse de son enfant et qu'il y répond de manière rapide et efficace, il favorise le développement d'un patron d'attachement sécure et permet à son enfant de développer de bonnes capacités de régulation émotionnelle. À l'inverse, lorsque le parent fait preuve d'insensibilité dans la réponse aux

besoins de son enfant, il ne permet pas à l'enfant d'obtenir le réconfort nécessaire et de résorber efficacement sa détresse. Lorsqu'il est confronté à des comportements parentaux impuissants ou hostiles, l'enfant non seulement ne peut recourir à son parent pour être réconforté, mais de surcroît il se retrouve face à un paradoxe insoluble, celui de chercher réassurance auprès d'une personne qui suscite de la peur (Cicchetti & Doyle, 2016). Cette situation place l'enfant dans un état de stress chronique et mène au développement d'un attachement désorganisé (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016).

Une méta-analyse a montré que les enfants victimes de maltraitance présentent une proportion anormalement élevée d'attachement désorganisé (Cyr et al., 2010). L'attachement désorganisé étant associé à la présence de psychopathologie dans l'enfance et à l'âge adulte (Madigan et al., 2013, 2016 ; van Ijzendoorn et al., 1999), il peut constituer un mécanisme par lequel les enfants ayant vécu de la maltraitance développent des difficultés d'adaptation et des psychopathologies. Des études ont d'ailleurs confirmé le rôle médiateur de l'attachement dans le lien entre la maltraitance dans l'enfance et la présence de psychopathologie à l'âge adulte (Lowell et al., 2014 ; Muller et al., 2012 ; Rholes et al., 2016). Cet effet médiateur de l'attachement a également été démontré sur le lien entre la maltraitance et le risque suicidaire à l'âge adulte chez des individus ayant été placés dans l'enfance (Danner-Touati et al., 2021a).

Chez les enfants maltraités, la capacité d'obtenir du parent de la sécurité est généralement compromise, entravant du même coup la possibilité d'utiliser un tiers pour développer des stratégies de régulation émotionnelle adaptées. Or, en aidant le parent à mieux comprendre et répondre aux besoins de son enfant sur le plan émotionnel, il serait possible de favoriser la régulation émotionnelle des enfants dans un contexte où celle-ci a été compromise par des expériences antérieures de maltraitance. Des programmes d'entraînement parental orientés spécifiquement sur la qualité de la relation parent-enfant et favorisant des comportements parentaux plus sensibles aux besoins des enfants ont été développés afin d'améliorer la sécurité d'attachement des enfants maltraités et leur trajectoire développementale plus globale (ex., Bernard et al., 2012 ; Moss et al., 2011). Aujourd'hui, ces interventions figurent parmi les plus prometteuses. Des interventions fondées sur l'attachement dont l'efficacité a été prouvée (CAPEDP : Guédeney et al., 2013 ; Tereno et al., 2016, 2018) ou en cours d'étude (PANJO : Saïas et al., 2019) existent déjà en France. Cependant, ces études relèvent plus de la prévention auprès des familles tout-venant chez les très jeunes enfants (0-2 ans).

1.3 Un programme d'intervention développé pour les enfants victimes de maltraitance

Les chercheurs canadiens dans la présente équipe de recherche ont mis au point au cours des dernières années, une intervention relationnelle qui a été spécifiquement développée pour des enfants victimes de maltraitance et leur parent signalés aux services de la protection de l'enfance. Cette intervention nommée, *Intervention relationnelle (IR)* – ou *Attachment video-feedback intervention (AVI)* dans sa version anglophone – (Moss et al., 2011 ; Tarabulsky et al., 2014) est fondée sur les principes de la théorie de l'attachement et de la rétroaction-vidéo. Elle prend en considération les besoins spécifiques des enfants maltraités et se réalise en un court laps de temps.

Les chercheurs canadiens de l'équipe ont testé l'efficacité de cette intervention auprès d'enfants victimes de maltraitance avec une procédure de recherche à essais randomisés. Les résultats ont montré que les dyades bénéficiant de l'intervention relationnelle ont vu une augmentation du niveau de sensibilité parentale et des comportements d'attachement sécuritaire des enfants contrairement aux dyades du groupe contrôle (Cyr et al., 2020 ; Dubois-Comtois et al., 2017 ; Moss et al., 2011). Nous avons également observé une diminution de l'attachement désorganisé chez les enfants du groupe intervention relationnelle ainsi qu'une diminution des problèmes de comportement pour les enfants plus âgés, en comparaison aux enfants n'ayant pas bénéficié de cette prise en charge (Moss et al., 2011). Les résultats obtenus ont aussi montré que cette intervention est efficace pour améliorer le développement cognitif et moteur des enfants victimes de négligence parentale (Dubois-Comtois et al., 2017). De plus, les résultats ont indiqué que les parents présentant de meilleures capacités parentales au terme de l'IR étaient significativement moins susceptibles d'être à nouveau signalés aux services de la protection de l'enfance un an plus tard (Cyr et al., 2020). Aussi, les enfants ayant bénéficié de l'IR avec leur parent ont été moins fréquemment placés dans un milieu substitut que les enfants d'un groupe de comparaison ayant reçu les services habituels de la protection de l'enfance (étude comparant deux groupes non-randomisés ; Tarabulsky et al., 2019). Malgré l'efficacité de l'IR auprès des parents maltraitants, il est à noter que l'amélioration dans la sensibilité parentale s'est montrée moins marquée chez les parents ayant vécu des traumatismes plus sévères dans l'enfance (van der Asdonk et al., 2021).

Ces résultats soutiennent la pertinence de cibler les enjeux relationnels dans les interventions pour les enfants victimes de maltraitance et leurs parents et attestent de l'efficacité de l'IR, une intervention à court terme fondée sur l'attachement et adaptée aux besoins de cette population.

1.4 Proposition de recherche

Alors que les chercheurs font avancer les connaissances dans le domaine de la maltraitance et que les professionnels soutiennent les enfants qui en sont victimes, ces deux groupes travaillent le plus souvent séparément. Cette absence de collaboration, identifiée par Zeanah (2019) comme le « fossé science-clinique » dans le domaine de la maltraitance infantile, pose problème pour les deux milieux. Les chercheurs ont en effet tendance à tester des interventions en suivant des paramètres très stricts (population homogène et triée sur le volet, intervenants issus du milieu universitaire) qui ne tiennent pas compte de la réalité des milieux cliniques. Les professionnels de leur côté ont souvent peu accès aux interventions innovantes et aux plus récentes avancées scientifiques. Pour inverser cette tendance, dans le cadre de cette recherche, nous avons construit un partenariat fort entre les chercheurs et les professionnels sur le terrain afin de promouvoir l'expertise de chacun.

Partie 2. Le programme de l'intervention relationnelle

2.1 Implantation de l'intervention relationnelle aux Pressoirs du Roy



L'établissement accueille des jeunes dans le cadre de la Protection de l'Enfance depuis 1954, et en tant que Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) agréée par les services de

l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) depuis 1974. En 1985, l'établissement a créé un service innovant (Appartements-Relais) proposant une modalité de placement dans laquelle l'enfant (quel que soit son âge) est accueilli conjointement à son parent dans un appartement mis à disposition par l'institution le temps du placement. Cela s'adressait dans un premier temps essentiellement à des enfants et leur mère dans le cadre de dangers liés à des violences conjugales. Ce type de placement permettait de mettre l'enfant, le parent victime, à l'abri mais aussi de soutenir la mère pour qu'elle déploie ses capacités parentales altérées par la situation de violences. Progressivement, les prises en charge ont concerné des familles de plus en plus vulnérables avec des problématiques multiples et non plus uniquement des violences conjugales. Ce service s'adresse donc à des enfants qui, malgré une situation préoccupante, peuvent rester auprès de leur(s) parent(s) en apportant une sécurité matérielle (appartement) et un soutien éducatif très intense et continu. La pertinence de cette modalité de placement est évidemment réévaluée régulièrement au regard des changements opérés dans l'exercice de la parentalité. L'accueil, à l'origine exclusivement dédié aux mamans, a été étendu aux couples, aux pères seuls et aux familles recomposées.

En 2015, l'établissement a élargi son activité auprès des familles en difficulté avec la création du pôle parentalité, regroupant désormais trois services : le service des Appartements Relais, le service Action Familles et le service de l'Accueil Modulable. Le pôle est composé de :

- 2 cheffes de service éducatif ;
- 21 travailleurs sociaux ;
- 4 psychologues ;

Le service des « Appartements relais » exerce une mesure de placement (Ordonnance de Placement Provisoire ; OPP ou Accueil Provisoire ; AP). Il s'agit d'une modalité de placement dans laquelle l'enfant est accueilli avec son parent, dans un appartement mis à disposition par les Pressoirs du Roy. Cette modalité permet d'assurer la sécurité matérielle de la famille et de proposer un travail à partir de l'appartement sur la gestion concrète du quotidien par le parent (entretien, routines, alimentation, etc.). Le service accueille des enfants seuls ou des fratries avec leur parent dans 15 appartements. Le service accompagne principalement de très jeunes enfants et se spécialise dans l'évaluation des capacités parentales. La capacité d'accueil est de 26 places.

Le service d'Accueil Modulable exerce également une mesure de placement. Cette modalité se fait à partir du domicile des parents, avec une possibilité d'accueil temporaire du jeune sur la

Maison d'Enfants si la situation le nécessite. Le service accueille des enfants en moyenne plus âgés (i.e., 12 ans) que sur le service des appartements relais. Sa capacité d'accueil est de 36 mesures.

Et pour finir, le service Action Familles », exerce une mesure Éducative à Modalité Renforcée (AED-R) : mesure alternative au placement. Dans cette modalité d'accompagnement soutenu (3 interventions par semaine), les travailleurs sociaux interviennent principalement à partir du domicile familial. Sa capacité est de 60 mesures.

Les interventions classiquement proposées sur le pôle parentalité visent toutes à soutenir et accompagner les parents dans leur rôle parental, en s'appuyant sur leurs compétences. Ces familles ont toutes fait l'objet d'Information Préoccupante avant leur accompagnement. Il s'agit donc de diminuer voire faire cesser les comportements parentaux problématiques au sens où ils entravent ou altèrent le développement de leur enfant.

Les travailleurs sociaux interviennent dans la gestion du quotidien en prodiguant des conseils éducatifs. Ils soutiennent la relation parent(s)-enfant(s), notamment à travers des jeux ou temps partagés structurants. Par rapport à la vie quotidienne de l'enfant (rythme de vie, alimentation, soins, scolarité ou formation, vie sociale, ouverture à la culture et aux loisirs...), ils informent les parents sur les besoins de l'enfant et leur donnent des modèles positifs en les invitant à les reproduire.

Les trois services du pôle Parentalité ont en commun des interventions fréquentes (plusieurs fois par semaine) au sein du foyer familial et sur différents temps de la journée (matin, journée, soirée). Ils proposent également des entretiens individuels au parent mais aussi des rencontres individuelles à chacun des enfants, avec un support de médiation. Ces interventions sont complétées par des ateliers collectifs proposés à plusieurs familles, plusieurs enfants et/ou plusieurs parents. Selon les appétences et les compétences des professionnels des équipes, il peut s'agir de groupes à médiation (artistiques, ludiques, etc.), de temps d'accueil avec du jeu libre ou encore des activités plus structurées et centrées sur des questions éducatives.

Suite à une réflexion institutionnelle, l'équipe de direction de la Maison d'Enfants à souhaiter ancrer davantage ses pratiques dans les recherches les plus récentes et dans la lignée de la conférence de consensus de 2017 sur les besoins spécifiques des enfants en protection de l'enfance. Il s'agissait donc de mettre en place des interventions probantes afin d'améliorer le devenir du public vulnérable qu'elle accompagne. Consciente de l'apport majeur de la théorie

de l'attachement et des interventions qui en découlent, l'institution a œuvré pour la mise en place du programme de l'intervention relationnelle dans son pôle parentalité.

L'institution est impliquée dans le développement du projet de recherche et, est partie prenante de l'implantation de l'intervention et du transfert des connaissances dans les milieux professionnels. Cette recherche arrive à point puisque le gouvernement français a annoncé le 25 janvier 2019 la création d'un secrétariat d'État à la protection de l'enfance avec notamment pour objectif de renforcer la prévention et le suivi des enfants vulnérables.

Cette recherche répond donc aux objectifs du gouvernement et permet : (1) de proposer une intervention reproductible, ciblant l'amélioration de la relation parent-enfant et d'en évaluer l'efficacité ; (2) de documenter les bonnes pratiques en matière d'évaluation et de protection des enfants faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance (sans séparation avec les parents). Lorsqu'une mesure de protection de l'enfance est décidée, il est indispensable d'avoir accès à des programmes d'intervention visant à accroître la stabilité de l'enfant à l'intérieur de sa famille. Cette recherche est susceptible d'influencer les pratiques d'intervention et répondre aux besoins des enfants en protection de l'enfance. Une telle intervention pourrait être implantée à plus large échelle en France.

2.2 Présentation du programme de l'intervention relationnelle (IR)

En quête d'interventions fondées sur l'attachement et applicables pour la clientèle en protection de la jeunesse, différents projets pilotes ont démarré au Québec (Canada) auprès de clientèles vulnérables au tournant des années 2000 (Moss et al., 2002 ; Tarabulsy et al., 2000). Ce sont les résultats de ces projets pilotes et ceux de la méta-analyse exhaustive de Bakermans-Kranenburg, et al. (2003) qui ont pavé la voie à la manualisation d'une intervention de courte durée qui promeut la sensibilité parentale et utilise la rétroaction vidéo : l'Intervention relationnelle. Des interventions fondées sur l'attachement et utilisant la technique de la rétroaction vidéo avaient déjà été testées auprès de clientèles à risque (Moran et al., 2005), mais leur utilisation en contexte de protection de l'enfance était nouvelle. Dès 2003, une alliance de travail solide s'est développée entre une équipe en protection de l'enfance du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière et des chercheurs québécois du domaine de l'attachement (A. Bernier, C. Cyr, K. Dubois-Comtois, E. Moss, D. St-Laurent et G. M. Tarabulsy) afin d'élaborer le contenu de l'Intervention relationnelle, de conceptualiser un projet de recherche en protection de l'enfance et de le mettre en œuvre. Le projet de recherche, financé par le Centre national de la prévention du crime du gouvernement du Canada, en collaboration

avec le ministère de la Sécurité publique du Québec, s'est déroulé entre 2003 et 2006 auprès de dyades parent-enfant signalées en protection de l'enfance et dont les parents avaient la garde de l'enfant. Il vise à favoriser la sécurité d'attachement par l'augmentation des comportements positifs du parent envers les besoins de son enfant (Moss et al., 2011). Ce programme a été développé et mis en œuvre pour répondre aux besoins des services de la protection de la jeunesse du Québec. Cela a notamment été rendu possible par une subvention du Centre national de prévention du crime (CNPC), en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec et les Centres jeunesse de Lanaudière. Les preuves scientifiques de l'efficacité de ce programme au Québec de même que la satisfaction des intervenants qui l'appliquent dans leur pratique clinique en fait en sorte qu'il est maintenant bien implanté au Québec et est offert à diverses populations de parents et d'enfants vulnérables.

2.3 Formation des intervenants

Sur les 22 travailleurs sociaux du pôle parentalité des Pressoirs du Roy, onze ont été formés à l'intervention relationnelle par l'équipe canadienne (Pr Karine Dubois-Comtois, Pr Chantal Cyr). Les psychologues et les cheffes de service du pôle parentalité ont également suivi la formation, avec pour objectif de les sensibiliser aux interventions fondées sur l'attachement et aux pratiques sensibles aux traumatismes complexes. De plus, leur implication est un préalable indispensable pour pérenniser l'intervention sur le long terme (Dubois-Comtois et al., 2022).

Deux sessions de formation ont été dispensées :

- 21 heures en mars 2021 (service action familles et appartements relais)
- 21 heures en novembre 2021 (service d'accueil modulable)

Une troisième session a été organisée en novembre 2023 pour deux nouvelles intervenantes (remplacement). Ces formations ont permis aux intervenants de recevoir des connaissances à jour sur les effets de la maltraitance et du traumatisme complexe sur le développement de l'enfant. Ils ont pu développer une habileté à observer les comportements d'attachement des enfants ainsi que les comportements parentaux favorables tels que la sensibilité parentale et défavorables comme les comportements parentaux impuissants ou

hostiles. Enfin, ils ont été formés à toutes les étapes de l'intervention relationnelle afin de l'appliquer de façon autonome auprès des familles. Plusieurs études soulignent d'ailleurs l'importance de la formation des intervenants dans l'application réussie d'un programme d'intervention (Cicchetti et al., 2006). En effet, dans le cas des programmes d'intervention basés sur l'attachement et utilisant la rétroaction vidéo, les intervenants doivent posséder des connaissances approfondies dans les domaines de l'attachement, du développement de l'enfant et avoir une expertise dans l'observation des interactions parent-enfant (Oppenheim & Goldsmith, 2007). À l'issue de la formation, des séances de supervision à raison de 4 heures par mois (2h en visio avec l'équipe canadienne, 2h en présentiel avec le Dr Camille Danner Touati et Aude Prilleux, psychologue) sont réalisées depuis la mise en place des premières Interventions relationnelles. Les supervisions avec l'équipe canadienne se poursuivront jusqu'à la fin de la recherche. À noter qu'au terme de la recherche, pour répondre aux besoins cliniques du public vulnérable que nous accompagnons, l'ensemble des travailleurs sociaux du pôle parentalité sera formé à l'Intervention relationnelle, en vue de l'inscrire comme une pratique de référence pour travailler le soutien à la parentalité.

L'objectif de formation que nous nous étions donnés a été rempli avec succès. D'une part, les intervenants ont pu dès la fin des sessions de formation mettre en place l'Intervention relationnelle avec les dyades qu'elles accompagnent. D'autre part, le retour est très positif puisque les intervenants ont d'une part acquis les connaissances fondamentales sur les enjeux développementaux liés à la maltraitance qui orientent leur compréhension des situations. De surcroît, ils ont désormais la possibilité d'utiliser dans leur pratique une intervention structurée, adaptée aux besoins spécifiques des familles vulnérables et validée scientifiquement.

Au-delà des résultats, cette formation appliquée est un véritable changement dans les pratiques cliniques et apporte une méthode structurée, nécessaire dans le domaine de la protection de l'enfance. En effet, la pratique de l'Intervention relationnelle amène l'intervenant à modifier sa posture auprès du parent. L'intervenant doit chercher chez le parent des points positifs, en dépit d'un premier réflexe qui amène plutôt à constater les difficultés. Le fait même de reconnaître des forces au parent conduit l'intervenant à adopter une attitude de non-jugement et d'être moins directif, la relation est ainsi moins asymétrique, ce qui favorise l'instauration d'une relation de confiance. La philosophie de l'intervention relationnelle est de reconnaître que le parent est le spécialiste de son enfant. L'intervenant est un soutien, une base de sécurité, à partir de laquelle le parent apprendra à identifier et interpréter les besoins de son enfant, autrement dit exercer sa sensibilité. L'intervenant ne fait pas à la place du parent, comme cela peut être le cas dans des interventions plus classiques, il le soutient pour réfléchir et trouver ses propres

réponses ou solution dans sa relation avec son enfant. Ainsi, l'Intervention relationnelle offre une nouvelle perspective/avenue aux intervenants, habitués aux techniques de "modeling" pour guider les parents en leur montrant directement comment faire.

2.4 Déroutement de l'intervention

Plus concrètement, ce programme d'intervention comporte 8 rencontres à domicile (généralement) d'une durée approximative de 90 minutes chacune entre un intervenant et une dyade parent- enfant. Le contenu des rencontres est réfléchi en amont par l'intervenant en fonction des observations faites lors des rencontres précédentes mais aussi en fonction des besoins qu'il perçoit de la dyade parent-enfant. L'intervenant revisite d'une séance à l'autre son hypothèse relationnelle initiale. En effet, cette intervention structurée se déployant autour de la même séquence, favorise à la fois une approche flexible, répondant au besoin spécifique de chaque dyade tout en apportant de la sécurité par sa prévisibilité.

Chaque rencontre d'intervention est structurée en quatre parties : la discussion thématique, l'activité filmée, la rétroaction vidéo et la conclusion de la rencontre.

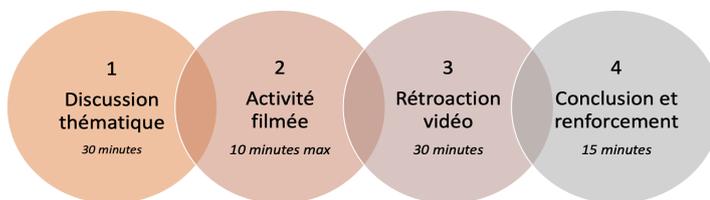


Figure 1. Structure de l'intervention

Discussion thématique d'environ 30 minutes. Ce temps de discussion peut s'inscrire dans le cadre d'un suivi déjà en place : l'intervenant connaît le parent et l'enfant, il pourra ainsi intervenir en fonction des enjeux et des besoins repérés dans la dyade. Dans d'autres cas, l'intervenant, le parent et l'enfant ne se connaissent pas beaucoup. Ce temps peut être utilisé alors pour échanger et pour que l'intervenant apprenne à mieux comprendre l'histoire du parent et de la dyade. Ce temps de discussion cible un sujet propre aux domaines de l'attachement et du développement de l'enfant. Ces sujets concernent divers aspects de la sensibilité parentale et varient selon l'âge des enfants. Par exemple, chez les jeunes enfants il pourrait être question de

l'importance de la relation lors des activités de soin de base (le change, bain) alors que chez les enfants plus âgés, la thématique de la discipline peut être davantage pertinente. Certaines thématiques transcendent les étapes développementales comme l'importance de maintenir un équilibre entre les besoins de proximité et d'exploration pour l'enfant. Pour aider le parent, l'intervenant peut prendre ancrage dans des situations concrètes afin de faire des liens entre les préoccupations du parent et les difficultés de l'enfant.

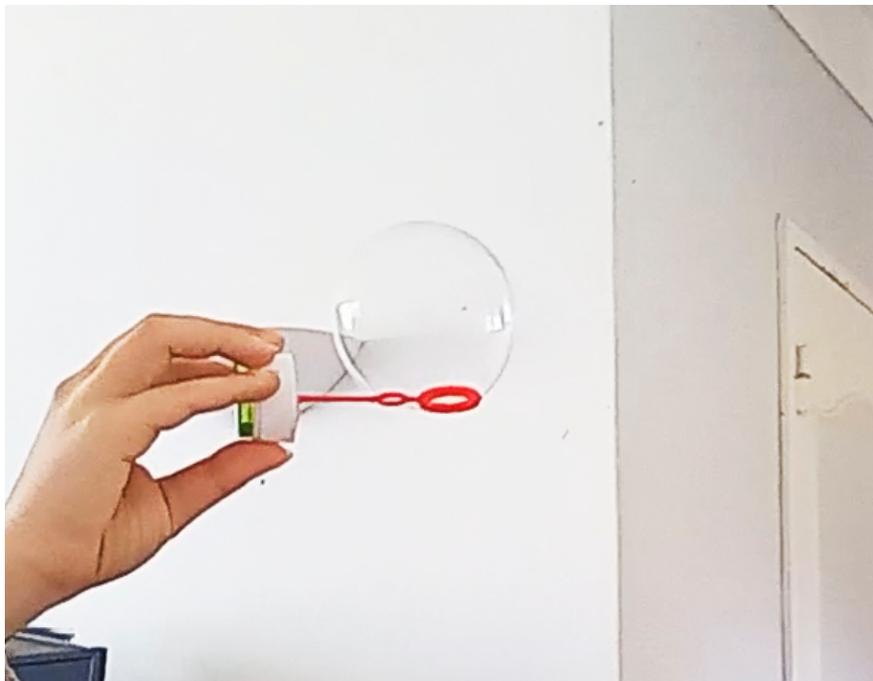
Activité filmée d'environ 5 à 10 minutes. En deuxième partie de la rencontre, on demande au parent de réaliser une activité d'interaction avec son enfant. Cette activité ou moment du quotidien, adapté à l'âge de l'enfant, est filmée et fera l'objet d'une rétroaction avec le parent. Pour les enfants plus jeunes, ces temps d'interactions pourront être plus courts. L'activité est choisie pour répondre aux besoins particuliers de la dyade et travailler ainsi certains aspects de la sensibilité parentale (par exemple, favoriser la recherche de proximité de l'enfant, la réciprocité, encourager le parent à suivre l'intérêt de l'enfant ...). L'activité est également adaptée aux capacités et intérêts du parent afin de promouvoir le plaisir et la communication. A chaque rencontre, l'intervenant transmet une consigne de jeu simple au parent (par ex : suivez votre enfant et décrivez ce qu'il fait ; accompagnez chaque geste d'une parole ...). Les activités et le contenu des discussions mère-intervenant sont variables et tentent de s'ajuster aux besoins de chaque dyade. Cependant, pour garantir la conformité du programme, une banque d'activités et de thèmes de discussion sont disponibles pour les intervenants dans un manuel d'intervention qui sert de matériel à partir duquel préparer les rencontres avec le parent (choix de la discussion, des activités, de la consigne en fonction des cibles d'interventions). Cela permet à la fois de rencontrer les objectifs du programme et de s'ajuster aux besoins des enfants selon leur niveau de développement.

Rétroaction vidéo d'environ 30 minutes. Après l'activité filmée, l'intervenant invite le parent à s'installer pour visionner le film de leur interaction. L'intervenant arrête la vidéo à des moments précis et fait part au parent de ses observations, tout en ciblant les comportements sensibles du parent et les moments de plaisir partagé. En plus de renforcer les conduites appropriées, l'intervenant peut également poser des questions ouvertes au parent pour susciter chez lui un questionnement et une réflexion sur ce qu'il observe de son comportement et de celui de son enfant pendant cette séquence d'activité. Ce temps de rétroaction permet au parent d'observer directement ses interactions avec son enfant afin de le rendre témoin de ses propres comportements ainsi que des signaux manifestés par son enfant.

Il peut également constater les effets positifs de ses comportements et verbalisations sur son enfant. Ce visionnement répété couplé avec la rétroaction de l'intervenant, aide le parent à prendre conscience de la signification et de l'importance de ses actions envers son enfant.

Conclusion et renforcement d'environ 15 minutes. Afin de clôturer la rencontre, un retour est fait au parent sur les thématiques travaillées et les avancées réalisées par la dyade. Le parent est vivement encouragé à reproduire l'interaction avant la prochaine rencontre afin de favoriser la généralisation des acquis en dehors des temps d'intervention.

La philosophie du programme et les attitudes à adopter par les intervenants sont clairement rédigées dans le manuel d'intervention. L'intervenant a donc une ligne de conduite à suivre et une structure sur laquelle s'appuyer qui sont toujours très claires. Tout de même, l'intervenant doit faire preuve de flexibilité et de jugement afin de pouvoir s'ajuster au besoin de chaque famille. De plus, un espace de supervision (bimensuel dans le cadre de la recherche) est proposé pour soutenir l'intervenant.



2.4.1 Les cibles de l'intervention

Les interventions effectuées auprès du parent visent à modifier la dynamique relationnelle déjà installée en renforçant les comportements sensibles du parent et, du même coup, en limitant ses comportements insensibles. Pour cela, l'Intervention relationnelle cible quatre axes relationnels qui viennent soutenir la relation d'attachement : le concept de sensibilité tel que défini par Ainsworth, la proximité, l'engagement et la réciprocité (ACJQ, 2014). Ces cibles (cf. figure 2) permettent à l'intervenant d'orienter avec plus de précision l'évaluation du grand concept de sensibilité et de proposer des pistes de travail pour la dyade.

La sensibilité parentale. La théorie de l'attachement et les travaux scientifiques qui en découlent ont montré l'importance de la sensibilité parentale sur la relation d'attachement parent-enfant. Les réponses du parent aux signaux de son enfant et la capacité de s'ajuster au rythme de celui-ci sont des caractéristiques essentielles de la sensibilité parentale (Ainsworth, 1982).

La proximité est la capacité de se rapprocher de l'enfant, tant du point de vue physique qu'affectif. La proximité de type physique est un aspect capital de la qualité des soins qu'un parent peut offrir (Desjardins et al., 2005). La fréquence et la durée des contacts corporels sont également des composantes importantes de la qualité de la relation (Ainsworth, 1982). Entre la naissance et l'âge de deux ans, des contacts physiques plus longs, chaleureux et fréquents entre le parent et son jeune enfant favorisent la sécurité affective. Évidemment, plus l'enfant grandit, plus la proximité doit s'ajuster aux besoins développementaux changeant. La proximité affective, elle, se traduit par la disponibilité psychique du parent pour l'enfant, mais également par sa capacité d'établir avec lui une relation intime (Desjardins et al., 2005). On peut la résumer par le fait que le parent se montre disponible pour son enfant et qu'il s'investit dans les activités du quotidien avec lui. Cela nécessite que le parent ne soit pas trop centré sur ses propres besoins.

L'engagement se caractérise par le sentiment de responsabilité du parent envers la sécurité et le développement de son enfant (Desjardins et al., 2005). Le parent engagé surveille son enfant en lui offrant un environnement adéquat et en le protégeant. Il exerce une discipline positive qui peut se manifester, par exemple, par l'utilisation d'un style d'encadrement positif. Enfin, il a

des attentes réalistes envers les capacités de son enfant et lui suggère des activités qui conviennent à son niveau de développement.

La réciprocité. Telle que définie dans l'Intervention relationnelle, elle désigne une communication mutuelle, la reconnaissance du caractère unique de l'enfant et le plaisir à être ensemble. Elle s'établit dès les premiers moments de vie. En effet, avec son bagage de compétences inné, le bébé est en mesure d'exprimer ses besoins et d'être actif dans la mise en place de l'interaction (Bell, 1977). L'enfant peut faire l'expérience d'être unique lorsqu'un parent reconnaît ses caractéristiques individuelles, ses goûts, ses intérêts, ses qualités, ses forces et ses limites. Desjardins et al. (2003) soulignent que pour établir une interaction réciproque, le parent doit bien connaître le tempérament de son enfant et sa façon de communiquer ses besoins. Le sentiment de plaisir à être ensemble est un dernier élément fondamental en lien avec la réciprocité. Puissant renforçateur, le plaisir solidifie la relation et contribue à l'intérêt du parent et de l'enfant à répéter les moments d'interaction agréables et amusants.

LES CIBLES D'INTERVENTION

● SENSIBILITÉ

- Détection des signaux de son enfant.
- Interprétation juste et appropriée des signaux de son enfant.
- Réponse adéquate et rapide aux signaux de son enfant.

● ENGAGEMENT

- Connaissance des stades de développement de l'enfant.
- Application des principes de la surveillance constante de son enfant.
- Application des principes et stratégies de la discipline positive.
- S'intéresser à ce que son enfant fait, lui accorder de l'importance.

● PROXIMITÉ

- Contacts physiques affectueux, respectueux, fréquents et de longue durée avec son enfant.
- Contacts physiques réconfortants avec une attention particulière dans les moments de détresse.

● RÉCIPROCITÉ

- Connaissance des préférences et caractéristiques de son enfant.
- Initiation d'interactions avec son enfant et ajustements en fonction de ses préférences et de ses caractéristiques.
- Contribution équilibrée du parent et de son enfant à l'échange, au tour de parole : Collaboration.



Figure 2. Cibles d'intervention (Communauté montréalaise sur l'Attachement et l'intervention RElationnelle, 2018) 1

2.4.2 La rétroaction vidéo : composante essentielle de l'intervention

Une des composantes essentielles de l'Intervention relationnelle est le recours à la rétroaction vidéo d'une interaction parent-enfant à chacune des visites à domicile. D'après Stern (1997), la vidéo constitue un moyen efficace pour devenir un meilleur observateur. Elle permet de bien capter les différents aspects de l'interaction (la capacité du parent à percevoir, à répondre aux sollicitations de l'enfant, à leur régulation comportementale et émotionnelle respective, etc.), en se focalisant à la fois sur l'enfant, le parent et le rythme des échanges. Cette observation vidéo permet de répondre à la question essentielle que l'on se pose avec l'Intervention relationnelle : « Est-ce que le comportement du parent répond au besoin de l'enfant ? ». Pour Stern (1997), les professionnels doivent connaître les processus impliqués dans l'interaction en vue de réaliser de bonnes observations. Cette connaissance des besoins sous-jacents est encore plus importante pour un parent qui s'occupe de son enfant en continu (Larin, 2002). Un des grands avantages de la vidéo est son caractère instantané (Clark et Seifer, 1983 ; Stern, 1997). On peut voir, faire une pause, revoir ce qui s'est passé, les effets des agissements du parent sur les comportements de l'enfant, réfléchir sur « *comment faire autrement* » et surtout être valorisé lorsque cela produit une interaction positive avec l'enfant. Ce type d'intervention favorise la répétition de comportements appropriés qui se retrouve déjà dans le répertoire du parent.

Le *vidéo feedback* est un moyen d'apprentissage efficace pour travailler les forces du parent qui grâce à cette mise à distance facilite la prise de conscience. Cette méthode est utile pour approfondir le processus d'observation des interactions telles qu'elles se déroulent dans la réalité (Stern, 1997). Selon Zelenko et Benham (2000), l'usage de la vidéo représente une avenue de discussion, produisant un effet de distance qui permet une observation impossible à réaliser autrement. L'utilisation du *vidéo feedback* est aujourd'hui un moyen privilégié dans les interventions centrées sur l'attachement (e.g., Juffer et al., 2008)

Le rôle de l'intervenant dans ce processus est de soutenir le parent dans ses observations. Il facilite l'observation par ses remarques et questions pendant la rétroaction. L'intervenant aide le parent à faire confiance à ses propres observations et à réfléchir à des hypothèses pouvant expliquer les comportements de l'enfant. Ce faisant, il soutient les processus de mentalisation du parent.

Puisque l'utilisation de la vidéo ne permet pas au parent de se rabattre sur certaines défenses, il se retrouve alors davantage vulnérable. Il est donc important que l'intervenant soit soutenant

pour que cette expérience soit positive et non fragilisante. Ainsi, lors du *vidéo feedback*, l'intervenant doit :

- ❖ soutenir les interactions adaptés des dyades parent-enfant,
- ❖ aider le parent à observer, et percevoir les manifestations de l'enfant,
- ❖ aider le parent à trouver ses propres réponses
- ❖ réparer les accrocs relationnels

2.4.3 Le renforcement positif : un changement de paradigme

Cette stratégie d'intervention repose sur le renforcement positif et la valorisation du parent pour augmenter son répertoire de comportements adaptés durant la séance d'Intervention relationnelle, mais aussi en vue de l'encourager à reproduire ces comportements dans différents moments du quotidien.

En effet, mettre l'accent sur les forces du parent en soulignant les comportements positifs, contribue à augmenter les interactions favorables pour la dyade et à amener une prise de conscience chez le parent de l'impact de ses gestes sur le développement de son enfant. Expérimenter des interactions positives est déjà en soi un point fort pour l'enfant qui en tire profit. Toutefois, il ne s'agit pas de nier les difficultés du parent mais plutôt de lui montrer qu'il est aussi capable de bien faire avec son enfant et d'apprendre qu'il a les ressources pour faire autrement sans souligner les aspects négatifs. L'intervenant n'occulte pas les comportements négatifs, il les observe. Ils vont lui servir à structurer les rencontres suivantes en vue de faire évoluer le parent sur certains aspects, par l'exemple lors d'une prochaine discussion thématique et/ou dans le choix de la consigne. Une fois en confiance, l'intervenant peut questionner le parent sur des situations plus négatives qu'il observe sans le confronter directement. Il pourra ainsi l'amener à s'observer, se remettre en question et utiliser son nouveau répertoire de comportement pour réparer la relation avec son enfant.

Le renforcement positif favorise la mise en place d'une relation de confiance avec le parent, prérequis nécessaire au bon déroulement de l'intervention. D'autant plus, qu'il s'agit de parents qui ont été régulièrement ciblés en raison des difficultés à tenir leur rôle de parent. Ils ont donc souvent une piètre opinion de leurs capacités parentales et sont généralement méfiants à l'égard des professionnels de la protection de l'enfance. Reconnaître les compétences du

parent et adopter une attitude de non-jugement tranche souvent avec les expériences antérieures du parent. L'intervenant qui est, lui aussi, amené à exercer sa sensibilité devient une base sécurisante pour le parent qui apprend à explorer et interpréter les comportements et les intentions de son enfant. Cette attitude bienveillante de l'intervenant amène une plus grande collaboration du parent qui est plus à même de reconnaître les difficultés qu'il rencontre dans son rôle parental et peut s'engager plus durablement vers un changement.

2.4.4 Déroulement des séances supervisions

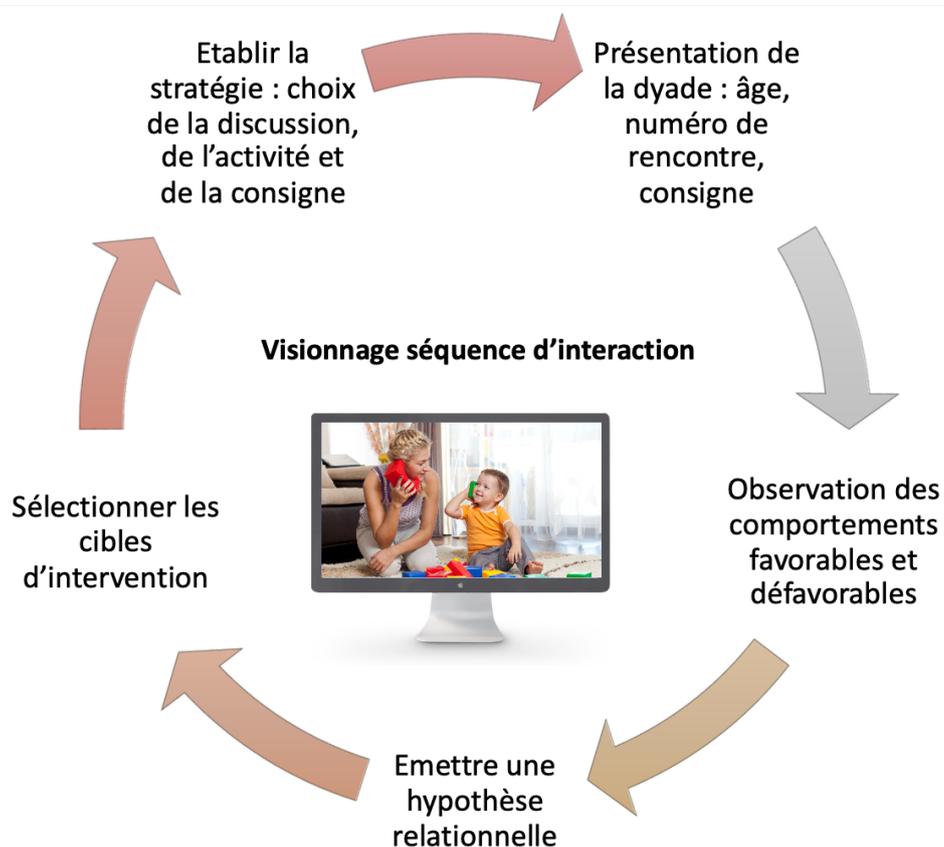


Figure 3 : Etapes lors de la supervision 1

De la supervision clinique est offerte, de différentes façons : des rencontres de groupe en visioconférence et des rencontres de groupe et individuelles sur le site des Pressoirs du Roy. Le but était de s'assurer que l'intervention se fasse dans le respect du protocole établi, pour aider les intervenants dans l'application du programme et leur fournir le soutien nécessaire que

requiert ce genre de travail. Il favorise l'acquisition des compétences requises pour réaliser l'intervention.

En parallèle du suivi dispensé par l'équipe canadienne, des temps de supervision en interne ont été mis en place depuis le début de la formation. L'objectif étant d'assurer une formation continue et le développement de l'expertise au sein de l'institution afin de pérenniser la pratique de l'Intervention relationnelle qui à terme, avec la formation de l'ensemble du personnel sera une pratique de référence pour soutenir la relation parent-enfant.

La supervision est une partie essentielle du programme puisque chaque intervenant peut, à partir de la vidéo d'une dyade avec laquelle il pratique cette intervention, avoir une rétroaction et profiter des observations et des apports formulés par le superviseur et les autres intervenants. La formation théorique, seule, ne peut suffire pour assimiler la méthode, les aptitudes à observer très finement des interactions et à faire des liens constants avec la théorie de l'attachement. Les séances de supervision, comme l'ensemble du programme, sont structurées en plusieurs étapes :

Un intervenant présente une séquence d'interaction filmée d'une dyade. Il est invité à donner l'âge de l'enfant, le numéro de la rencontre et la consigne.

Ensuite, le groupe donne ses observations des comportements du parent et de l'enfant et de leur communication. Il s'agit de noter les comportements favorables et également les comportements défavorables qui vont guider la suite de l'intervention. En effet, lors de cette étape on se questionnera sur ce qui pourrait amener le parent à ne pas détecter les comportements manifestés par son enfant (e.g., est-il disponible aux signaux ? Interprète-t-il correctement les signaux ? Est-ce que le parent juge que ce n'est pas nécessaire de répondre ? Est-ce que le parent pense que l'enfant est capable de répondre lui-même à ses besoins ?)

Une fois l'interaction minutieusement analysée, le groupe propose une hypothèse relationnelle quant à l'attachement de l'enfant (sécure, évitant, ambivalent, désorganisé), envers son parent en précisant quels sont les comportements qui soutiennent cette hypothèse. Cette hypothèse pourra être précisée et révisée au fil des rencontres.

L'intervenant précise les moments qu'il a valorisé lors de la rétroaction vidéo et comment le parent les a accueilli et compris. On mène alors une réflexion sur les comportements qui pourraient être renforcés auprès du parent, autrement dit ce qui serait de nature à favoriser la sécurité pour l'enfant. À l'issue de ce processus de réflexion, se dessine un portrait relationnel de la dyade et quels sont les objectifs d'intervention à cibler.

Dans cette dernière partie, l'intervenant est guidé dans le choix des activités interactives qu'il pourrait proposer en fonction des besoins repérés et quels seraient les thèmes de discussion clés à aborder. Enfin une attention particulière est apportée aux choix de la consigne pour soutenir le parent dans la rencontre des objectifs de travail fixés ou les aspects qui doivent être modifiés chez le parent.

2.5 Illustration d'une intervention relationnelle

Afin d'illustrer concrètement l'utilisation de l'IR dans l'accompagnement des familles en difficultés, nous présentons une vignette clinique. Nous avons anonymisé la situation en modifiant certains éléments.

Solange est une maman de 4 enfants. Elle bénéficie du programme IR pour sa dernière fille Louisa âgée de 13 mois. La famille est suivie depuis un an environ, dans le cadre d'une mesure éducative à domicile, pour des problèmes de santé mentale de Solange, d'une absence régulière du père, d'un logement encombré et de comportements inadaptés (agressivité, opposition) du fils aîné au domicile et à l'école.

Des observations inquiétantes concernant l'état émotionnel de Solange et son indisponibilité pour s'occuper de Louisa amène à lui proposer l'Intervention relationnelle.

L'intervenante et la maman se connaissent déjà ce qui facilite l'adhésion de Solange, déjà en confiance.

Avant la première rencontre du programme IR, l'intervenante a pris le temps de décrire l'intervention, expliquant que de nombreux parents l'avaient expérimentée et que l'objectif général du programme était d'aider les parents à comprendre leurs enfants et à agir avec eux dans différentes situations. Solange est partante pour tester cette nouvelle manière de faire qui lui paraît « plus concrète » que ce qui lui avait été proposé jusque-là. L'intervenante remarque que Solange est rassurée par le caractère structuré de l'intervention et par le fait qu'on l'intervenante la renforce positivement pour ses forces dans la relation avec son enfant.

Intervention relationnelle 1 « faites comme d'habitude »

La première discussion avait pour thématique la venue au monde de Louisa, période de grande vulnérabilité pour Solange qui a fait une dépression post-partum. Ce fut un temps de discussion chargé émotionnellement, Solange a été authentique malgré la difficulté de revenir sur cette

période douloureuse. Ensuite, l'intervenante a proposé une courte tâche d'interaction pour aider Solange à s'habituer à être filmée. L'intervenante invite Solange et Louisa à s'installer sur le tapis d'éveil dans l'espace de jeux de l'appartement avec des livres et des petits cubes et donne comme consigne de faire « *comme d'habitude* ». Mère et fille sont assises côte à côte sans toutefois se regarder. Solange sort frénétiquement de nombreux jouets qu'elle présente à Louisa sans attendre qu'elle puisse les manipuler. Le rythme est rapide, Solange se montre contrôlante et ne laisse pas Louisa explorer. Elle intervient constamment bloquant les gestes de Louisa qui, en retour, l'évite activement et s'éloigne dès qu'elle en a l'occasion. La proximité n'est pas confortable, Louisa ne regarde jamais sa mère et reste le plus souvent dos à elle. L'observation de ce premier temps d'interaction laisse une sensation de malaise à l'intervenante. Lors de la rétroaction elle choisit de renforcer deux moments : lorsque Solange chantonne doucement en réponse à l'intérêt de sa fille pour un petit livre musical et un second lorsqu'elle regarde sa fille se diriger vers des animaux et lui en tend un en disant « ils te plaisent ? ». L'intervenante souligne l'importance d'être attentive à Louisa, que c'est ainsi qu'elle va développer un sentiment d'être importante et d'avoir de la valeur. Elle valorise d'avoir soutenu l'exploration de Louisa. Elle questionne également Solange sur ce qu'elle ou Louisa faisaient ou ressentaient durant l'activité.

Lors de cette première rencontre, l'intervenante a identifié différents éléments (forces et difficultés) qui vont l'aider à structurer les rencontres suivantes. Premièrement, Solange intervient constamment en se montrant contrôlante (bloque les mouvements) voire intrusive (prend la main, les doigts, touche le visage) ce qui empêche l'exploration de Louisa et entraîne un évitement actif de la proximité. Deuxièmement, Solange ne perçoit pas les réactions de peur (face à un jouet trop bruyant) et l'inconfort qu'elle manifeste à plusieurs reprises, ce qui indique une insensibilité. Pour rappel, il s'agit de la compétence du parent à comprendre, interpréter et répondre aux signaux de l'enfant. Cette compétence est d'autant plus cruciale dans les situations où l'enfant ressent de la détresse comme manifestée par Louisa. L'intervenante a également été interpellée par l'absence de regard et la fuite du contact. Même si l'évitement est évident au premier plan, l'intervenante fait l'hypothèse relationnelle des prémices d'un attachement désorganisé puisque Solange peut-être la source de la détresse de Louisa. Ceci s'observe notamment lors de la séquence avec le chien musical où Louisa « fige » et ne se tourne pas vers sa mère pour obtenir du réconfort. Cette détresse entraîne une dysrégulation émotionnelle et comportementale, qui va au-delà de l'évitement.

L'intervenante souhaite dans un premier temps amener Solange à être plus sensible, c'est-à-dire l'amener à observer les signaux de Louisa pour y répondre. L'intervenante remarque

rapidement qu'il y a un écart important entre le discours de Solange qui peut dire de façon « intellectualisée » ce que sont les besoins de son enfant et quel est son rôle en tant que mère et ce qui se passe réellement dans les interactions. Elle note que la rétroaction vidéo a d'autant plus tout son intérêt pour travailler sur les comportements parentaux observables et non pas sur le discours parental.

Intervention relationnelle 2-3 *Cible d'intervention : la sensibilité*

Pour ces deux rencontres, les discussions étaient respectivement : 1) la qualité des premiers contacts et 2) le confort et la sécurité physique de l'enfant. Solange est très participative lors des discussions. Elle est à l'écoute et semble en saisir l'importance pour le développement de sa fille.

Les activités choisies (jeu du coucou et chansonnette) et les consignes données lors de ces deux rencontres ont visé à favoriser les capacités de Solange à observer les réactions/manifestations de Louisa tout en invitant Solange à prendre son temps s'assurer que sa fille et elle sont confortables. Pendant ces deux séances, elles sont positionnées face à face. Solange cherche le regard de sa fille. L'intervenante observe que Solange a beaucoup de mal à s'abstenir d'être intrusive et à contrôler l'interaction. Dans l'IR 2, il y a peu de moment positif. L'intervenante valorise toutefois l'engagement constant de Solange qui s'intéresse à Louisa, lui parle doucement et lui fait des retours positifs (petits noms, compliments ...). Elle fait l'hypothèse d'une difficulté liée à la capacité de Solange à supporter les expressions émotionnelles de sa fille et à les réguler. Le choix de l'activité avec un contact face à face direct lui semble un peu prématuré. L'IR permet à l'intervenant d'ajuster ses stratégies à chaque séance en fonction de l'évolution de la dyade. Dans l'intervention suivante construite autour des chansonnettes – une activité sollicitant moins le contact visuel direct – Solange et Louisa sont plus confortables.

Intervention relationnelle 4 à 6 *Cible d'intervention : sensibilité et proximité*

Ces trois rencontres d'intervention avaient pour objectif de cibler les comportements de contrôle et d'intrusion toujours présents, tout en poursuivant le travail autour de la sensibilité. Les sujets de discussions étaient orientés sur les ressentis de l'enfant en lien avec les actions des parents. Solange était très attentive, tout particulièrement avec la thématique des ressentis. L'intervenante a pris soin d'illustrer par des exemples concrets : « *Mettez-vous à la place de Louisa lorsque vous la changez sans dire un mot. Que pensez-vous qu'elle ressent ?* ». ». L'intervenante avait en effet repéré que Solange rencontrait des difficultés à percevoir ses

propres émotions et lors des discussions, elle a proposé à Solange de faire sans cesse des allers-retours entre ses ressentis propres et ceux qu'elle pouvait percevoir chez sa fille.

Les activités étaient des jeux libres pour l'IR 4 et l'IR6 et un temps de lecture pour l'IR5 avec les consignes suivantes : « *Suivez Louisa et attendez qu'elle vous sollicite* » (IR4) et « *suivez Louisa et décrivez ce qu'il se passe* » (IR5 et IR6). Ces interventions illustrent l'intérêt/l'importance de bien choisir la consigne pour mettre à la fois le parent en réussite, mais aussi de l'amener à franchir de nouvelles étapes. En amenant Solange à être moins interventionniste, à ralentir son rythme sans pour autant la confronter en lui demandant de manière plus directe (par ex : « *arrêter de contrôler votre fille* »), Solange a pu s'apercevoir que Louisa venait plus facilement vers elle : le visionnage devient en lui-même un renforçateur. L'intervenante a également valorisé tous les moments plus ajustés au rythme de Louisa (parle avec une voix douce, se met à la hauteur de Louisa), et lorsqu'il n'y avait pas d'entrave à l'exploration. Évidemment, elle a poursuivi le travail autour de la sensibilité en questionnant Solange sur ce qu'elle observait et comprenait en arrêtant la vidéo sur des moments clés. À l'issue de la 6ème intervention, l'intervenante perçoit toujours des moments où l'ajustement n'est pas optimal et le rythme trop rapide. Toutefois, les séquences positives plus fréquentes et plus soutenues attestent de la consolidation des compétences liées à la sensibilité (observation et réponses).

Intervention relationnelle 7-8 *Cible d'intervention : sensibilité et proximité*

Dans ces deux dernières interventions, l'intervenante a souhaité poursuivre le travail engagé autour de la sensibilité et de la proximité.

Les thèmes de discussion étaient le développement de l'enfant et la compréhension des émotions.

Les activités choisies étaient des cubes et un livre avec les consignes : « *Accompagnez Louisa dans ses découvertes en intervenant que lorsqu'elle vous sollicite* » et « *Nommez ses émotions à Louisa pendant le jeu* ». Solange ajuste de plus en plus son rythme pour s'accorder à celui de sa fille. Elle constate par elle-même à quelques reprises qu'elle va trop vite et elle se réajuste aussitôt. Dans la rétroaction vidéo, l'intervenante renforce cette compétence qui commence à s'inscrire dans le temps chez Solange. On constate en visionnant ces dernières séquences d'interactions des moments où Solange retient des gestes « contrôlants ». Ces sont de belles occasions de discussion lors de la rétroaction pour à la fois valoriser le fait qu'elle n'intervient plus de la même manière et questionner sur le sens qu'elle y met. Avec la consigne sur les

émotions, Solange attribue des états mentaux à Louisa qui lui répond par des regards, sourires et des petits mots. Ces moments de plaisir partagé sont plus fréquents, les gestes plus doux avec moins de contrôle. Louisa évite de moins en moins le regard de sa mère même si elle se positionne rapidement dos à elle lorsque les gestes sont trop rapides. Louisa peut désormais se rapprocher de sa mère pour chercher du soutien, ce qui souligne des moments de sécurité plus fréquents et une désorganisation moins massive.

Cette intervention est considérée comme un succès, puisque différents éléments positifs sont présents. On peut noter un prérequis important : l'engagement de Solange dans toutes les interventions et son envie de poursuivre au-delà des 8 séances avec Louisa en plus de souhaiter en faire l'expérience avec sa fille âgée de 5 ans. Cela témoigne du bénéfice qu'elle y trouve. Du côté de Louisa, elle utilise de plus en plus sa mère comme une base de sécurité à partir de laquelle elle peut explorer l'environnement et comme figure de soin plus rassurante lorsqu'elle éprouve de l'inconfort. L'intervenante a constaté que Louisa se tournait plus vers elle que vers sa mère pour être rassurée au début de l'intervention et que dorénavant, Louisa s'oriente davantage vers sa mère. Ce point est important puisque Solange se sentait facilement rejetée par Louisa et dévalorisée par le fait que sa fille sollicite beaucoup l'intervenante. Solange est donc très touchée par ce changement.

Au vu du souhait de Solange de poursuivre, les prochaines interventions proposées s'articulent autour des moments du quotidien (bain, change, repas ...). Un des axes que souhaite travailler l'intervenante avec cette dyade est la prévisibilité : l'importance d'accompagner par la parole les gestes du quotidien. Un point fort de cette intervention est qu'elle permet d'observer dans le milieu naturel (milieu de vie) la relation parent-enfant et donc de pouvoir proposer des interventions concrètes en tenant compte de la réalité de la dyade (fratrie, taille du domicile, aménagement de l'espace, présence d'animaux ...).

2.6 Apports de l'Intervention relationnelle en protection de l'enfance

Les intervenants bénéficient d'un encadrement soutenu et de qualité. Ils se disent majoritairement satisfaits de cette nouvelle pratique qui présente l'avantage d'être structurée et permet un travail concret et objectif sur la relation parent-enfant. Ces nouvelles compétences leur permettent également d'affiner leurs évaluations des situations suivies au-delà de l'Intervention relationnelle. Ils perçoivent, d'un point de vue clinique, un changement dans leur pratique qui entraîne des effets positifs au niveau de la relation avec les parents, mais aussi dans

la relation parent-enfant.

Les intervenants soulignent une mobilisation plus facile des parents résistants. D'une part ils proposent un travail concret, plus facile à se représenter pour le parent et d'autre part on met en avant ses points forts, ce qui permet plus facilement de faire tomber les défenses. Ces parents ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance, ont bien souvent eu peu d'occasions de vivre une expérience relationnelle positive dans laquelle on met en avant leur force. Les parents sont ainsi plus engagés. Par exemple, certains parents réfléchissent d'une semaine sur l'autre à l'activité qui pourrait être faite, reviennent sur un temps de discussion ou de rétroaction ...). Les retours des parents majoritairement positifs confirment l'apport de l'Intervention relationnelle, certains rapportent être plus à l'aise et serein puisqu'ils connaissent le processus grâce à la structure de l'intervention et comprennent quelles sont les attentes (consignes claires, objectifs concrets, film pour soutenir la compréhension ...). Certains d'entre eux demandent à refaire l'intervention avec leurs autres enfants (non inclus dans la recherche) ou souhaitent poursuivre au-delà des 8 rencontres, ce qui montrent leur adhésion au processus thérapeutique proposé et l'effet positif de cette intervention sur eux. Les mêmes constats ressortent de l'expérience au Québec en protection de l'enfance. Il semble exister un consensus sur les effets bénéfiques de l'Intervention relationnelle auprès des familles en situation de grande vulnérabilité, d'autant plus qu'il existe très peu de programmes pour accompagner les parents d'enfants suivis dans ce contexte de protection. L'Intervention relationnelle représente donc une modalité clinique pertinente pour les intervenants.

2.6.1 Témoignage de deux intervenantes sur l'utilité de l'intervention relationnelle

Caroline, éducatrice spécialisée et éducatrice de jeune enfant sur le pôle parentalité des Pressoirs du Roy depuis 3 ans. Formée à l'Intervention relationnelle depuis bientôt 2 ans, elle nous offre son témoignage de son expérience avec Solange et Louisa (voir illustration clinique 2.5)

« Au cours de la mise en place du programme de l'Intervention relationnelle, j'ai vu un changement au niveau de ma posture professionnelle : je suis passée d'une position de vigilance, dans laquelle on conseille le parent à une position plus collaborative, focalisée sur les interactions de la dyade. J'utilise pour illustrer ce changement, l'image du phare qui balaie la relation - au focus de l'appareil photo qui vient cibler un point précis. J'ai pu mettre au travail

de manière concrète lors de la rétroaction vidéo, les cibles à améliorer (sensibilité, proximité...) en renforçant Solange.

Mes interventions sont bien plus portées à considérer le parent comme l'acteur principal. Avec cette nouvelle position soutenant les forces de Solange, j'ai pu constater d'une part la force du renforcement positif qui a fait grandir sa confiance en notre relation et par là même en elle. D'autre part, je l'ai observé prendre davantage d'assurance, comprendre l'effet de ses agissements sur Louisa, et identifier plus facilement les signaux émis par sa fille pour y répondre plus spontanément. Pour moi, l'Intervention relationnelle est une vraie feuille de route avec laquelle on ne se perd pas dans le fonctionnement familial. »

Léa, éducatrice spécialisée sur le pôle parentalité depuis 5 ans, formée à l'intervention relationnelle depuis bientôt 2 ans.

« Cette formation m'a permis d'avoir des bases approfondies, essentielles dans notre métier, sur la théorie de l'attachement et ses applications cliniques. Ce qui me permet d'identifier plus finement les différents modèles d'attachement, mais surtout d'avoir une meilleure compréhension de la relation parent-enfant et d'analyser adéquatement les comportements pertinents. Il s'agit pour moi d'un regard essentiel dans ma mission principale : le soutien à la parentalité dans le cadre de la protection de l'enfance.

Travailler avec le support vidéo permet d'observer et d'analyser des micro-comportements qui pourraient passer inaperçus lors d'une visite dite « plus classique ». La rétroaction vidéo puisqu'elle permet de travailler concrètement avec le parent l'effet de ses comportements sur son enfant et ainsi le remettre au centre de la relation. C'est très pertinent avec les parents en difficultés qui ont besoin de matériel concret pour réfléchir. Faire du renforcement positif valorise le parent et le met en position de réussite. L'intervention relationnelle est pour ma part un très bon enrichissement professionnel, j'ai pu accéder à une pratique nouvelle, enrichissante, structurée pour le professionnel et surtout structurante et donc rassurante pour les familles. »

2.6.2 Défis liés à la mise en place de l'Intervention relationnelle

Malgré le fait que ce programme soit un apport conséquent autant pour les intervenants qui l'appliquent que pour les parents et les enfants qui y participent, il existe certains défis associés à sa pratique (Dubois-Comtois et al., 2022).

Tout d'abord le changement de posture professionnelle qui conduit, avec l'intervention relationnelle, à une approche soulevant les aspects positifs de la relation qui peut être plus

difficile pour certains intervenants. Ceux-ci craignent de transmettre aux parents une image trop positive de la situation au détriment des motifs ayant conduit au suivi en protection de l'enfance. Il peut être difficile d'inhiber son envie de mettre le parent face à ses comportements inadaptés et ses manquements. Pour appliquer le programme avec efficacité, les intervenants doivent accepter temporairement d'être déstabilisés dans leurs pratiques. Certains intervenants peuvent également être moins à l'aise pour utiliser une approche plus structurée et moins basée sur leur ressenti personnel. Au niveau organisationnel, la présence de la fratrie lors des séances d'intervention diminue aussi la disponibilité du parent ainsi que la qualité de la rétroaction vidéo de l'intervenant.

D'autres défis, inhérents à la complexité des situations familiales en protection de l'enfance tels que certains problèmes liés aux parents (troubles de santé mentale, traumatisme complexe, limites intellectuelles ...) altèrent sa capacité de prise de conscience. À cela s'ajoutent bien souvent d'autres facteurs de risque immédiat comme la violence conjugale, la recherche d'un logement, de faibles revenus qui limitent la disponibilité du parent envers l'enfant.

Les intervenants soulignent également qu'ils ont bien souvent à charge des situations dans lesquelles le projet de l'enfant n'est pas bien défini (incertitude quant au maintien de l'enfant à court ou moyen terme au domicile familial) et que cela rend difficile la mise en place de l'intervention. La stabilité de la famille constitue en effet un élément facilitant la réussite du programme.

À noter, qu'il est aussi préférable de ne pas débiter l'intervention juste avant une période où l'intervenant doit s'absenter comme les vacances pour éviter les coupures sur plusieurs semaines et perdre la motivation du parent avant qu'il ne soit bien engagé dans le processus.

Pour finir, le roulement des équipes éducatives entraîne l'obligation de former de nouveaux intervenants, nécessaire à la poursuite de la recherche, et plus largement pour pérenniser l'intervention. Pour pallier cette difficulté et assurer l'autonomie nécessaire à l'implantation du programme, deux psychologues assurent une formation continue (supervision et formation des nouveaux intervenants) en interne.

Partie 3. Présentation de la recherche

3.1 L'objectif général et les hypothèses

L'objectif général de la recherche consiste à vérifier si l'Intervention relationnelle peut être implantée de manière efficace dans une institution française et, plus précisément, en contexte de protection de l'enfance. À l'aide d'une procédure à essai randomisé contrôlé, nous testons trois grandes hypothèses de recherche auprès de dyades parent-enfant suivies aux Pressoirs du Roy pour cause de maltraitance.

Hypothèse 1 : L'Intervention relationnelle sera plus efficace pour améliorer la qualité de la relation parent-enfant que les services usuels offerts aux dyades (groupe contrôle).

Hypothèse 2 : Les enfants du groupe Intervention relationnelle présenteront une amélioration de leur fonctionnement socio-émotionnel plus important que celle du groupe contrôle.

Hypothèse 3 : Les parents du groupe Intervention relationnelle présenteront une amélioration de leur sentiment de d'efficacité et de bien-être parental plus grande que celle du groupe contrôle.

Certaines études ont noté que des facteurs de risque chez les parents tels que des représentations d'attachement non résolues, des problèmes de santé mentale ou des antécédents d'abus pouvaient moduler l'efficacité de ce type d'intervention (Baydard et al., 2003 ; van der Asdonk et al., 2021 ; Duchesne et al., 2007 ; Moran et al., 2005). D'autres, en revanche, n'ont pas observé de tels résultats (Klein Velderman et al., 2006 ; Phillhofer et al., 2015). Nous testons donc de manière exploratoire le rôle modérateur des représentations d'attachement des parents, des troubles psychiatriques et des antécédents de maltraitance (abus et négligence) dans l'enfance des parents sur l'efficacité de l'Intervention relationnelle.

3.2 Pertinence et retombées de la recherche

Outre une pertinence scientifique pour le développement des connaissances sur les mécanismes favorisant l'adaptation des enfants victimes de maltraitance, ce projet présente un

intérêt immédiat pour la pratique sur le terrain. Cette recherche s'inscrit dans une réelle démarche partenariale qui permettra de faire des ponts entre le milieu scientifique et professionnel et ouvre à un dialogue constructif promouvant l'expertise de chacun. La recherche permet à l'institution de s'approprier une intervention innovante et testée empiriquement. Dès sa mise en œuvre, la recherche pourra montrer un impact positif sur l'institution puisque ce sont les professionnels qui réalisent eux-mêmes l'intervention. Les bénéficiaires ont, de leur côté, accès à une intervention novatrice qui a été conçue pour répondre à leurs besoins. De plus, grâce à la formation qu'ils ont reçue, les professionnels de l'institution peuvent affiner leurs méthodes d'évaluation et leurs processus décisionnels dans la prise en charge des familles puisqu'ils peuvent désormais prendre en compte de façon beaucoup plus poussée les facteurs associés à l'attachement parent-enfant.

Au-delà de l'institution avec laquelle nous avons une entente de partenariat, la recherche contribue à l'amélioration des connaissances des phénomènes maltraitance et des mesures de prises en charge des familles. En fonction des résultats obtenus, elle permet de formuler des recommandations sur les pratiques de terrain et les politiques publiques dans le cadre du système de protection de l'enfance. En testant l'implantation d'une intervention innovante dans une institution française, la recherche va nous permettre de vérifier si celle-ci peut être implantée à plus grande échelle dans le système de protection de l'enfance en France. Cette intervention est maintenant implantée dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Elle est également en cours d'évaluation dans d'autres pays, tels que l'Espagne et le Brésil, et nous pensons qu'elle serait tout à fait adaptée au système français également.

3.3 Démarche méthodologique

3.3.1 Participants

L'intervention proposée est toujours en cours de réalisation. A date, pour le rapport, 53 dyades de parents et d'enfants âgés entre 12 mois et 7 ans 11 mois, qui sont recrutées dans les trois services du pôle parentalité des Pressoirs du Roy, ont complété l'ensemble de la procédure. Les enfants présentant des complications médicales lourdes (ex. paralysie cérébrale) ont été exclus de l'étude.

3.3.2 Procédure

La direction des Pressoirs du Roy est partie prenante dans le présent projet en mobilisant ses

éducateurs intervenant auprès des familles sur les services de parentalité (i.e., services action familles, appartements relais et accueil modulable). Les travailleurs sociaux ont été formés par Karine Dubois-Comtois et Chantal Cyr pour la réalisation de l'Intervention relationnelle. De plus, la recherche est menée sur le terrain par Camille Danner Touati, psychologue sein de la maison d'enfants. Son temps de travail est consacré au bon déroulement de la recherche (pré/post-tests, supervision des intervenants, analyse des données, diffusion des résultats).

Une randomisation stratifiée par bloc et propre à chaque milieu est réalisée pour l'assignation des participants à l'un ou l'autre des groupes. Une telle procédure signifie que dans chacun des milieux de recrutement une assignation aléatoire des participants est réalisée. Selon une liste générée de manière informatique, la chercheuse principale (Camille Danner Touati) assigne les participants avant leur pré-test à un des deux groupes (Intervention Relationnelle [IR] ou Intervention Habituelle [IH]). Cette procédure maximise l'équivalence des groupes au pré-test et assure que les changements observés soient bien attribuables à l'intervention testée. Au sein de chaque équipe se retrouvent donc à la fois des éducateurs formés à l'IR et d'autres non-formés qui offrent des suivis d'intervention habituelle (IH). Les éducateurs formés à l'IR administrent l'IR et ceux non-formés administrent l'IH. De plus, afin de limiter la contamination entre les intervenants de chacun des groupes, les intervenants du groupe IH n'auront pas été familiarisés à l'IR.

La Figure 4 illustre le cheminement des familles selon la procédure de l'étude. D'abord, les familles du groupe IR et IH participent à un pré-test. Ensuite, les familles du groupe IR reçoivent 8 séances d'intervention avec rétroaction vidéo (90 min./sem) sur une période d'environ 3 mois, alors que celles du groupe IH recevront le suivi social habituel en protection de l'enfance. Suite à cette période, les familles des deux groupes participent à un post-test.

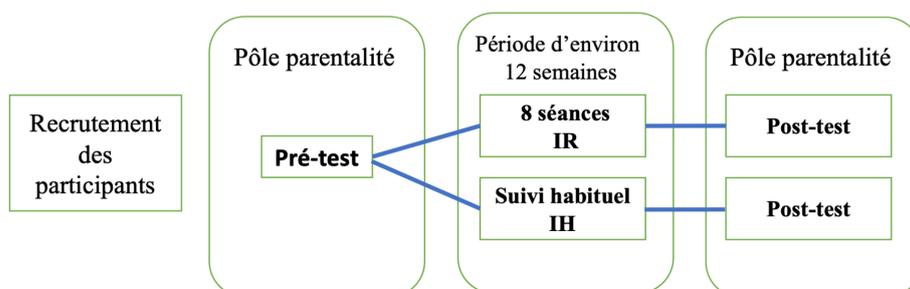


Figure 4. Cheminement des participants 1

Pour les familles, une rencontre est organisée entre le parent (figure de soin principale) et la psychologue chargée de la recherche afin de bien expliquer le projet (présentation du formulaire de consentement). Les dyades ayant accepté de participer à l'étude sont conviées à participer à une évaluation prétest (environ 2h) avec la psychologue de recherche. Une rencontre d'évaluation, avec des activités individuelles et parent-enfant, leur est d'abord proposée. Des questionnaires sont également à compléter par le parent après la rencontre. Les dyades sont ensuite assignées de manière aléatoire au groupe IR ou au groupe contrôle (IH). Dix semaines après le prétest, les dyades sont invitées à participer à une évaluation post-test (1h30) où les mêmes mesures sont prises, à l'exception de l'entretien avec le parent et de certains questionnaires qui ne sont pas répétés puisqu'aucun changement n'est attendu à la suite de l'intervention pour ces mesures à la suite de l'intervention. La pertinence de leur évaluation en prétest réside dans la possibilité de tester l'effet modérateur de ces variables sur l'efficacité de l'intervention (voir objectif exploratoire présenté précédemment).

3.3.3 Considérations d'ordre éthique

La recherche a obtenu un avis favorable du comité de protection des personnes (CPP) Nord-Ouest III, par délibération en date du 05 octobre 2021, de la demande déposée initialement le 23 mars 2021. Un certificat éthique a aussi été obtenu du Comité éthique de la recherche avec des êtres humains - Psychologie et psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières en date du 24 août 2022.

3.3.4 Description des activités des participants dans chaque condition expérimentale

La direction des Pressoirs du Roy est partie prenante dans le présent projet en mobilisant ses éducateurs intervenant auprès des familles sur les services de parentalité (i.e., Action Familles et Appartements relais). Les éducateurs sont chargés d'administrer l'intervention dans les deux conditions expérimentales (IR et IH).

Groupe IR (Intervention relationnelle)

L'intervention se déploie sur huit rencontres (une par semaine) d'une durée approximative de 90 minutes. Les thèmes de discussion et les objectifs de travail sont personnalisés en fonction des besoins de chaque dyade, mais se centrent néanmoins sur les besoins d'attachement et d'exploration des enfants, la régulation émotionnelle de chacun des membres de la dyade,

l'influence des expériences parentales antérieures et des modèles d'attachement parentaux et l'importance de la réparation des comportements inappropriés. Lors des rencontres, la dyade est invitée à réaliser une activité filmée d'une durée d'environ 10 minutes qui a été conçue pour être agréable. Des consignes simples sont proposées au parent en début d'activité afin de l'aider à promouvoir des comportements sensibles à l'égard de son enfant. Une rétroaction vidéo est ensuite effectuée afin de permettre au parent de se voir avec son enfant et de réfléchir à ses comportements et à leur impact. L'intervenant arrête la vidéo et renforce les comportements sensibles du parent et les moments de plaisirs partagés. Il aide également le parent à trouver de nouvelles solutions lorsque des comportements insensibles sont observés. A l'issue de la séance d'IR, l'intervenant incite le parent à reproduire l'activité avec son enfant avant la prochaine rencontre.

Groupe contrôle (intervention habituelle) :

Le groupe témoin ne reçoit pas l'Intervention relationnelle. Toutefois, les parents de ce groupe continuent à recevoir le suivi habituellement proposé aux Pressoirs du Roy, c'est-à-dire des interventions à visée éducatives et sociales à domicile selon un rythme soutenu (3 fois par semaine). Contrairement au groupe d'intervention relationnelle, ces rencontres ne porteront pas spécifiquement sur la relation d'attachement et n'impliquent pas de rétroaction vidéo.

3.3.5 Description des instruments de mesures administrés à tous les participants

Schématisation des rencontres d'évaluation pré/post-test, des types de variables et des instruments de mesure

<i>Mesure ciblant :</i>	<i>Construit</i>	<i>Outil</i>	Type de variable		
				Pré	Post
Famille	Données socio-démographiques	Questionnaire et dossier	Covariable	x	
E	Type de mauvais traitements et historique des mesures antérieures protection de l'enfance	Dossier de l'enfant	Covariable	x	
	Niveau de perturbation à dans les familles	Questionnaire : CHAOS (Matheny et al., 1995)	Dépendante	x	x
Enfant	Représentation d'attachement	Tâche : ASCT (Bretherton et al., 1990)	Dépendante	x	x

EEEE	Problèmes de comportement	Questionnaire au parent : CBCL (Achenbach & Rescorla, 2000)	Dépendante	x	x
Parent	Représentation d'attachement	Entretien : AMMI (Miljkovitch et al., 2015)	Indépendante ou modérateur	x	
	Expériences de négligence et d'abus durant l'enfance du parent	Questionnaire : CTQ (Bernstein et Fink, 1998)	Covariable ou modérateur	x	
	Problème de santé mentale	Entretien : MINI (Lecrubier et al., 1998)	Covariable ou modérateur	x	
	Stress parental et sentiment de compétence parentale	Questionnaire : ISP-B (Abidin, 1995)	Dépendante	x	x
	Fonctionnement réflexif parental	Questionnaire : PRF-Q (Luyten et al., 2017)	Dépendante	x	x
Relation	Patron d'attachement	Observation : Situation Étrange (Ainsworth et al., 1978)	Dépendante	x	x
	Collaboration mère-enfant	Observation : temps goûter (Moss et al., 1998)	Dépendante	x	x

3.3.5.1 Mesures relatives à la relation parent-enfant (prétest et post-test) (variables dépendantes et médiatrices)

La grille d'évaluation socio-affective des interactions parent-enfant (Moss et al., 1998) est utilisée pour évaluer la réciprocité et la qualité de la communication dans une tâche d'interaction parent-enfant non structurée filmée. La tâche et la grille de codification ont été utilisées à de nombreuses reprises auprès d'échantillons normatifs, à risque, et victimes de maltraitance (e.g., Milot et al., 2010). La grille possède une très bonne validité de construit (Dubois- Comtois & Moss, 2004) et a été utilisée auprès d'enfants âgés de 2 ans à 11 ans.

Les relations d'attachement de l'enfant envers son parent :

*pour les enfants âgés de 12 et 24 mois est évalué à l'aide de la procédure de la situation étrange (SSP ; Ainsworth et al., 1978). L'observation des comportements de l'enfant lors des épisodes de séparation et de réunion avec son parent permet de classer l'enfant selon 4 groupes d'attachement (sécure, évitant, ambivalent, désorganisé). Cette tâche filmée d'une durée de 25 minutes est réalisée à 2 reprises lors des visites sur le lieu de recueil des données (pôle parentalité des pressoirs du Roy) (1 pré-test et 1 post-test).

*pour les enfants âgés de 24 mois à 7 ans 11 mois est évalué à partir de la procédure de Séparation-Réunion (Cassidy & Marvin, 1992 ; Main & Cassidy, 1988 ; variable dépendante).

Elle active les comportements d'attachement de l'enfant lors d'épisodes de séparations et de réunions avec le parent (les épisodes sont légèrement plus longs que ceux de la procédure pour les plus jeunes enfants). Cette procédure qui permet de classer la relation d'attachement en 4 groupes (sécure, évitant, ambivalent, désorganisé) a été validée avec des mesures conceptuellement similaires (Moss et al., 2004 ; NICHD, 2001 ; Speltz et al., 1999). Cette tâche filmée d'une durée de 25 minutes est réalisée à 2 reprises lors des visites sur le lieu de recueil des données (pôle parentalité des pressoirs du Roy) (1 pré-test et 1 post-test).



3.3.5.2 Mesures relatives à l'enfant (prétest et post-test) (variables dépendantes, covariables ou modérateurs)

Les données descriptives : données socio-démographiques, types de maltraitance et historiques des mesures antérieures protection de l'enfance sont obtenues à l'aide d'un questionnaire socio-démographique rempli par le parent et en consultant le dossier de l'enfant.

Ces données sont utilisées comme variables contrôles ou modératrices et ne sont recueillies qu'au prétest.

Les représentations d'attachement sont évaluées directement auprès des enfants à l'aide du Attachment Story Completion Task (ASCT ; Bretherton et al., 1990). Cinq histoires évoquant des enjeux d'attachement sont présentées à l'enfant et celui-ci doit les compléter en inventant un scénario. La codification de l'ASCT est réalisée par deux systèmes de codages

complémentaires, l'un évaluant l'attachement d'après une évaluation dimensionnelle (Q-sort de l'ASCT : Miljkovitch et al., 2004) et l'autre évaluant l'attachement de façon catégorielle (Dollplay coding system : Solomon et al., 1995). Les deux systèmes possèdent d'excellentes qualités psychométriques et ont été utilisés avec des enfants âgés entre 3 et 11 ans issus d'échantillons normatifs et maltraités (système 1 : Charest et al., 2018 ; Fresno et al., 2014 ; Hébert et al., 2020 ; Miljkovitch et al., 2003, 2004, 2013 ; système 2 : Dubois-Comtois et al., 2011 ; Cyr-Désautels et al., 2017 ; Solomon et al., 1995).



La présence de problèmes de comportement est évaluée à l'aide de la Liste des comportements de l'enfant (CBCL versions 1,5-5 ans et 6-12 ans ; Achenbach & Rescorla, 2000, 2001). Ce questionnaire rempli par le parent est composé de 113 items permettant d'explorer un vaste spectre de difficultés de comportement chez les enfants. Le CBCL est fréquemment employé en clinique et en recherche et possède une excellente cohérence interne et fidélité test-retest (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001 ; Heubeck, 2000).

3.3.5.3 Mesures relatives au parent (variables dépendantes, covariables ou modérateurs)

Le stress parental est évalué par l'Indice de Stress Parental - Bref (ISP-B ; Abidin, 1995), un questionnaire auto-rapporté de 36 items mesurant le niveau de stress occasionné chez le parent par les caractéristiques particulières de l'enfant et par le rôle de parent. Cet instrument a par

ailleurs été utilisé auprès de diverses populations incluant des enfants victimes de maltraitance (e.g., Dubois-Comtois et al., 2017).

Le fonctionnement réflexif est évalué par le *Parental Reflective Functioning Questionnaire* (PRF-Q ; Luyten et al., 2017), un questionnaire auto-rapporté de 18 items. Le PRFQ a été développé pour fournir une évaluation brève et multidimensionnelle du fonctionnement réflexif parental qui est facile à administrer aux parents avec un large éventail de milieux socio-économiques et éducatifs.

Le chaos où le niveau de perturbation à l'intérieur des familles a été évalué à partir du Confusion, Hubbub and Order Scale (CHAOS ; Matheny et al., 1995), un questionnaire de 15 items complété par le parent. L'ensemble des items (ex. Il y a souvent des disputes qui surviennent à la maison) est additionné pour obtenir un score global de perturbation. L'instrument possède de bonnes propriétés psychométriques (Dumas et al., 2005).

L'Attachement Multiple Model Interview (AMMI ; Miljkovitch et al., 2015) évalue les représentations d'attachement du parent à ses différentes figures d'attachement et permet d'évaluer le degré de sécurité. De plus, l'AMMI évalue les stratégies d'attachement selon qu'elles relèvent de l'inhibition et de l'hyperactivation du système d'attachement, et également de la désorganisation (incohérence de la stratégie d'attachement).

Les **traumas vécus durant l'enfance** du parent sont évalués par le *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ-28 ; Bernstein & Fink, 1998). Ce questionnaire auto administré de 28 items de type likert en 5 points permet d'évaluer les expériences de négligence et d'abus (physique, sexuel et psychologique) vécues par le parent durant l'enfance. Le CTQ a été validé auprès d'une population de 2000 répondants, incluant des groupes cliniques et non cliniques et possède d'excellentes qualités psychométriques. Ce questionnaire est rempli uniquement au prétest.

La **santé mentale du parent** est évaluée par deux entretiens diagnostiques structurés. Le MINI (Sheehan et al., 1998) pour les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV et le SIDP-IV (Pfohl, et al., 1997) pour évaluer les critères de la personnalité Borderline. Cette mesure est recueillie au prétest uniquement.

La **satisfaction du parent face à l'intervention** reçue est évaluée à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté de 11 items, le *Client satisfaction inventory* (McMurtry, 1994). La validité du questionnaire a été établie (McMurtry & Hudson, 2000). Cette mesure est recueillie au post-test uniquement.

3.4 Résultats

Avant de passer à la présentation des résultats, il est important de noter que les données présentées dans ce rapport sont partielles et donc non représentatives de l'ensemble du projet de recherche qui est toujours en cours. En effet, nous souhaitons obtenir un échantillon suffisamment grand (80 dyades parent-enfant) pour assurer une puissance statistique satisfaisante. Pour cela, la recherche se poursuit jusqu'à la fin de l'année 2023.

De plus, pour le rapport nous présentons dans leur intégralité les données issues des questionnaires et du dossier de l'enfant. Ces données concernent les caractéristiques sociodémographiques et les perturbations dans les familles (mesure CHAOS), les types de mauvais traitements et l'historique des mesures antérieures en protection de l'enfance, le fonctionnement de l'enfant (CBCL) et celui du parent (PRF-Q, ISP, CTQ). Comme les entretiens d'attachement (AMMI et ASCT) sont en cours d'analyse, seule une partie est disponible. Concernant les vidéos de la relation parent-enfant (situation étrange, séparation-réunion et interaction parent-enfant), celles-ci n'ont pas encore été codées. Il s'agit d'une procédure longue que nous pourrions entamer uniquement après la fin de l'inclusion des participants. Comme prévu lors du projet initial, nous publierons la totalité de nos résultats dans un second temps.

3.4.1 Stratégie d'analyse des données

Dans un premier temps, des analyses descriptives sont réalisées pour décrire l'échantillon. Ces analyses permettent également de comparer les deux groupes sur les caractéristiques (démographie et histoire de vie) des enfants et des parents et sur les données recueillies au prétest. Ces analyses permettent de vérifier sur les deux groupes sont équivalents avant de commencer l'intervention même si une assignation aléatoire avait été réalisée. Par la suite, des analyses préliminaires sont effectuées pour vérifier si les données au post-test sont associées aux caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, auquel cas elles seront intégrées en covariables dans les analyses principales. Des analyses de régression multiniveau

sont ensuite réalisées pour examiner l'impact de l'intervention sur les interactions parent-enfant, l'adaptation des enfants et le fonctionnement des parents en fonction du groupe d'assignation (intervention relationnelle ou intervention habituelle), en considérant les variables sociodémographiques pertinentes comme covariables. Le rôle modérateur des représentations d'attachement des parents, des troubles de santé mentale et des antécédents d'abus dans l'enfance des parents sur les changements observés entre le pré-test et le post-test sur les variables d'intérêt sera évalué lorsque notre échantillon sera complet (environ 80 sujets). Nous considérerons également la satisfaction du parent par rapport à l'intervention reçue comme facteur pouvant influencer l'efficacité de celle-ci.

3.4.2 Analyses descriptives

Le tableau 1 présente un résumé des données descriptives recueillies lors de l'évaluation au pré-test. Ces données permettent de décrire l'échantillon total, puis les caractéristiques du groupe Intervention relationnelle (IR) et du groupe intervention habituelle (IH).

Nous avons d'abord vérifié si les caractéristiques socio-démographiques des familles étaient différentes entre les deux groupes d'assignation. Puisque les participants ont été assignés de manière aléatoire entre les deux groupes et que ces variables sont susceptibles d'avoir un impact sur l'efficacité de l'intervention, il est préférable de ne pas observer de différences sur les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon entre les deux groupes. Le Tableau 1 présente les moyennes, pourcentages et les résultats statistiques (test-t et khi-carré) pour les deux groupes d'intervention. Les résultats de ces analyses montrent que les deux groupes ne diffèrent sur aucune des variables socio-démographiques étudiées.

Nous observons qu'à deux exceptions près, les parents participant à la recherche sont des femmes (âgées en moyenne de 33 ans ; [18-49]). Ils ont en moyenne 2,68 [1-6] enfants âgés de près de 4 ans (12 mois à 7, 75) et les garçons sont plus nombreux que les filles. Le niveau d'étude des parents est faible, et les familles sont majoritairement monoparentales. La moitié des parents ont eu un suivi en protection de l'enfance dans leur jeunesse. Il s'agit donc d'une population désavantagée sur le plan social.

Tableau 1. Statistiques descriptives de l'échantillon total, et par groupes d'intervention

	Familles participantes						<i>t</i>
	Total		Groupe IR		Groupe IH		
	(Enfant <i>N</i> =53 Parent <i>N</i> =41)		(Enfant <i>n</i> = 28 Parent <i>n</i> = 20)		(Enfant <i>n</i> = 25 Parent <i>n</i> =21)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Age enfant (années)	3.92	2.02	3.76	2.25	4.10	1.76	0.49
Age parent (années)	32.80	8.28	32.56	8.11	33.30	8.72	0.66
Nombre enfants	2.68	1.34	2.67	1.15	2.95	1.43	1.36
Nombre mesures antérieure enfant	0.47	0.54	0.40	0.58	0.62	0.50	0.93
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>X</i> ²
Sexe enfant							0.58
Fille	20	37	11	40	9	36	
Garçon	33	62	17	60	16	64	
Sexe parent							2.49
Femme	39	96	20	100	21	90	
Homme	2	4	0	0	2	10	
Niveau étude parent							1.40
Collège	10	24	3	15	7	33	
>Collège	27	66	14	70	13	62	
Composition familiale							0.61
Monoparentale	20	49	11	55	9	43	
Bi-parentale	21	51	9	45	12	57	
Suivi protection enfance parent							0.88
Oui	21	51	11	55	10	48	
Non	20	49	9	45	11	52	
Placement du parent							2.79
Oui	4	10	3	15	5	24	
Non	37	90	17	85	16	76	
Violence conjugale							0.32
Oui	27	51	13	46	14	56	

Non	26	49	15	54	11	44	
Maltraitance vécue par le parent							
Négligence émotionnelle	18	44	8	40	10	48	0.24
Négligence physique	10	24	3	15	7	33	1.87
Abus physique	10	24	5	25	5	24	0.01
Abus émotionnel	11	27	4	20	7	33	0.93
Abus sexuel	23	56	13	65	10	48	1.26
Négligence émotionnelle enfant							
Oui	52	99	20	71	24	96	1.14
Non	1	1	8	29	1	4	
Négligence physique enfant							
Oui	37	70	20	71	17	68	0.07
Non	16	30	8	29	8	32	
Abus physique enfant							
Oui	13	24	9	32	10	40	0.36
Non	40	76	19	68	15	60	
Abus émotionnel enfant							
Oui	26	49	14	50	17	68	1.76
Non	27	51	14	50	8	32	
Abus sexuel enfant							
Oui	3	6	3	11	0	0	2.84
Non	50	94	25	89	25	100	

Tableau 2. Moyennes et écarts-types des scores des Histoires à compléter (3 – 7 ans) et de l'Attachement Multiple Model Interview (adulte) au pré-test pour l'échantillon global et pour les groupes IR et IH, et comparaison des groupes IR et IH sur les scores aux Histoires à compléter

Histoires à compléter (3 – 7 ans)									
Variable	Total		Groupe IR		Groupe IH		B	ES	p
	(N = 27)		(n = 11)		(n = 16)				
	M	SD	M	SD	M	SD			

Sécurité	-0.18	0.29	-0.34	0.33	-0.25	0.25	0.13	0.12	.272
Inhibition	0.16	0.28	0.04	0.32	0.24	0.23	-0.20	0.12	.098
Hyperactivation	0.17	0.16	0.22	0.16	0.14	0.16	0.09	0.06	.129
Désorganisation	0.25	0.37	0.27	0.36	0.24	0.32	0.10	0.13	.471

Attachment Multiple Model Interview (adulte)

Variable	Total (N = 12)		Groupe IR (n = 7)		Groupe IH (n = 5)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Sécurité avec mère	2.71	2.19	2.50	1.85	3.00	2.81
Inhibition avec mère	5.88	2.01	6.21	2.00	5.40	2.16
Hyperactivation avec mère	3.50	1.62	3.29	2.00	3.80	1.04
Désorganisation avec mère	7.00	3.25	6.57	3.99	7.60	2.07
Sécurité avec père	2.21	2.56	1.71	2.00	2.90	3.32
Inhibition avec père	5.25	2.04	5.64	1.93	4.70	2.28
Hyperactivation avec père	3.38	1.68	3.14	1.70	3.70	1.70
Désorganisation avec père	6.33	2.81	6.00	3.00	6.80	2.77
Sécurité avec conjoint	1.36	1.07	1.57	0.89	1.00	1.41
Inhibition avec conjoint	5.73	1.21	6.14	1.11	5.00	1.15
Hyperactivation avec conjoint	4.50	2.01	4.21	2.46	5.00	0.91
Désorganisation avec conjoint	8.00	3.16	7.42	3.69	9.00	2.00

Note. Un participant du groupe IH n'a pas souhaité répondre aux questions concernant le conjoint. Par conséquent, les moyennes et écarts-types des scores relatifs à l'attachement au conjoint sont calculés sur $n = 11$ participants pour l'échantillon total et pour $n = 4$ participants pour le groupe IH.

3.4.3 Analyses préliminaires

Sur les 53 enfants ayant participé à l'étude, les données ont été recueillies au pré- et au post-test pour 45 enfants (24 du groupe IR et 21 du groupe IH). Sept enfants ont quitté l'étude avant le post-test et un enfant n'avait pas encore complété les mesures du post-test au moment de la réalisation des analyses pour le présent rapport. Pour trois participants, toutes les mesures du pré-test n'avaient pas encore pu être complétées. Certains parents n'ont pas souhaité renseigner leur niveau d'étude et un parent a omis de répondre à une partie de questionnaire. Au total, 38 enfants (71.7 %) avaient des données complètes sur les variables d'intérêt et les variables contrôles confondues. Les proportions de valeurs manquantes variaient de 0% à 15%. Le test de MCAR de Little a indiqué que les données manquantes le sont de façon aléatoire (*Missing Completely at Random, MCAR*) ($X^2(243) = 57.20, p > .050$). Les observations incomplètes ont été incluses dans les analyses et les données manquantes ont été gérées par l'estimation de maximum de vraisemblance avec des erreurs standards robustes à la non-normalité.

Étant donné que le CBCL est validé pour les enfants à partir de 18 mois, dans les analyses portant sur les problèmes internalisés et externalisés, seuls les enfants âgés d'au moins 18 mois ont été inclus.

3.4.4 Analyses principales

Pour comparer les groupes IR et IH sur les variables d'intérêt au pré-test, des analyses de régression multiniveau, tenant compte du regroupement d'enfants au sein des familles, ont été effectuées pour chaque variable d'intérêt. Les analyses exploratoires ayant permis d'identifier des valeurs extrêmes pour certaines variables au pré- et/ou post-test, les participants

(i.e., CBCL T1 : 1 ; PRFQ IC T2 : 2 ; PRFQ PM T1 et T2 : 1 ; PRFQ IC T1 :1 PRFQ CM T1 :2 ; PSI total : 1 ; PSI ED : 1 ; PSI ID : 1) présentant des valeurs extrêmes ont été exclus des analyses portant sur les variables concernées. Les résultats des analyses de régression comparant les groupes IR et IH au pré-test sont rapportés dans le tableau 3. Les résultats de ces analyses n'ont pas mis en évidence de différence significative entre le groupe IR et le groupe IH avant le début de l'intervention (p entre .128 et .973).

Des analyses de régression multiniveaux ont ensuite été réalisées pour identifier les éventuelles variables à contrôler. Pour chaque variable d'intérêt au post-test, des régressions multi-niveau ont été effectuées avec, pour chaque analyse, une variable d'intérêt comme variable dépendante et une variable contrôle potentielle comme variable indépendante. Lorsque la variable indépendante était binaire, les données manquantes n'ont pas pu être gérées avec l'estimation de maximum de vraisemblance. D'autre part, les participants ayant des valeurs extrêmes ont été exclus. Par conséquent, le nombre de participants et de *clusters* variait en fonction des paires de variables analysées. Avant ces analyses, un indice de risque socio-démographique et un indice reflétant l'histoire de protection de l'enfance du parent ont été construits. Pour obtenir l'indice de risque socio-économique, le niveau d'éducation du parent (1 = niveau collège ; 0 = niveau plus élevé) et la composition familiale (1= monoparentale ; 0 = biparentale) ont été additionnés pour obtenir un score variant de 0 à 2. De la même manière, un indice reflétant l'histoire de protection de l'enfance des parents a été obtenu en additionnant l'expérience d'un suivi en protection de l'enfance (1 = oui ; 0 = non) et l'expérience de placement (1 = oui ; 0 = non) durant l'enfance des parents, permettant d'obtenir un score variant de 0 à 2.

Tableau 3. Comparaisons des participants sur les variables dépendantes au prétest

	Total	IR	IH			
	<i>N(k)</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>
Enfants						
Problèmes externalisés	47 (37)	24	23	-0.52	3.77	.890
Problèmes internalisés	47 (37)	24	23	-4.54	3.09	.142
Parents						
Stress parental						
Détresse parentale	52 (40)	27	25	2.81	3.04	.327
Interaction dysfonctionnelles	51 (40)	26	25	-0.19	2.34	.936
Enfant difficile	51 (40)	26	25	-0.10	2.80	.973
Score total	51 (40)	26	25	1.37	6.53	.834
Fonctionnement réflexif parental						
Pré-mentalisation	52 (41)	26	25	0.13	0.27	.622
Intérêt curiosité	50 (39)	26	24	0.01	0.33	.968
Certitude	51 (41)	26	25	-0.26	0.30	.390
Chaos	53 (41)	28	25	-0.15	0.10	.128

Note. *k* : nombre de clusters, CCI : coefficient de corrélation intra-classe ; Groupe IR = 1, Groupe IH = 0.

Les résultats de ces analyses sont présentés dans le tableau 4. Ils ont mis en évidence plusieurs associations significatives. La détresse parentale à l'ISP était liée à la sévérité de la maltraitance subie par le parent ($B = 0.20, p = .018$). L'interaction dysfonctionnelle à l'ISP était associée au sexe des enfants, à l'âge des enfants et au nombre de mesures éducatives antérieures

($B = 7.67, p < .001, B = 0.12, p = .006$ et $B = 4.45, p = .035$, respectivement). Les scores « enfant difficile » de l'ISP étaient associés au genre des enfants et au nombre de mesures éducatives antérieures ($B = 5.63, p = .029$ et $B = 8.25, p < .001$, respectivement). Les scores de l'échelle totale de l'ISP étaient liés au sexe des enfants, à l'âge des enfants et au nombre de mesures éducatives antérieures ($B = 16.35, p = .003, B = 0.26, p = .028$ et $B = 14.31, p = .022$, respectivement). Les scores de pré-mentalisation au PRFQ étaient associés à l'âge des enfants et au nombre de mesures antérieures ($B = 0.01, p = .010$ et $B = 0.66, p < .001$, respectivement). L'intérêt et la curiosité pour les états mentaux au PRFQ étaient liés à la présence d'au moins un trouble de santé mentale chez les parents et à la sévérité de la maltraitance subie par les parents ($B = -0.62, p = .014$ et $B = -0.01, p = .042$, respectivement). Pour la certitude concernant les états mentaux au PRFQ, ces analyses ont révélé un lien avec le nombre de mesures éducatives antérieures ($B = -0.45, p = .022$). Enfin, les scores à l'échelle CHAOS étaient associés à la présence d'au moins un trouble de santé mentale chez les parents ($B = -0.29, p < .001$). Par conséquent, ces variables ont été incluses dans les analyses subséquentes.

Tableau 4. Résultats des analyses de régression multiniveau visant à identifier les liens entre les variables d'intérêt et les variables contrôles éventuelles

Enfants					
Problèmes externalisés post-test					
Variable indépendante	$n (k)$	B	ES	p	
Genre de l'enfant (1 = fille, 2 = garçon)	39 (29)	0.75	2.72	.784	
Age de l'enfant	47 (37)	0.06	0.07	.395	
Age du parent	47 (37)	0.02	0.23	.930	
Nombre de mesures antérieures	47 (37)	2.49	3.02	.409	
Indice de risque socio-économique	46 (36)	2.08	2.49	.403	
Histoire de protection de l'enfance parent	47 (37)	1.72	2.03	.398	
Nombre d'enfants	47 (37)	-1.09	1.19	.361	

Violence conjugale	39 (29)	5.66	3.62	.118
Troubles de santé mentale parent : cumul	45 (35)	1.65	1.58	.295
Maltraitance enfant (cumul NE, NP, AP, AS, AE)	47 (37)	1.10	1.52	.474
Maltraitance parent (CTQ total)	47 (37)	0.03	0.10	.725

Problèmes internalisés post-test

Variable indépendante	<i>n (k)</i>	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>
Genre de l'enfant (1 = fille, 2 = garçon)	39 (29)	1.01	3.05	.741
Age de l'enfant	47 (37)	0.06	0.07	.395
Age du parent	47 (37)	-0.18	0.24	.457
Nombre de mesures antérieures	47 (37)	-1.65	3.83	.666
Indice de risque socio-économique	46 (36)	3.56	2.15	.098
Histoire de protection de l'enfance parent	47 (37)	0.60	1.92	.753
Nombre d'enfants	47 (37)	-0.07	1.12	.947
Violence conjugale	39 (29)	2.36	3.66	.519
Troubles de santé mentale parent : cumul	45 (35)	1.07	1.61	.509
Maltraitance enfant (cumul NE, NP, AP, AS, AE)	47 (37)	-0.58	1.75	.738
Maltraitance parent (CTQ total)	47 (37)	0.14	0.09	.112

Parents

Stress parental : détresse parentale

Variable indépendante	<i>n (k)</i>	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>
Genre de l'enfant (1 = fille, 2 = garçon)	46 (34)	2.48	3.07	.418
Age de l'enfant	53 (41)	0.05	0.06	.332
Age du parent	53 (41)	0.39	0.21	.065
Nombre de mesures antérieures	53 (41)	1.75	2.96	.555
Indice de risque socio-économique	52 (40)	3.44	3.11	.269
Histoire de protection de l'enfance parent	53 (41)	-0.91	2.21	.680
Nombre d'enfants	53 (41)	-0.42	1.20	.726
Violence conjugale	46 (34)	0.72	3.63	.843
Troubles de santé mentale parent : cumul	51 (39)	2.41	1.51	.109
Maltraitance parent (CTQ total)	53 (41)	0.20	0.09	.018

Stress parental : interaction dysfonctionnelle

Variable indépendante	<i>n (k)</i>	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>
Genre de l'enfant (1 = fille, 2 = garçon)	45 (34)	7.67	2.04	< .001
Age de l'enfant	52 (41)	0.12	0.04	.006

Age du parent	52 (41)	0.33	0.17	.054
Nombre de mesures antérieures	52 (41)	4.45	2.11	.035
Indice de risque socio-économique	51 (40)	-1.11	2.56	.665
Histoire de protection de l'enfance parent	52 (41)	-1.03	1.67	.538
Nombre d'enfants	52 (41)	-0.67	0.94	.475
Violence conjugale	45 (34)	3.47	3.02	.251
Troubles de santé mentale parent : cumul	50 (39)	0.20	1.23	.873
Maltraitance parent (CTQ total)	52 (41)	0.07	0.07	.277

Stress parental : enfant difficile

Variable indépendante	<i>n</i> (<i>k</i>)	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>
Genre de l'enfant (1 = fille, 2 = garçon)	45 (34)	5.63	2.58	.029
Age de l'enfant	52 (41)	0.08	0.05	.079
Age du parent	52 (41)	0.14	0.21	.503
Nombre de mesures antérieures	52 (41)	8.25	2.25	< .001
Indice de risque socio-économique	51 (40)	-0.14	2.61	.958
Histoire de protection de l'enfance parent	52 (41)	-0.65	1.93	.737
Nombre d'enfants	52 (41)	-0.61	0.98	.534
Violence conjugale	45 (34)	3.39	3.27	.300
Troubles de santé mentale parent : cumul	50 (39)	0.86	1.32	.516
Maltraitance parent (CTQ total)	52 (41)	0.10	0.08	.246

Stress parental : score total

Variable indépendante	<i>n</i> (<i>k</i>)	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>
Genre de l'enfant (1 = fille, 2 = garçon)	45 (34)	16.35	5.59	.003
Age de l'enfant	52 (41)	0.26	0.12	.028
Age du parent	52 (41)	0.87	0.53	.099
Nombre de mesures antérieures	52 (41)	14.31	6.25	.022
Indice de risque socio-économique	51 (40)	2.20	7.57	.772
Histoire de protection de l'enfance parent	52 (41)	-2.59	5.23	.621
Nombre d'enfants	52 (41)	-1.72	2.67	.521
Violence conjugale	45 (34)	7.78	8.85	.380
Troubles de santé mentale parent : cumul	50 (39)	3.51	3.88	.366
Maltraitance parent (CTQ total)	52 (41)	0.36	0.21	.086

Fonctionnement réflexif parental : pré-mentalisation

Variable indépendante	<i>n</i> (<i>k</i>)	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>
Genre de l'enfant (1 = fille, 2 = garçon)	44 (33)	0.11	0.20	.590

Age de l'enfant	52 (41)	0.01	0.00	.010
Age du parent	52 (41)	0.03	0.02	.070
Nombre de mesures antérieures	52 (41)	0.66	0.18	<.001
Indice de risque socio-économique	51 (40)	0.15	0.29	.602
Histoire de protection de l'enfance parent	52 (41)	-0.26	0.17	.112
Nombre d'enfants	52 (41)	0.11	0.10	.271
Violence conjugale	44 (33)	0.17	0.29	.561
Troubles de santé mentale parent : cumul	50 (39)	-0.06	0.13	.612
Maltraitance parent (CTQ total)	52 (41)	0.00	0.01	.583

Fonctionnement réflexif parental : intérêt curiosité

Variable indépendante	<i>n (k)</i>	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>
Genre de l'enfant (1 = fille, 2 = garçon)	42 (31)	0.14	0.27	.599
Age de l'enfant	50 (39)	0.00	0.01	.949
Age du parent	50 (39)	-0.01	0.01	.457
Nombre de mesures antérieures	50 (39)	-0.29	0.26	.270
Indice de risque socio-économique	49 (38)	-0.17	0.24	.483
Histoire de protection de l'enfance parent	50 (39)	0.20	0.18	.272
Nombre d'enfants	50 (39)	-0.09	0.09	.317
Violence conjugale	42 (31)	0.11	0.28	.693
Troubles de santé mentale parent : cumul	48 (37)	-0.15	0.10	.110
Maltraitance parent (CTQ total)	50 (39)	-0.01	0.01	.042

Fonctionnement réflexif parental : certitude

Variable indépendante	<i>n (k)</i>	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>
Genre de l'enfant (1 = fille, 2 = garçon)	43 (33)	-0.21	0.27	.424
Age de l'enfant	51 (41)	0.00	0.00	.125
Age du parent	51 (41)	0.00	0.02	.849
Nombre de mesures antérieures	51 (41)	-0.45	0.20	.022
Indice de risque socio-économique	50 (40)	0.32	0.34	.339
Histoire de protection de l'enfance parent	51 (41)	0.11	0.20	.578
Nombre d'enfants	51 (41)	0.19	0.12	.104
Violence conjugale	43 (33)	-0.41	0.33	.213
Troubles de santé mentale parent : cumul	49 (39)	0.08	0.13	.567
Maltraitance parent (CTQ total)	51 (41)	0.01	0.01	.611

Chaos

Variable indépendante	<i>n (k)</i>	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>
-----------------------	--------------	----------	-----------	----------

Genre de l'enfant (1 = fille, 2 = garçon)	45 (33)	-0.06	0.09	.531
Age de l'enfant	53 (41)	-0.00	0.00	.423
Age du parent	53 (41)	-0.00	0.01	.859
Nombre de mesures antérieures	53 (41)	-0.11	0.09	.213
Indice de risque socio-économique	52 (40)	-0.06	0.08	.412
Histoire de protection de l'enfance parent	53 (41)	0.00	0.06	.956
Nombre d'enfants	53 (41)	-0.04	0.04	.340
Violence conjugale	45 (33)	0.12	0.10	.220
Troubles de santé mentale parent : cumul	51 (39)	-0.06	0.03	.030
Maltraitance parent (CTQ total)	53 (41)	-0.00	0.00	.321

Pour tester nos hypothèses, soit que les participants du groupe IR présenteront un meilleur fonctionnement que ceux du groupe IH, des régressions multi-niveau ont été effectuées. Un modèle de régression a été construit pour chaque variable d'intérêt au post-test. Ces variables d'intérêt au post-test ont été incluses dans les modèles respectifs comme variables dépendantes. Les scores à la variable dépendante au pré-test et la variable « Groupe », codés IH = 0 et IR = 1 ont été inclus dans chaque modèle comme variables indépendantes. La variable permettant d'identifier les parents par un code a été incluse comme variable de regroupement (*clustering*). Les variables contrôles identifiées lors des analyses précédentes ont été incluses dans les analyses lorsque la variable dépendante était une variable à laquelle elles étaient associées. Les régressions multi-niveau réalisées pouvaient inclure des variables sur deux niveaux : les variables du niveau 1 (niveau enfant ou intra) renvoient aux variables relatives à chaque enfant (e.g. nombre de mesures antérieures, âge) alors que les variables du niveau 2 (niveau parent ou inter) désignent les variables relatives au parent (e.g. histoire de maltraitance, trouble de santé mentale). Alors que chaque parent n'a participé qu'à un type d'intervention (soit IR ou IH), le type d'intervention a été inclus comme variable de niveau 1 étant donné que l'intervention était effectuée auprès de la dyade parent-enfant pour un seul enfant à la fois. Par

conséquent, les enfants d'un même parent ne recevaient pas les mêmes séances d'intervention. Étant donné que chaque parent n'a participé qu'à un type d'intervention (soit IR ou IH), le type d'intervention a été inclus comme variable de niveau 2.

Les résultats de ces analyses sont présentés dans le tableau 5. Ils ont montré que les enfants du groupe IR présentaient des scores de problèmes externalisés plus faibles au post-test comparativement aux enfants du groupe IH ($B = -7.57, p < .001$) et que les scores de problèmes externalisés au post-test étaient liés aux scores de problèmes externalisés au pré-test ($B = 0.78, p < .001$). De la même manière, les scores de problèmes internalisés au post-test étaient associés aux scores de problèmes internalisés au pré-test ($B = 0.75, p < .001$) et au type d'intervention ($B = -4.13, p = .043$), les participants du groupe IR présentant des scores plus faibles au post-test comparativement aux participants du groupe IH.

Concernant les scores de stress parentale (ISP), la détresse parentale au post-test était associée à la détresse parentale au pré-test ($B = 0.56, p = .001$) et l'interaction dysfonctionnelle au post-test était liée à l'interaction dysfonctionnelle au pré-test ($B = 0.45, p = .001$). Les résultats ont également révélé une association marginalement significative entre l'interaction dysfonctionnelle au post-test et le type d'intervention, les participants du groupe IR présentant une tendance à avoir des scores plus faibles que les participants du groupe IH ($B = -4.53, p = .059$). Concernant la sous-échelle « enfant difficile », plusieurs liens ont été mis en évidence, les scores au post-test étant associés aux scores au pré-test ($B = 0.54, p < .001$), au nombre de mesures éducatives antérieures ($B = 4.66, p = .030$) et au type d'intervention ($B = -5.89, p = .009$), les participants du groupe IR présentant des scores plus faibles au post-test comparativement aux participants du groupe IR. Enfin, les scores de l'échelle totale du stress

parental au post-test étaient liés aux scores à l'échelle total au pré-test ($B = 0.53, p = .020$). Une association marginalement significative a également été mise en évidence entre les scores à l'échelle total de stress parental et le type d'intervention ($B = -12.42, p = .056$), les participants du groupe IR ayant tendance à avoir des scores plus faibles au post-test comparativement aux participants du groupe IH.

Concernant le fonctionnement réflexif parental, les scores à l'échelle de pré-mentalisation au post-test étaient associés aux scores de pré-mentalisation au pré-test ($B = 0.20, p = .037$), au nombre de mesures éducatives antérieures ($B = 0.51, p = .007$) et au type d'intervention ($B = -0.64, p = .005$), les participants du groupe IR présentant des scores plus faibles au post-test par rapport aux participants du groupe IH. L'intérêt et curiosité concernant les états mentaux au post-test était associé à l'intérêt et curiosité au pré-test ($B = 0.41, p = .002$) alors que la certitude concernant les états mentaux au post-test était marginalement liée au nombre de mesures éducatives antérieures ($B = -0.41, p = .062$) et au type d'intervention ($B = 0.53, p = .077$), les participants du groupe IR présentant des scores marginalement plus élevés par rapport aux participants du groupe IH.

Enfin, les scores à la CHAOS au post-test étaient positivement liés aux scores CHAOS au pré-test ($B = 0.32, p = .020$) et négativement liés à la présence d'un trouble de santé mentale chez le parent ($B = -0.23, p = .004$), les parents présentant au moins un trouble de santé mentale ayant des scores plus faibles que les parents n'en présentant pas.

Tableau 5. Résultats des analyses de régression multiniveau

VD : Problèmes externalisés (CBCL-Ext)						
Modèle	<i>n</i> (<i>k</i>)	Variable indépendante	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	47 (37)	Niveau 1				

Intercept aléatoire,		CBCL-Ext pré-test	0.78	0.07	11.91	< .001
Pentes fixes		Niveau 2				
$R^2 = 0.79$		Groupe (IR = 1, IH = 0)	-7.57	1.69	-4.59	< .001

VD : Problèmes internalisés (CBCL-Int)

Modèle	<i>n</i> (<i>k</i>)	Variable indépendante	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercept aléatoire,	47 (37)	Niveau 1				
Pentes fixes		CBCL-Int pré-test	0.75	0.12	6.49	< .001
$R^2 = 0.64$		Niveau 2				
		Groupe (IR = 1, IH = 0)	-4.13	2.04	-2.03	.043

VD : Stress parental : détresse parentale (PSI-DP)

Modèle	<i>n</i> (<i>k</i>)	Variable indépendante	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercept aléatoire,	53 (41)	Niveau 1				
Pentes fixes		PSI-DP pré-test	0.56	0.16	3.43	.001
$R^2 = 0.58$		Niveau 2				
		Maltraitance parent	0.09	0.06	1.51	.132
		Groupe (IR = 1, IH = 0)	-3.13	2.31	-1.36	.175

VD : Stress parental : interaction dysfonctionnelle (PSI-ID)

Modèle	<i>n</i> (<i>k</i>)	Variable indépendante	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>IC</i>
Intercept aléatoire,	52 (41)	Niveau 1				
Pentes fixes		PSI-ID pré-test	0.45	0.14	3.35	.001
$R^2 = 0.63$		Genre enfant (1 = fille, 2 = garçon)	3.95	2.64	1.50	.135
		Nombre de mesures	1.34	1.93	0.69	.488
		Age de l'enfant	0.07	0.04	1.54	.124
		Niveau 2				
		Groupe (IR = 1, IH = 0)	-4.53	2.40	-1.89	.059

VD : Stress parental : enfant difficile (PSI-ED)

Modèle	<i>n</i> (<i>k</i>)	Variable indépendante	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercept aléatoire,	52 (41)	Niveau 1				
Pentes fixes		PSI-ED au pré-test	0.54	0.14	3.91	< .001

$R^2 = 0.46$		Genre enfant (1 = fille, 2 = garçon)	3.20	2.51	1.28	.203
		Nombre de mesures	4.66	2.15	2.17	.030
		Niveau 2				
		Groupe (IR = 1, IH = 0)	-5.89	2.25	-2.62	.009

VD : Stress parental : score total (PSI-Tot)

Modèle	<i>n</i> (<i>k</i>)	Variable indépendante	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercept aléatoire,	52 (41)	Niveau 1				
Pentes fixes		PSI-Tot pré-test	0.53	0.23	2.33	.020
$R^2 = 0.57$		Genre enfant (1 = fille, 2 = garçon)	8.43	8.61	0.98	.327
		Age de l'enfant	0.15	0.17	0.89	.376
		Nombre de mesures	7.08	5.89	1.20	.229
		Niveau 2				
		Groupe (IR = 1, IH = 0)	-12.42	6.49	-1.91	.056

VD : Fonctionnement réflexif parental : pré-mentalisation (PRFQ-PM)

Modèle	<i>n</i> (<i>k</i>)	Variable indépendante	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercept aléatoire,	52 (41)	Niveau 1				
Pentes fixes		PRFQ-PM pré-test	0.20	0.10	2.09	.037
$R^2 = 0.48$		Nombre de mesures	0.51	0.19	2.69	.007
		Age de l'enfant	0.00	0.00	0.49	.625
		Niveau 2				
		Groupe (IR = 1, IH = 0)	-0.64	0.23	-2.78	.005

VD : Fonctionnement réflexif parental : intérêt curiosité (PRFQ-IC)

Modèle	<i>n</i> (<i>k</i>)	Variable indépendante	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercept aléatoire,	50 (39)	Niveau 1				
Pentes fixes		PRFQ-IC pré-test	0.41	0.13	3.09	.002
$R^2 = 0.34$		Niveau 2				
		Maltraitance parent	-0.01	0.01	-1.61	.107
		Groupe (IR = 1, IH = 0)	0.11	0.21	0.51	.612

VD : Fonctionnement réflexif parental : certitude (PRFQ-CM)

Modèle	<i>n</i> (<i>k</i>)	Variable indépendante	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercept aléatoire,	51 (41)	Niveau 1				
Pentes fixes		PRFQ-CM pré-test	0.01	0.19	0.05	.959
$R^2 = 0.28$		Nombre de mesures	-0.41	0.22	-1.87	.062
		Niveau 2				
		Groupe (IR = 1, IH = 0)	0.53	0.30	1.77	.077

VD : Chaos

Modèle	<i>n</i> (<i>k</i>)	Variable indépendante	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercept aléatoire,	53 (41)	Niveau 1				
Pentes fixes		Chaos pré-test	0.34	0.14	2.40	.016
$R^2 = 0.22$		Niveau 2				
		Troubles de santé mentale parent : cumul	-0.04	0.03	-1.59	.111
		Groupe (IR = 1, IH = 0)	-0.07	0.09	-0.80	.424

Tableau 6. Satisfaction du parent face à l'intervention

	Groupe IR		Groupe IH	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Satisfaction du parent				
Oui	19	86.4	7	33.3
Non	3	13.6	14	66.7
Pas de réponse	6			
Recommandation de l'Intervention				
Oui	18	81.8	6	28.6
Non	4	18.2	15	71.4
Pas de réponse	6			

4. Discussion et pistes d'amélioration

4.1 Discussion

Avec cette recherche-action sur l'implantation de l'Intervention relationnelle, nous présentons les premiers résultats, en France, d'une intervention à court terme (8 séances) visant à améliorer la sensibilité des parents ayant fait l'objet d'un signalement pour abus et/ou négligence envers les enfants. Il s'agit de l'une des premières études à démontrer l'efficacité de cette intervention auprès d'enfants en protection de l'enfance âgés de plus de 5 ans (jusqu'à 7 ans). Nous présentons dans cette partie, la discussion de nos résultats sur une partie de nos variables : les problèmes de comportement de l'enfant, le fonctionnement réflexif parental, le stress parental et les perturbations au niveau de l'organisation familiale.

4.1.1 Caractéristiques de notre échantillon

Tout d'abord, les données recueillies au pré-test indiquent que les parents de l'échantillon présentent des difficultés importantes sur le plan social et psychologique, et que leurs enfants vivent dans des conditions particulièrement difficiles. Ces données confirment le statut de l'échantillon comme une population vulnérable et à très haut risque, tel qu'indiqué par les scores présentés aux tableaux 1 et 2 et en comparaison avec les données disponibles dans la population générale.

Les parents (principalement des mères), ont un faible niveau de scolarisation (collège), et une proportion importante d'entre eux vivent seuls avec leur(s) enfant(s). La majorité des parents de l'échantillon ont vécu de la maltraitance durant l'enfance et la moitié a bénéficié d'un suivi protection de l'enfance en tant qu'enfant. La moitié des parents vivent, à l'âge adulte, des relations familiales caractérisées par un climat de violence conjugale. Au plan de la santé mentale, on note que de nombreux parents présentent au moins un trouble de santé mentale et qu'ils éprouvent des difficultés importantes dans l'exercice de leur rôle parental : près de la moitié rapportent un seuil clinique de stress relié à leurs responsabilités parentales et un faible fonctionnement réflexif parental. Ces parents présentent par ailleurs un niveau important de désorganisation des représentations d'attachement à leur mère, à leur père et à leur conjoint, ce qui peut constituer un facteur de risque majeur quant à leur capacité à établir une relation sécurisante avec leur enfant.

Il n'est ainsi pas étonnant de constater que les enfants de l'échantillon présentent à leur tour majoritairement des représentations d'attachement insécuré-désorganisé avec leurs parents et que nombreux sont ceux qui ont déjà bénéficié d'une mesure de protection de l'enfance antérieure au suivi actuel. Au niveau comportemental et émotionnel, nous notons des problèmes importants, avec un tiers des enfants qui présentent déjà des seuils cliniques de troubles extériorisés et intériorisés.

Dans l'ensemble, ces données confirment que ces familles constituent une population extrêmement vulnérable. Les recherches actuelles suggèrent qu'en l'absence d'une intervention structurée et ciblée sur les mécanismes en cause, les difficultés développementales, déjà présentes, risquent d'augmenter, de se fixer et de s'étendre à d'autres sphères du fonctionnement (e.g., relations conflictuelles avec les pairs, troubles d'apprentissage ...) (Dubois-Comtois et al., 2022 ; Valentino, 2017). Les grandes difficultés manifestées par les parents en lien avec leur rôle parental et les problèmes importants de fonctionnement observés chez leurs enfants sont donc des préoccupations majeures.

4.1.2 Intervention relationnelle ou suivi usuel en protection de l'enfance

Les intervenants dans les deux groupes se sont montrés très investis dans le suivi auprès des familles. Ces interventions se sont déroulées en respectant le cadre établi. Du côté du groupe Intervention relationnelle, huit rencontres ont été offertes aux dyades lors desquelles l'intervenant a soutenu les habiletés parentales en renforçant les comportements positifs du parent et en favorisant les capacités d'observation et de réflexion du parent sur son enfant et ses besoins. Ce travail s'est réalisé en grande partie à l'aide de la rétroaction vidéo de jeux parent-enfant et d'activités du quotidien. Du côté du groupe intervention habituelle, plusieurs rencontres ont eu lieu avec les dyades et avec les parents et avec les enfants uniquement à un rythme soutenu jusqu'à trois rencontres par semaine. Ces intervenants ont aussi travaillé le soutien à la parentalité et la capacité du parent à réfléchir aux besoins de son enfant, mais cette fois avec les méthodes usuelles, sans un accent sur la relation d'attachement, le renforcement positif et sans le support du jeu parent-enfant avec la rétroaction vidéo.

Au terme du suivi, les résultats montrent que les groupes ne sont plus équivalents quant au fonctionnement des parents et des enfants, alors que cette équivalence avait été démontrée avant le début de l'intervention. Nos résultats montrent donc sans équivoque que c'est le choix de l'intervention qui explique les différences entre les deux groupes au post-test.

4.1.3 Fonctionnement réflexif parental

Concrètement, nos résultats montrent que les parents ayant reçu l'Intervention relationnelle présentent un meilleur fonctionnement réflexif parental. Précisément, on constate une amélioration sur l'échelle de pré-mentalisation. Ce résultat est obtenu en contrôlant le nombre de mesures antérieures, qui représentent un facteur aggravant. En effet, le nombre de signalements indique en quelque sorte le degré de sévérité de la situation. Il s'agit de la première étude sur l'efficacité de l'Intervention relationnelle dans laquelle ce résultat est observé, ce qui s'avère majeur sur le plan clinique. Ce domaine mesure la capacité du parent à faire des inférences appropriées sur le monde subjectif de son enfant (Luyten et al., 2017). Un parent ayant un niveau élevé de pré-mentalisation peut réagir au comportement de son enfant de manière rigide ou lui attribuer des intentions malveillantes. Ces parents peuvent ne pas être en mesure d'entrer dans le monde subjectif de leur enfant, ne tenant compte que de leurs propres émotions et, par conséquent, ils peuvent être plus enclins à être insensibles aux besoins de leur enfant et à réagir de manière excessive. Avec cette nouvelle compétence, il est probable que les parents perçoivent différemment leurs enfants, leurs besoins et les difficultés qu'ils présentent. Plutôt que de percevoir le comportement des enfants comme une attaque personnelle, les parents sont susceptibles de le percevoir désormais comme un signe de détresse. Ils sont alors plus à même d'y réagir adéquatement. En effet, le fait de ne pas attribuer d'intentions négatives aux comportements des enfants leur permet d'avoir une perception plus juste des enjeux sous-jacents et donc d'offrir une réponse sensible et appropriée. Il est très encourageant de constater que l'Intervention relationnelle puisse améliorer directement cet aspect qui est un des éléments travaillés lors des séances de rétroaction vidéo.

Bien qu'il y ait eu une réduction significative des tendances à la pré-mentalisation, il n'y a pas eu de différences concernant la curiosité ou la certitude des parents à l'égard des états mentaux. Pourtant, ces deux aspects de la mentalisation sont également travaillés pendant l'intervention. Il n'est donc pas clair pourquoi aucun résultat n'a été obtenu concernant ces compétences. L'absence de différence sur ces deux échelles pourrait être due au fait que le nombre total de participants était trop faible.

Même si nous n'avons pas observé d'amélioration sur ces deux aspects, il est intéressant de noter que la pré-mentalisation serait la seule échelle associée à la sensibilité parentale (Krink et al., 2018). Notre étude vient donc dans une certaine mesure, avec un protocole expérimental, confirmer ce résultat de recherche. Confirmation qui sera d'autant plus saillante lorsque nous aurons analysé les vidéos d'interactions parent-enfant.

4.1.4 Stress parental

Autre amélioration notable pour les parents à l'issue de l'Intervention relationnelle : la diminution du stress associé au rôle parental. En effet, nos résultats ont démontré que l'Intervention relationnelle, contrairement à l'intervention habituelle, a permis de diminuer le niveau de stress parental lié plus particulièrement aux comportements difficiles de l'enfant. A nouveau, il est intéressant de constater que l'intervention améliore cet aspect, malgré le nombre de mesures de protection de l'enfance (antérieure à celle-ci), qui est un reflet de la complexité de la situation familiale. On retrouve également un effet marginal de l'intervention sur le stress parental lié aux interactions dysfonctionnelles et le stress parental total. Les études antérieures que nous avons réalisées au Canada et en Espagne n'avaient pas permis d'observer cet effet de l'Intervention relationnelle sur le stress parental auprès d'une population en protection de l'enfance (Dubois-Comtois et al., 2017 ; Eguren et al., sous presse). Le niveau particulièrement à risque du présent échantillon et l'âge plus élevé des enfants constituent sans doute des facteurs de risque supplémentaires pour lesquels l'Intervention relationnelle s'est révélé un atout majeur. D'autres études réalisées avec des populations aussi fragilisées permettront de confirmer cette hypothèse.

Nous avons par ailleurs constaté des corrélations positives entre l'échelle de pré-mentalisation et les différentes échelles du stress parental. Par exemple, de manière intéressante la pré-mentalisation était corrélée positivement à l'échelle "enfant difficile" (pré-test : $r = .67$; post-test : $r = .71$). La diminution du mode de pensée pré-mentalisateur constatée après l'Intervention relationnelle, pourrait être liée à la diminution du stress parental sur cette échelle et vice-versa. Autrement dit, comme le parent interprète moins les comportements de son enfant comme étant hostile ou menaçant, il pourrait ressentir moins de stress lié aux comportements difficiles de son enfant. L'inverse est également vrai, puisque qu'en diminuant la pression que le parent ressent dans son rôle, il peut devenir davantage disponible à réfléchir aux difficultés de son enfant sans se sentir attaqué. Cette tendance se retrouve également avec les échelles "interaction dysfonctionnelle" et "stress total" (pré-test : $r = .70$; post-test $r = .61$; pré-test : $r = .73$; post-test $r = .61$, respectivement). Ces résultats sont d'autant plus importants que le stress parental est associé dans la littérature à la sensibilité parentale (Pereira et al., 2012).

Encore une fois, cette absence de résultat sur les autres échelles peut être dû à la taille de notre échantillon qui limitent la puissance statistique. Ces résultats prometteurs seront à confirmer avec la poursuite de notre étude. Toutefois, on ne retrouve pas d'effet sur l'échelle de détresse

parentale, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les interventions (relationnelle ou contrôle) ne ciblent pas précisément cet aspect. En parallèle du programme, apporter un soutien spécifique au parent pour diminuer la détresse ressentie dans son rôle parental, pourrait être un axe de travail complémentaire et bénéfique, en retour, sur la relation parent-enfant.

4.1.5 Problèmes de comportement

Ensuite, on constate que les enfants qui ont bénéficié de l'Intervention relationnelle présentent moins de problèmes de comportements externalisés et internalisés (mesurés chez les enfants de plus de 18 mois) que ceux ayant reçu l'intervention habituelle. Ce résultat est fort important puisqu'il se trouve à la base de l'idée que les interventions en protection de l'enfance doivent permettre de changer la trajectoire défavorable des enfants suivis. En effet, il est établi que ces enfants présentent des niveaux plus élevés de problèmes de comportement que les enfants tout-venant (Goemans et al., 2016) et que la présence de troubles de comportement dès l'enfance est un important prédicteur de difficultés d'adaptation futures (Reef et al., 2010). À travers une intervention qui favorise la relation parent-enfant, nos résultats confirment qu'une réponse parentale plus adéquate et sensible favorise la régulation comportementale (et émotionnelle) des enfants, et ce, malgré le lourd historique de certaines familles.

Il est intéressant de noter que ce questionnaire sur les comportements de l'enfant a été rempli par le parent. Nous ne savons donc pas clairement si le comportement de l'enfant a changé de manière objective ou s'il s'agit plutôt d'une modification de la perception des comportements de l'enfant par le parent. Il est très prometteur de constater que, au-delà des comportements extériorisés, autrement dit les comportements plus problématiques au quotidien, le parent perçoit également une amélioration au niveau des comportements intériorisés. Il est possible qu'avec les séances répétées de rétroaction vidéo, ou le parent s'exerce à observer les manifestations de son enfant, il porte un regard plus attentif à son enfant. De plus, les discussions thématiques apportent, dans une certaine mesure, une nouvelle compréhension des comportements et plus largement du développement de l'enfant. Il serait intéressant, pour de futures études, d'avoir recours à de multiples évaluateurs (ex. enseignant) pour connaître différentes perspectives sur l'adaptation de l'enfant, mais aussi pour savoir comment ce dernier se comporte dans différents milieux.

Nous avons, en outre, constaté des corrélations positives entre l'échelle de pré-mentalisation et les échelles de problèmes de comportements. La pré-mentalisation était

corrélée positivement à l'échelle "externalisation" (pré-test : $r = .60$; post-test $r = .68$) et à l'échelle "internalisation" (post-test $r = .64$). Un moindre recours au mode de pensée prémentalissant constatée dans le groupe Intervention relationnelle, pourrait être liée à un moindre niveau de problèmes externalisés et internalisés perçu par le parent. Avec ses nouvelles compétences réflexives, le parent semble plus habile pour identifier et mettre du sens sur les comportements de son enfant, ainsi, il pourrait percevoir différemment les problèmes de comportement. Il se peut également que si le parent a moins tendance à utiliser le mode prémentalissant, il pourrait mieux soutenir son enfant, ce qui l'amène à mieux se réguler.

4.1.6 Perturbations familiales

Aucun effet de l'intervention n'a été observé sur les perturbations familiales (confusion, prévisibilité, agitation). Ainsi, bien qu'il y ait une nette amélioration au niveau du fonctionnement réflexif parental et du stress parental éprouvé suite à l'exposition à l'intervention, ces changements positifs dans les compétences parentales ne semblent pas entraîner une diminution dans les perturbations à l'intérieur de la famille.

Comme l'Intervention relationnelle vise également à améliorer la prévisibilité des parents, peut-être faut-il un certain temps pour que les habiletés nouvellement acquises aient un impact positif au niveau de l'organisation familiale. Une étude récente a montré que l'Intervention relationnelle s'était avérée efficace pour aider le parent à organiser l'environnement familial, en contexte de pandémie (Eguren et al., sous presse). La grande vulnérabilité de notre échantillon, et le statut monoparental pour la majorité des parents avec un voire plusieurs enfants, pourraient expliquer le défi que représente d'organiser le fonctionnement familial et donc éventuellement cette différence de résultat.

Il serait intéressant de faire un suivi longitudinal pour vérifier si, quelques mois après la fin de l'intervention, le niveau de perturbation familiale a diminué.

4.1.7 Satisfaction liée à l'intervention

Pour finir, à l'issue de l'Intervention relationnelle, le niveau de satisfaction des parents est particulièrement prometteur. En effet, ils se disent satisfaits à 86.4 % après l'Intervention relationnelle contre 33.3 % pour l'intervention habituelle et 81.8 % d'entre eux recommanderaient l'Intervention relationnelle à une personne proche contre 28.6 % dans le groupe contrôle. Au-delà des résultats sur l'efficacité de l'Intervention relationnelle, ces

données montrent que les parents qui sont exposés à ce programme en voient la pertinence et sentent qu'elle leur a été utile. Le niveau de satisfaction de l'intervention habituelle est sans doute au reflet de la façon dont les parents perçoivent de façon générale les services en protection de l'enfance. Qu'une intervention à l'intérieur même de ce service soit perçue très favorablement montre qu'il est possible de créer une alliance positive avec les parents en contexte de maltraitance, alliance qui constitue un puissant moteur de changement comme en témoignent les résultats obtenus sur l'efficacité du programme. À cet égard, il serait intéressant d'évaluer si le niveau de satisfaction du parent peut modérer l'effet de l'intervention. En effet, dans une étude, Dozier et Bates (2004) ont montré que les effets des programmes de rétroaction vidéo, basés sur l'attachement, peuvent être plus importants quand le parent ressent une plus grande confiance envers l'intervenant.

4.2 Conclusion

En conclusion, il apparaît clairement que les familles de l'échantillon, qui étaient caractérisées par un niveau élevé de risque, ont bénéficié d'une intervention structurée et de courte durée, inspirée des principes de la théorie de l'attachement et utilisant la rétroaction vidéo pour amener le parent à mieux observer les signaux et manifestations de son enfant afin d'adopter des comportements plus sensibles envers lui. En regard les résultats, bien que préliminaires, de la présente étude qui démontrent à nouveau les effets bénéfiques de l'Intervention relationnelle sur le parent et sur l'enfant, il nous semble que ce programme devrait être implanté à plus grande échelle auprès d'autres familles vulnérables, suivies en protection de l'enfance en France. Les échanges avec les intervenants qui l'ont intégré dans leur pratique (Pressoirs et également dans d'autres milieux cliniques) permet de constater un consensus quant aux avantages de cette approche en protection de l'enfance. L'intérêt que revêt l'Intervention relationnelle en contexte de protection de l'enfance est partagé par l'institution des Pressoirs du Roy qui souhaite, à l'issue de la recherche-action, l'implanter de manière pérenne. L'ensemble des professionnels du pôle parentalité va être formé à partir du premier trimestre 2024 à cet outil, qui sera l'outil de référence pour soutenir la relation d'attachement de l'enfant.

Par ailleurs, nous poursuivons la présente recherche afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention pour documenter 1) les effets sur la sensibilité parentale lors des interactions parent-enfant et la qualité de l'attachement de l'enfant ; 2) les effets modérateurs sur

l'intervention de facteurs de risque chez le parent : les représentations d'attachement, les problèmes de santé mentale, le vécu de maltraitance durant l'enfance mais aussi la satisfaction liée à l'intervention.

Nous recommandons également comme pistes pour de prochaines recherches d'évaluer 3) le maintien à moyen terme des changements favorables observés chez les parents et les enfants suite à l'exposition à l'Intervention relationnelle ; 4) si des effets favorables de l'intervention sur certaines variables peuvent se manifester quelques mois suivant la fin de l'intervention, alors qu'aucun effet immédiat n'avait été obtenu.

Références

- Abidin, R. R. (1995). Manual for the parenting stress index. *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.*
- Abidin, R. R. (1997). Parenting Stress Index: a measure of the parent–child system. Dans C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Éds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 277-291). Lanham: Scarecrow Education.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles* (Vol. 30). Burlington, VT: University of Vermont, Research center for children, youth, & families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment Burlington, VT: University of Vermont. *Research Center for Children, Youth, & Families, 1617.*
- Ainsworth, M. D. S. (1982). « Attachment: Retrospect and Prospect ». Dans Parkers, C. M., & Stevenson-Hinde, J. (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*. New York : Basic Books. p. 3-30.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van Ijzendoorn, M. H. (1998). « Interventions with video feedback and attachment discussions : Does type of maternal insecurity make a difference? » *Infant Mental Health Journal*, vol. 19(2), p. 202-219.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). « Less is more : Meta- analyses of sensitivity and attachment
- Baydar, N., Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child development*, 74(5), 1433-1453.
- Bell, R. Q. (1971). « Stimulus control of parent or caretaker behavior by offspring ». *Developmental Psychology*, 4 (1), p. 63-71.
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O., & Carlson, E. (2012). Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized

- clinical trial. *Child Development*, 83(2), 623–636. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01712.x>
- Bernstein, D. P., & Fink, L. A. (1998). CTQ: Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report. *San Antonio, TX: Psychological Corp.*
- Bretherton, I., Oppenheim, D., Buchsbaum, H., & Emde, R. N. (1990). The MacArthur story stem battery. *Unpublished manual.*
- Charest, F., Hébert, M., Bernier, A., Langevin, R., & Miljkovitch, R. (2018). Behavior problems in sexually abused preschoolers over a 1-year period: The mediating role of attachment representations. *Development and Psychopathology*. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000226>
- Cicchetti, D., & Doyle, C. (2016). Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations. *World Psychiatry*, 15(2), 89-90.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and psychopathology*, 18(03), 623-649.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (p. 129–201). John Wiley & Sons Inc.
- Clark, G. N., & Seifer, R. (1983). « Facilitating mother-infant communication: A treatment model for high-risk and developmentally-delayed infants ». *Infant Mental Health Journal*, 4 (2), p. 67-89
- Crozier, J. C., & Barth, R. P. (2005). Cognitive and academic functioning in maltreated children. *Children & Schools*, 27(4), 197-206
- Cyr-Desautels, L., Amédée, L. M., Dubois-Comtois, K., Hébert, M., Cyr, C. (2017). Portrait de la relation entre les enfants (8-12 ans) et leur éducateur en centre et foyer d'hébergement. Affiche présentée au 39^e Congrès annuel de la *Société québécoise pour la recherche en psychologie* (SQRP), Montréal, Canada.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(01), 87-108.
- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Geneviève, M., Poulin, C., Pascuzzo, K., Losier, V., . . . Moss,

- E. (2012). Attachment theory in the assessment and promotion of parental competency in child protection cases. In A. Muela (Ed.), *Child Abuse and Neglect - A multidimensional approach* (pp. 63–86). InTech.
- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Paquette, D., Lopez, L., Bigras, M. (2020) An Attachment-Based Parental Capacity Assessment Protocol to Orient Decision-making in Child Protection Cases: A Plea for an Assessment of Parental Capacity to Change. *Child Maltreatment*. <https://doi.org/10.1177/1077559520967995>
- Danner Touati, C., Miljkovitch, R., Sirparanta, A., & Deborde, A.-S. (2021a). The role of attachment to the foster parent with regard to suicidal risk among adult survivors of childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 104886. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104886>
- Danner Touati, C., Miljkovitch, R., Sirparanta, A., & Deborde, A.-S. (2021b). The impact of out-of-home placement characteristics with regard to suicidal risk among adult survivors of childhood abuse. *Developmental Child Welfare*, 2516103221992777. <https://doi.org/10.1177/2516103221992777>
- Desjardins, N., Dumont, J., Laverdure, J., & Poissant, J. (2003). *L'attachement au cœur du développement de l'enfant : guide pour soutenir le développement de l'attachement de la grossesse à deux ans*. Institut de recherche de santé publique du Québec. Document de travail non publié, version du 10 octobre 2003.
- Desjardins, N., Dumont, J., Laverdure, J., & Poissant, J. (2005). *L'attachement au cœur du développement du nourrisson : guide pour soutenir le développement de l'attachement de la grossesse à un an*. Institut de recherche de santé publique du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : Gouvernement du Québec. 177 pages. Disponible sur le site : www.msss.gouv.qc.ca
- Dozier, M., & Bates, B. C. (2004). Attachment State of Mind and the Treatment Relationship. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 167–180). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2004). « Relation entre l'attachement et les interactions mère- enfant en milieu naturel et expérimental à l'âge scolaire ». *Revue Canadienne des sciences du comportement*, 36 (4), p. 267-279.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., & Moss, E. (2011). Attachment behavior and mother- child conversations as predictors of attachment representations in middle childhood: A longitudinal study. *Attachment & human development*, 13(4), 335-357.
- Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsy G M, St-Laurent D, Bernier A, Moss, E. (2017).

- Testing the limits: Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Development and Psychopathology*, 29,565-574.
- Dubois-Comtois K, Cyr C. (2017). Conséquences développementales de la maltraitance et pistes d'intervention : Du placement à l'intervention parent-enfant. In: Miljkovitch R, Morange-Majoux F, Sanders E, Eds. *Traité de psychologie du développement* (pp.363-370). Paris : Presses universitaires de France
- Dubois-Comtois, K., Côté, C., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & René- Lavarone, L. (2022). Apports de l'Intervention relationnelle en contextede protection de la jeunesse. Dans D. St-Laurent, K. Dubois-Comtois & C. Cyr(Éds), *La maltraitance : Perspective développementale et écologique*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Duchesne, D., Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2007). La théorie de l'attachementcomme outil d'intervention auprès des parents d'accueil et des enfants placés. *Revue Prisme*, 46, 96-113.
- Dumas JE, Nissley J, Nordstrom A, et al. (2005). Home Chaos: Sociodemographic, Parenting, Interactional, and Child Correlates. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 93–104. doi:10.1207/s15374424jccp3401_9
- Eguren, A., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., & Muela, A. (Sous presse). Effects of the Attachment Video-feedback Intervention (AVI) on Parents and Children at Risk of Maltreatment during the COVID-19 Pandemic. *Child Abuse & Neglect*,
- Fay-Stammbach, T., Hawes, D. J., & Meredith, P. (2017). Child maltreatment andemotion socialization: Associations with executive function in the preschool years. *Child abuse & neglect*, 64, 1-12.
- Fresno, A., Spencer, R., Ramos, N., & Pierrehumbert, B. (2014). The effect of sexualabuse on childrene on childrenciations with executive fu *Journal of Child SexualAbuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 23(2), 128-145.
- Gardner, M. J., Thomas, H. J., & Erskine, H. E. (2019). The association between fiveforms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematicreview and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 96, 104082
- Goemans, A., van Geel, M., van Beem, M., & Vedder, P. (2016). Developmental outcomes of foster children: A meta-analytic comparison with children from the general population and children at risk who remained at home. *Child maltreatment*, 21(3), 198-217.
- Guedeney, A., Wendland, J., Dugravier, R., Saïas, T., Tubach, F., Welniarz, B., ... & Pasquet, B. (2013). Impact of a randomized home-visiting trial on infant social withdrawal in the CAPEDP Prevention Study. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 594-601.

- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence : A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect, 103*(104446). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>
- Halpern, S. C., Schuch, F. B., Scherer, J. N., Sordi, A. O., Pachado, M., Dalbosco, C., ... & Von Diemen, L. (2018). Child maltreatment and illicit substance abuse:a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Child abuse review, 27*(5), 344-360.
- Harms, M. B., Leitzke, B. T., & Pollak, S. D. (2019). Maltreatment and emotional development. In *Handbook of Emotional Development* (pp. 767-786). Springer,Cham.
- Hébert, M., Langevin, R., & Charest, F. (2020). Disorganized attachment and emotion dysregulation as mediators of the association between sexual abuse and dissociation in preschoolers. *Journal of Affective Disorders, 267*, 220-228.
- Heubeck, B. G. (2000). Cross-cultural generalizability of CBCL syndromes across three continents: from the USA and Holland to Australia. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*(5), 439-450.
- Humphreys, K. L., King, L. S., Choi, P., & Gotlib, I. H. (2018). Maternal depressive symptoms, self-focus, and caregiving behavior. *Journal of Affective Disorders, 238*, 465-471. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.072>
- Juffer, J., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention* (pp. 10-21). New York, NY: Taylor & Francis Group/Lawrence Erlbaum Associates.
- Kim, K., Mennen, F. E., & Trickett, P. K. (2017). Patterns and correlates of co- occurrence among multiple types of child maltreatment. *Child & family socialwork, 22*(1), 492-502.
- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M.(2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry, 213*(6), 698-703.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Van IJzendoorn, M.H., Mangelsdorf, S. C., & Zevalkink, J. (2006). Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health, 27*(5), 466-493.
- Krink, S., Muehlhan, C., Luyten, P., Romer, G., & Ramsauer, B. (2018). Parental reflective functioning affects sensitivity to distress in mothers with postpartum depression. *Journal of Child and Family Studies, 27*(5), 1671–1681. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-1000-5>

- Larin, S. (2002). *Évaluation de l'efficacité du programme « Co-Naître » auprès de mère et d'enfant extrêmement prématuré*. Thèse de doctorat non publiée. Université Laval.
- Larin, S., St-Georges, R., Jacques, C., Otis, N., & Desaulniers, R. (2006). *Programme en intervention relationnelle : Guide d'intervention*. Les Centres jeunesse de Lanaudière, Joliette.
- Lowell, A., Renk, K., & Adgate, A. H. (2014). The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. *Child Abuse & Neglect, 38*(9), 1436-1449.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PloS One, 12*(5), e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, Third edition* (pp. 667-695). New York: The Guilford Press.
- Maclean, M. J., Sims, S. A., & O'Donnell, M. (2019). Role of pre-existing adversity and child maltreatment on mental health outcomes for children involved in child protection: population-based data linkage study. *BMJ open, 9*(7), e029675.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental psychology, 49*(4), 672.
- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L., & Lyons-Ruth, K. (2016). Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological Bulletin, 142*(4), 367.
- Main, M. (1991). « Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular vs multiple models of attachment: Findings and directions for futures research ». Dans C. Parkes, J. Stevenson-Hinde, et P. Marris (Eds). *Attachment Across the Life Cycle*, London: Routledge. p. 127-157.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). « The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-preschool child dyads ». *Attachment and Human Development, 4* (1), p. 107-124.
- Matheny AP, Wachs TD, Ludwig JL, et al. (1995). Bringing order out of chaos: Psychometric characteristics of the confusion, hubbub, and order scale. *Journal of Applied Developmental Psychology, 16*(3);429-444. doi:10.1016/0193-3973(95)90028-4
- McMurtry, S. L. (1994). Client satisfaction inventory (CSI).

- McMurtry, S. L., & Hudson, W. W. (2000). The Client Satisfaction Inventory: Results of an initial validation study. *Research on Social Work Practice, 10*(5), 644-663.
- Miljkovitch, R. (2019). L'Attachment Multiple Model Interview. In R. Miljkovitch, A. Borghini, & B. Pierrehumbert (Éds.), *Évaluer l'attachement : Du bébé à la personne âgée*. Éditions Philippe Duval.
- Miljkovitch, R., Moran, G., Roy, C., Jaunin, L., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., ...& Borghini, A. (2013). Maternal interactive behaviour as a predictor of preschoolers' attachment representations among full term and premature samples. *Early human development, 89*(5), 349-354.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Bretherton, I., & Halfon, O. (2004). Associations between parental and child attachment representations. *Attachment & Human Development, 6*(3), 305-325.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., & Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir, 15*(2), 143-177.
- Miljkovitch, R., Moss, E., Bernier, A., Pascuzzo, K., & Sander, E. (2015). Refining the assessment of internal working models : The Attachment Multiple Model Interview. *Attachment & Human Development, 17*(5), 492-521. psych.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1075561>
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismoore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. *Clinical child and family psychology review, 16*(2), 146-172.
- Milot, T., St-Laurent, D., Ethier, L. S., & Provost, M. A. (2010). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother-child communication. *Child Maltreatment, 15*(4), 293-304.
- Moran, G., Pederson, D. R., & Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health, 26*(3), 231-249
- Moss, E., Tarabulsky, G., Bernier, A., St-Laurent, D., & Cyr, C. (2004). Modèle de la théorie du changement : Livrable de relationnelle destinée à l'enfant (0-5 ans) et à son parent des Centres jeunesse de Lanaudière. Document non publié : Centre d'étude sur l'attachement et la famille (CEAF) et Centres jeunesse de Lanaudière.

- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(01), 195-210.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child development*, 69(5), 1390-1405.
- Muller, R. T., Thornback, K., & Bedi, R. (2012). Attachment as a mediator between childhood maltreatment and adult symptomatology. *Journal of Family Violence*, 27(3), 243-255.
- NICHD Early Child Care Research Network. (2002). Early Child Care and Children's Development Prior to School Entry: Results from the NICHD Study of Early Child Care. *American Educational Research Journal*, 39(1), 133-164. <http://www.jstor.org/stable/3202474>
- Nikulina, V., & Widom, C. S. (2013). Child maltreatment and executive functioning in middle adulthood: a prospective examination. *Neuropsychology*, 27(4), 417.
- Observatoire national de la protection de l'enfance. (2021). *Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2019. Note statistique.*
- Oppenheim, D., & Goldsmith, D. F. (Eds.). (2007). *Attachment theory in clinical work with children bridging the gap between research and practice.* The Guilford Press.
- Pereira, J., Vickers, K., Atkinson, L., Gonzalez, A., Wekerle, C., & Levitan, R. (2012). Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. *Child abuse & neglect*, 36(5), 433-437. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.006>
- Pianta, R. C. (1992). Child-parent relationship scale. Unpublished measure. University of Virginia.
- Pillhofer, M., Spangler, G., Bovenschen, I., Kuenster, A. K., Gabler, S., Fallon, B., ... & Ziegenhain, U. (2015). Pilot study of a program delivered within the regular service system in Germany: Effect of a short-term attachment-based intervention on maternal sensitivity in mothers at risk for child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 42, 163-173.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Reef, J., van Meurs, I., Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2010). Children's problems predict adults' DSM-IV disorders across 24 years. *Journal of the American Academy of*

- Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1117–1124.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.002>
- Rholes, W. S., Paetzold, R. L., & Kohn, J. L. (2016). Disorganized attachment mediates the link from early trauma to externalizing behavior in adult relationships. *Personality and Individual Differences*, 90, 61-65.
- Santé publique France. (2019). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. Santé publique France.
- Saïas, T., Kargakos, S., Bodard, J., Dugravier, R., Bonnard, A., du Roscoat, E. R., & Sempé, S. (2019). Soutenir les compétences des intervenantes de prévention précoce en France : usages et effets du dispositif PANJO. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 5(3).
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22–33
- Solomon, J., George, C., & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7(3), 447-463.
- Speltz, M. L., McClellan, J., DeKlyen, M., & Jones, K. (1999). Preschool boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 838-845. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199907000-00013>
- Stern, D. (1977). *Mère-enfant : les premières relations*. Liège : Pierre-Mardaga. 191 pages.
- Stern, D. (1997). *La constellation maternelle*. Paris : Calmann-Lévy, 195 pages.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe : Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child abuse & neglect*, 24(10), 1257-1273.
- Tarabulsy, G., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Moss, E. (2014). *Manuel de formation : L'intervention relationnelle*. Association des Centres Jeunesse du Québec, Montréal, Qc. 107 p.

- Tarabulsky, G. M. & Bussi eres, E-L., (2012). *G ENERATION, Manuel de l'intervenant*, v1.4, Université Laval, document in dit. Tremblay, C, Gagnon, M.M.,
- Tarabulsky, G. M., Baudry, C., Pearson, J., Milot, T., Cyr, C., Provost, M. A. et Lemelin, J. P. (2019). Implementation and effectiveness evaluation of the Attachment Video-Feedback Intervention strategy in five child protection settings in Quebec [Conference session]. International Attachment Conference, Vancouver, BC, Canada.
- Tereno S, Guedeney N, Dugravier R, et al. Sécurité de l'attachement des jeunes enfants dans une population française vulnérable. *L'Encephale* 2016; 43:99–103.
- Tereno S, Guedeney N, Greacen T, Steele H, Steele M, et al. CAPEDP-attachment: an early home-based intervention targeting multirisk families. *Handbook of attachment-based interventions*. New York: The Guilford Press; 2018. 220–244.
- Valentino, K. (2017). Relational interventions for maltreated children. *Child development*, 88(2), 359-367. doi: 10.1111/cdev.12735
- Van der Asdonk, S., Cyr, C., & Alink, L (2021) Improving parent–child interactions in maltreating families with the Attachment Video-feedback Intervention: Parental childhood trauma as a moderator of treatment effects, *Attachment & Human Development*, 23:6, 876-896, DOI: [10.1080/14616734.2020.1799047](https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1799047)
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae, *Development & Psychopathology*, 11, 225-249.
- Van Ijzendoorn, M. H., Juffer, F., & Duyvesteyn, M. G. C. (1995). « Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based intervention on maternal sensitivity and infant security ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (2), p. 225-248.
- Zeanah, C. H. (2019). Navigating the science-practice gap in child maltreatment. *Journal of child psychology and psychiatry*, 60(11), 1149-1151.
- Zelenko, M., & Benham, A. (2000). « Videotaping as a therapeutic tool in psychodynamic infant- parent therapy ». *Infant Mental Health Journal*, 21 (3), p. 192-203.

Liste des figures

<i>Figure 1. Structure de l'intervention</i>	20
<i>Figure 2. Cibles d'intervention (Communauté montréalaise sur l'Attachement et l'intervention RElationnelle, 2018) 1</i>	24
<i>Figure 3 : Etapes lors de la supervision 1</i>	27
<i>Figure 4. Cheminement des participants 1</i>	39

Liste des Tableaux

<i>Tableau 1. Statistiques descriptives de l'échantillon total, et par groupes d'intervention</i>	48
<i>Tableau 2. Moyennes et écarts-types des scores des Histoires à compléter (3 – 7 ans) et de l'Attachment Multiple Model Interview (adulte) au pré-test pour l'échantillon global et pour les groupes IR et IH, et comparaison des groupes IR et IH sur les scores aux Histoires à compléter</i>	49
<i>Tableau 3. Comparaisons des participants sur les variables dépendantes au prétest</i>	53
<i>Tableau 4. Résultats des analyses de régression multiniveau visant à identifier les liens entre les variables d'intérêt et les variables contrôles éventuelles</i>	54
<i>Tableau 5. Résultats des analyses de régression multiniveau</i>	60
<i>Tableau 6. Satisfaction du parent face à l'intervention</i>	63
<i>Tableau 7. seuils cliniques au CBCL</i>	90
<i>Tableau 8. Moyennes et écarts-types des scores au PRFO au prétest et au post-test pour l'échantillon total et pour les groupes IR et IH.</i>	105
<i>Tableau 9. Moyennes et écarts-types des scores à l'ISP au prétest et au post-test pour l'échantillon total et pour les groupes IR et IH.</i>	105
<i>Tableau 10. Moyennes et écarts-types des scores au CHAOS au prétest et au post-test pour l'échantillon</i>	106
<i>Tableau. 11 Moyennes et écarts-types des scores au CTQ au prétest et au post-test pour l'échantillon total et pour les groupes IR et IH.</i>	107
<i>Tableau 12. Fréquence des troubles de santé mentale du parent et nombre de troubles accumulés par les parents.</i>	108
<i>Tableau 13. Corrélations bivariées entre les variables d'intérêt au prétest.</i>	108
<i>Tableau 14. Corrélations bivariées entre les variables d'intérêt au post-test.</i>	109

Liste des Annexes

Annexe 1 : Certifications éthiques

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Annexe 3 : Questionnaire CBCL 1- 5 ans

Annexe 4 : Questionnaire CBCL 6 – 18 ans

Annexe 5 : Questionnaire CHAOS

Annexe 6 : Questionnaire PRFQ

Annexe 7 : Questionnaire PSI

Annexe 8 : Questionnaire CTQ

Annexe 9 : Tableaux complémentaires



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE - PSYCHOLOGIE ET PSYCHOÉDUCATION

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche - Psychologie et Psychoéducation a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **Mesure de l'efficacité de l'intervention relationnelle (Attachment Video Feedback Intervention) au sein d'une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) en France**

Chercheur(s) : Karine Dubois-Comtois
Département de psychologie

Organisme(s) : Subvention de l'Observatoire national de protection à l'enfance – GIP Enfance en danger

N° DU CERTIFICAT : CERPPE-22-10-07.03

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 24 août 2022 au 24 août 2023

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Charles Viau-Quesnel
Président du comité

Marie-Eve St-Germain
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 24 août 2022

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD OUEST III
CHU – niveau 03 – porte 03-363
14033 Caen cedex 9

Tel : 09.64.08.19.44.
Fax : 02.31.47.57.81.
E-mail : cpnnordouest3@orange.fr

Caen, le 05 octobre 2021

Maison d'enfants à caractère social
Les Pressoirs du Roy
à l'attention de Mme Camille DANNER TOUATI
38 route de Champagne
77210 Samoreau

Réf. CPP : 2021-60
N° IDRCB : 2021-A00812-39
Réf. promoteur : AVI 1
Réf. SI CNRIPH : 21.03.16.63908

Tirage au sort : 16/03/2021
Rendu actif sur le SI : 08/06/2021
Demande de complément : 11/06/2021
Retour de l'investigateur : 21/06/2021
Recevabilité : 23/06/2021
Séance : 03/07/2021
Demande de modifications majeures : 03/07/2021
Retour de l'investigateur : 27/07/2021
Séance : 04/09/2021
Demande de modifications mineures : 04/09/2021
Retour de l'investigateur : 17/09/2021
Demande de complément : 17/09/2021
Retour de l'investigateur : 17/09/2021
Demande de complément : 28/09/2021
Retour de l'investigateur : 28/09/2021
Demande de complément : 29/09/2021
Retour de l'investigateur : 29/09/2021
Demande de complément : 30/09/2021
Retour de l'investigateur : 30/09/2021

RIPH – Catégorie 2 HPS

Madame,

Le CPP NORD OUEST III, par délibération en date du 04 septembre 2021, a opté pour une demande de modifications mineures concernant le projet de recherche intitulé « Étude AVI 1 : Evaluation d'un programme d'intervention visant à favoriser la sécurité affective et le développement des enfants suivis dans les services parentalité aux Pressoirs du Roy » et conduit par Mme Camille DANNER-TOUATI sous la direction de Mme le Docteur Raphaele MILJKOVITCH.

Siégeaient ensemble ce 04 septembre 2021, en comité restreint, sous la présidence de Mme Charlotte GOURIO,

Membres du premier collège

au titre du 1° de l'article R.1123-4 du CSP

- M. Rémy MORELLO, médecin qualifié en raison de sa compétence en matière de biostatistique ou d'épidémiologie, membre titulaire,
- M. Damiano CERASUOLO, médecin qualifié en raison de sa compétence en matière de biostatistique ou d'épidémiologie, membre suppléant,
- Mme Pascaline BERTHET, médecin, membre titulaire,
- Mme Bérengère BEAUPLÉ, médecin, membre suppléant,

au titre du 2° de l'article R.1123-4 du CSP

- M. Jean-Bernard BONTÉ, médecin, pédiatre, membre titulaire,

au titre du 3° de l'article R.1123-4 du CSP

- Mme Charlotte GOURIO, pharmacien hospitalier, présidente du comité, membre titulaire,

AVI 1 - Avis favorable

1/2

Membres du second collège

au titre 2° de l'article R .1123-4 du CSP

- M. Alexandre KIRCHGESNER, psychiatre, membre titulaire,

au titre 3° de l'article R .1123-4 du CSP

- Mme Sylvie BALP, conseillère technique à la direction générale adjointe de la solidarité du Conseil Général de Caen, membre titulaire,

au titre 4° de l'article R .1123-4 du CSP

- Mme Fanny ROGUE, chargée d'enseignement à l'UFR de droit de Caen, vice-présidente du comité, membre titulaire,
- Mme Véronique MIKALEF-TOUDIC, chargée d'enseignement à l'UFR de droit de Caen, membre titulaire,

Délibération

Considérant les documents suivants :

Premier examen [03 juillet 2021]

- courrier de soumission daté de juin 2021,
- formulaire de demande d'autorisation daté du 27/05/2021 et signé,
- justification de l'adéquation des moyens,
- récépissé de déclaration de conformité à la MR01 n° 1585321 du 07/05/2012,
- document additionnel daté du 27/05/2021 et signé,
- attestation d'assurance (SHAM police n° 165870) datée du 01/06/2021 et signée,
- liste des investigateurs, version de juin 2021 et CV associés,
- protocole, version de juin 2021,
- résumé, version de juin 2021,
- document d'information et formulaire de consentement - Titulaires de l'autorité parentale,
- formulaire de consentement spécifique au droit à l'image - Titulaires de l'autorité parentale,
- document d'information – Enfants de 4-5 ans,
- document d'information – Enfants de 6-7 ans,

Deuxième examen [04 septembre 2021]

- courrier de réponse de Mme Camille DANNER-TOUATI,
- liste des investigateurs, version 02 du 20/07/2021,
- CV datés et signés de Chantal CYR, Anne-Sophie DEBORDE, Karine DUBOIS-COMTOIS et Raphaële MILKOVITCH,
- protocole, version 02 du 20/07/2021,
- protocole d'évaluation de la relation attachement pour les enfants âgés de 12 à 24 mois,
- résumé, version 02 du 20/07/2021,
- document d'information et formulaire de consentement – Titulaires de l'autorité parentale – version 02 du 20/07/2021,
- questionnaires utilisés au cours des pré- et post-tests et leur grille d'évaluation respective,

Documents transmis en réponse [17/09/2021, 28/09/2021, 29/09/2021 et 30/09/2021]

- courrier de réponse de Mme Camille DANNER-TOUATI signé,
- questionnaire sociodémographique,
- questionnaire CTQ-SF,

Vu l'article R.1123-25 du CSP, le comité émet un :

AVIS FAVORABLE

Je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.



Mme Charlotte GOURIO
Présidente

Formulaire pour les parents suivis aux Pressoirs du Roy

No identification : _____

Date : _____

Évaluateur : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

« Évaluation d'un programme d'intervention visant à favoriser la sécurité affective et le développement des enfants suivis dans les services parentalité aux Pressoirs du Roy »

BONJOUR, Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche mise en œuvre par la Maison d'Enfants des Pressoirs du Roy. Cette étude se déroule pendant 36 mois. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement. Il se peut que cette lettre contienne des mots ou des expressions que vous ne compreniez pas ou que vous ayez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part.

1) En quoi consiste cette recherche ?

Ce projet de recherche vise à évaluer la qualité des services offerts par les services du pôle parentalité des Pressoirs du Roy. Plus précisément, l'objectif de la présente étude est d'évaluer l'efficacité de l'Intervention Relationnelle en comparaison à l'accompagnement habituellement offert aux familles.

2) Si je m'implique dans cette recherche, que sera-t-il concrètement attendu de moi ?

Ma participation et celle de mon enfant au projet incluent 2 rencontres au service du pôle parentalité d'Avon d'une durée de 60 à 90 minutes. Ces rencontres incluent : des questionnaires à remplir sur l'enfant et sur notre vie familiale, une courte entrevue sur notre relation, des jeux que je ferai avec mon enfant et des jeux que mon enfant fera en compagnie d'une personne formée pour ce genre d'évaluation. Ces jeux sont filmés.

Après 2 rencontres au service, l'équipe de recherche nous assignera au hasard à un groupe recevant l'intervention ou à un groupe témoin ne recevant pas l'intervention. Si nous sommes dans le groupe intervention, un intervenant (éducatrice/éducateur référent(e)) se présentera à la maison à 8 reprises pour discuter d'enjeux associés au développement de mon enfant et proposera des jeux simples que je ferai avec lui. Les séquences de jeux seront filmées et nous les regarderons ensemble par la suite. La durée des rencontres est d'environ 90 minutes.

L'équipe de recherche souhaite également obtenir mon consentement afin de les consulter

3) Y aura-t-il des avantages pour moi à participer à cette recherche ?

Formulaire pour les parents suivis aux Pressoirs du Roy

Votre participation à ce projet vous aidera à mieux comprendre votre enfant. Elle vous aidera aussi dans votre rôle parental pour aider votre relation avec votre enfant et favoriser son développement. De plus, votre participation contribuera à améliorer les services offerts aux familles en vue de mieux les soutenir. Cette recherche ne comporte aucun risque pour moi ou mon enfant.

4) Est-ce que les renseignements que je donnerai seront confidentiels ?

Tous les enregistrements vidéo et toutes les autres informations recueillies dans le cadre du projet **sont strictement confidentiels et votre identité sera protégée même lors de la publication des résultats**. Afin d'assurer la confidentialité, les noms des participants sont remplacés par des numéros (1^{ère} lettre du nom de famille et du prénom et numéro correspondant à l'ordre d'inclusion). Un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs de cette dernière. Ces traitements de données seront tous conformes au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi Informatique et liberté). Les données de l'étude seront conservées jusqu'à dix ans après la dernière publication des résultats.

En aucun cas, **les informations recueillies durant les rencontres avec les personnes en charge de la recherche ne seront transmises aux intervenants des Pressoirs du Roy, sauf** si j'en fait la demande écrite. Les renseignements obtenus ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche et seront conservés dans des classeurs sous clé par le chercheur principal. Ces renseignements seront utilisés seulement à des fins de recherche et conservés pendant dix ans suivant les projets de recherche.

5) Utilisation secondaire des données de recherche

Sauf opposition de votre part adressée au chercheur principal, les renseignements (données anonymes) que vous fournirez pourront être utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche (incluant des projets de mémoire et de thèses étudiants) qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes approchés aujourd'hui et qui permettront dans certains cas de comparer vos informations avec celles de participants d'autres recherches similaires. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité du chercheur principal et seront autorisés par un Comité d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet. En cas de transfert de données à caractère personnel hors de l'Union Européenne et/ ou vers un pays ne garantissant pas un niveau de protection suffisant par rapport à l'Union Européenne ou à une organisation internationale, le responsable de traitement mettra en place des garanties appropriées pour ce transfert (Clauses Contractuelles Spécifiques).

6) Est-ce que je pourrai connaître les résultats de la recherche?

Vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Par contre, si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse (postale ou courriel) où nous pourrions vous le faire parvenir

7) Est-ce que je suis obligé de participer à la recherche ou d'y participer jusqu'à la fin?

Ma participation à cette recherche est volontaire. Je suis libre de poser toutes les questions que je juge importantes. En outre, je peux décider à tout moment de nous retirer moi et l'enfant de ce projet et de cesser les activités si je le souhaite, et cela sans que cela porte atteinte à ma prise en charge aux Pressoirs du Roy.

En application de la réglementation en vigueur (partie 3.), vous disposez à tout moment, d'un droit d'accès, de vérification, de correction, de portabilité (le cas échéant), d'effacement, de limitation et d'opposition aux différents traitements réalisés dans le cadre de ce projet et à la transmission des données, en faisant la demande auprès du médecin investigateur.

10) Si j'ai besoin de plus d'information pour me décider ou tout au long de la recherche, qui puis-je contacter ?

Cette recherche est coordonnée par Camille Danner Touati, psychologue et chercheuse au laboratoire Paragraphe de l'Université Paris 8. Pour toute question ou commentaire sur le projet, appeler **Camille Danner Touati** au 0160390919 ou par mail camille.dannertouati@cognacq-jay.fr

En cas de questions ou de réclamations au sujet du traitement de vos données, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) de la fondation Cognacq Jay par voie électronique : ou par courrier postal :

Si vous estimez, après avoir contacté le DPO de la Fondation Cognacq Jay, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation (plainte) auprès de la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>.

Formulaire pour les parents suivis aux Pressoirs du Roy

11) Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à la recherche : « Intervention Relationnelle (AVI-1) » sans contrainte ni pression.

- Je certifie avoir été informé(e) de mes droits en tant que participant(e) à cette étude ;
- Avoir pu poser toutes mes questions et obtenu des réponses satisfaisantes concernant ma participation à cette étude ;
- J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.
- Je déclare avoir compris les informations ci-dessus.
- J'accepte d'être filmée le temps de la recherche
- J'accepte que mon enfant et moi participions à cette recherche et je consens à ce que les informations recueillies dans le cadre de ce projet soient utilisées à des fins de recherche.

Nom du parent : _____

Nom de l'enfant : _____

Date : _____

Signature du chercheur ou de son représentant : _____

Date : _____

LISTE DES COMPORTEMENTS POUR ENFANTS

Version parent pour enfants de 1 – 5 ans

(Référence : Achenbach & Rescorla, 2000)

Voici une liste d'items qui décrivent les enfants. Pour chaque item qui décrit l'enfant-cible actuellement ou depuis les 6 derniers mois,

- encerclez le 2 si l'item est toujours ou souvent vrai pour votre enfant
 → encerclez le 1 si l'item est assez ou quelquefois vrai pour votre enfant
 → encerclez le 0 si l'item n'est pas vrai pour votre enfant

Répondez à tous les items du mieux que vous le pouvez, même si certains d'entre eux ne semblent pas s'appliquer à votre enfant.

0 = Pas vrai
souvent vrai

1 = Un peu ou quelques fois vrai

2 = Très vrai ou

0 1 2	1. Maux ou douleurs (sans cause médicale; ne pas inclure maux de ventre ou de tête).	0 1 2	19. Diarrhées ou va souvent à la selle (lorsqu'il/elle n'est pas malade).
0 1 2	2. Se comporte d'une manière trop jeune pour son âge.	0 1 2	20. Désobéissant.
0 1 2	3. A peur d'essayer des nouvelles choses.	0 1 2	21. Dérangé par n'importe quel changement dans la routine.
0 1 2	4. Évite de regarder les autres dans les yeux.	0 1 2	22. Ne veut pas dormir seul.
0 1 2	5. Ne peut se concentrer, ne peut être attentif longtemps.	0 1 2	23. Ne répond pas lorsque les autres lui parlent.
0 1 2	6. Ne peut rester assis tranquille, agité ou hyperactif.	0 1 2	24. Ne mange pas bien (décrire) : _____
0 1 2	7. Ne peut pas supporter que les choses ne soient pas à leur place.	0 1 2	25. Ne s'entend pas avec les autres enfants.
0 1 2	8. Ne peut pas supporter d'attendre ; veut toujours tout immédiatement.	0 1 2	26. Ne sait pas comment s'amuser, agit comme un petit adulte.
0 1 2	9. Mâche des choses qui ne sont pas comestibles.	0 1 2	27. Ne semble pas se sentir coupable après s'être mal conduit.
0 1 2	10. S'accroche aux adultes ou trop dépendant.	0 1 2	28. Ne veut pas sortir de la maison
0 1 2	11. Recherche constamment de l'aide.	0 1 2	29. Facilement frustré.
0 1 2	12. Constipé, ne fait pas de selles (lorsqu'il/elle n'est pas malade).	0 1 2	30. Facilement jaloux.
0 1 2	13. Pleure souvent.	0 1 2	31. Mange ou boit des choses qui ne sont pas de la nourriture - ne pas inclure les sucreries (décrire) : _____
0 1 2	14. Cruel envers les animaux.	0 1 2	32. A peur de certains animaux, certaines situations, certains endroits (décrire) _____
0 1 2	15. Provocateur.	0 1 2	33. Facilement blessé dans ses sentiments.
0 1 2	16. Ses demandes doivent être comblées tout de suite.	0 1 2	34. Se blesse souvent, enclin aux accidents.
0 1 2	17. Brise ses propres choses.	0 1 2	35. Se bagarre souvent.
0 1 2	18. Brise les choses qui appartiennent à sa famille ou aux autres enfants.		

- 0 1 2 36. Se frappe contre n'importe quoi parce qu'il ne porte pas attention.
- 0 1 2 37. Réagit trop fortement lorsque séparé de ses parents.
- 0 1 2 38. A de la difficulté à s'endormir.
- 0 1 2 39. Maux de tête (sans cause médicale).
- 0 1 2 40. Frappe les autres.
- 0 1 2 41. Retient sa respiration.
- 0 1 2 42. Fait mal aux animaux ou aux personnes sans faire exprès.
- 0 1 2 43. A l'air malheureux sans raison suffisante.
- 0 1 2 44. Humeur colérique.
- 0 1 2 45. Nausées, se sent malade (sans cause médicale).
- 0 1 2 46. Mouvements nerveux ou tics (décrire) : _____
- 0 1 2 47. Nerveux, stressé ou tendu.
- 0 1 2 48. Cauchemars.
- 0 1 2 49. Mange trop.
- 0 1 2 50. Extrêmement fatigué sans raison apparente.
- 0 1 2 51. Manifeste de la panique sans raison apparente.
- 0 1 2 52. Douleurs lors des selles (sans cause médicale).
- 0 1 2 53. Attaque physiquement les gens.
- 0 1 2 54. Se gratte le nez, la peau ou d'autres parties du corps (décrire) : _____
- 0 1 2 55. Joue trop avec ses organes sexuels.
- 0 1 2 56. Est mal coordonné ou maladroit.
- 0 1 2 57. Problèmes aux yeux (sans cause médicale). (décrire) : _____
- 0 1 2 58. La punition ne change pas son comportement.
- 0 1 2 59. Passe rapidement d'une activité à une autre.
- 0 1 2 60. Rougeurs ou autres problèmes de peau (sans cause médicale).
- 0 1 2 61. Refuse de manger.
- 0 1 2 62. Refuse de participer à des jeux actifs.
- 0 1 2 63. Se balance répétitivement la tête ou le corps.
- 0 1 2 64. Refuse d'aller au lit le soir.
- 0 1 2 65. Ne veut pas apprendre à être propre; (décrivez) : _____
- 0 1 2 66. Crie souvent.
- 0 1 2 67. Semble insensible à l'affection
- 0 1 2 68. Gêné ou facilement embarrassé.
- 0 1 2 69. Égoïste ou ne partage pas.
- 0 1 2 70. Manifeste peu d'affection envers les personnes.
- 0 1 2 71. Manifeste peu d'intérêt face aux choses qui l'entourent.
- 0 1 2 72. N'a pas assez peur de se blesser, imprudent.
- 0 1 2 73. Trop gêné ou timide.
- 0 1 2 74. Dort moins que la plupart des enfants durant le jour ou la nuit, (décrivez) : _____
- 0 1 2 75. Se salit ou joue avec ses selles.
- 0 1 2 76. Problèmes de langage, (décrire) : _____
- 0 1 2 77. Regarde dans le vide ou semble préoccupé.
- 0 1 2 78. Maux de ventre ou crampes abdominales (sans cause médicale).
- 0 1 2 79. Changements rapides entre la tristesse et la surexcitation.
- 0 1 2 80. Comportement étrange, (décrire) : _____
- 0 1 2 81. Entêté, maussade ou irritable.
- 0 1 2 82. Changements soudains d'humeur ou d'émotions.
- 0 1 2 83. Boude souvent.
- 0 1 2 84. Parle ou pousse des cris dans son sommeil.
- 0 1 2 85. Pique des crises ou tempérament colérique.
- 0 1 2 86. Trop soucieux de son apparence ou de sa propreté.
- 0 1 2 87. Trop craintif ou anxieux
- 0 1 2 88. Peu coopératif.
- 0 1 2 89. N'est pas actif, bouge lentement ou manque d'énergie.
- 0 1 2 90. Malheureux, triste ou déprimé.
- 0 1 2 91. Anormalement bruyant.
- 0 1 2 92. Dérangé par des personnes ou situations nouvelles, (décrivez) : _____
- 0 1 2 93. Vomissements (sans cause médicale).
- 0 1 2 94. Se réveille souvent la nuit.
- 0 1 2 95. Quitte la maison sans avertir.
- 0 1 2 96. Demande beaucoup d'attention.
- 0 1 2 97. Pleurniche

- 0 1 2 98. Retiré, ne se mêle pas aux autres
 0 1 2 99. Inquiet.

- 0 1 2 100. Veuillez indiquer tout autre problème que
 l'enfant a et qui n'est pas mentionné ci-haut :
-

Annexe 4 : Questionnaire CBCL

LISTE DES COMPORTEMENTS POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS
Version parent pour enfants de 6 – 18 ans

(Référence : Achenbach & Rescorla, 2001)

Pour chaque item qui décrit votre enfant actuellement ou depuis les 6 derniers mois,

- **encerclez le 2 si l'item est toujours ou souvent vrai pour votre enfant**
 → **encerclez le 1 si l'item est assez ou quelquefois vrai pour votre enfant**
 → **encerclez le 0 si l'item n'est pas vrai pour votre enfant**

Répondez à tous les items du mieux que vous le pouvez, même si certains d'entre eux ne semblent pas s'appliquer.

0 = Pas vrai

1 = un peu ou quelques fois vrai

2 = Très vrai ou souvent vrai

- | | | | |
|-------|---|-------|---|
| 0 1 2 | 1. A un comportement trop jeune pour son âge. | 0 1 2 | 21. Détruit les choses qui appartiennent à la famille ou aux autres. |
| 0 1 2 | 2. Boit des boissons alcoolisées sans la permission de ses parents (précisez):
_____ | 0 1 2 | 22. Désobéit à la maison. |
| | | 0 1 2 | 23. Désobéit à l'école. |
| 0 1 2 | 3. Est souvent en désaccord. | 0 1 2 | 24. Ne mange pas bien (décrire) :
_____ |
| 0 1 2 | 4. Ne finit pas ce qu'il ou elle commence. | 0 1 2 | 25. Ne s'entend pas bien avec les autres jeunes. |
| 0 1 2 | 5. Très peu de choses lui font plaisir. | 0 1 2 | 26. Ne se sent pas coupable après s'être mal comporté. |
| 0 1 2 | 6. Défèque ailleurs qu'à la toilette. | 0 1 2 | 27. Devient facilement en proie à la jalousie. |
| 0 1 2 | 7. Se vante. | 0 1 2 | 28. Ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs. |
| 0 1 2 | 8. A de la difficulté à se concentrer ou à porter attention de façon soutenue. | 0 1 2 | 29. A peur de certains animaux, de certaines situations ou de certains endroits autres que l'école (précisez):
_____ |
| 0 1 2 | 9. Ne peut s'empêcher de penser à certaines choses, a des obsessions (précisez):

_____ | 0 1 2 | 30. A peur d'aller à l'école. |
| | | 0 1 2 | 31. A peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles. |
| 0 1 2 | 10. A de la difficulté à demeurer tranquillement assis(e), est agité(e.) ou a un comportement hyperactif. | 0 1 2 | 32. A l'impression de devoir obligatoirement être parfait(e). |
| 0 1 2 | 11. S'accroche trop aux adultes ou dépend trop des autres. | 0 1 2 | 33. A l'impression que personne ne l'aime. |
| 0 1 2 | 12. Se plaint de souffrir de solitude. | 0 1 2 | 34. À l'impression ou se plaint que les autres « veulent sa peau ». |
| 0 1 2 | 13. Est confus(e) ou semble être perdu(e) dans la brume. | 0 1 2 | 35. Se sent inférieur(e) .ou dévalorisé(e). |
| 0 1 2 | 14. Pleure beaucoup. | 0 1 2 | 36. Se blesse souvent, a souvent des accidents. |
| 0 1 2 | 15. Est cruel(le) envers les animaux. | 0 1 2 | 37. Se bagarre souvent. |
| 0 1 2 | 16. Se comporte cruellement ou méchamment envers les autres, brime ou harcèle les autres. | 0 1 2 | 38. Se fait souvent embêter ou taquiner de façon excessive. |
| 0 1 2 | 17. Rêvasse ou est souvent « dans la lune ». | 0 1 2 | 39. Se tient avec d'autres personnes qui « font des mauvais coups ». |
| 0 1 2 | 18. Tente délibérément de se blesser ou de se tuer. | 0 1 2 | 40. Entend des sons ou des voix qui n'existent pas (précisez) :
_____ |
| 0 1 2 | 19. Exige beaucoup d'attention. | | |
| 0 1 2 | 20. Détruit les choses qui lui appartiennent. | 0 1 2 | 41. Agit sans réfléchir ou impulsivement. |

- | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 42. Préfère être seul(e) qu'être avec d'autres personnes. | 0 | 1 | 2 | 66. Répète certains gestes continuellement; a des compulsions (précisez) : |
| 0 | 1 | 2 | 43. Ment ou triche. | | | | _____ |
| 0 | 1 | 2 | 44. Se ronge les ongles. | 0 | 1 | 2 | 67. Fait des fugues. |
| 0 | 1 | 2 | 45. Est une personne nerveuse ou tendue. | 0 | 1 | 2 | 68. Crie beaucoup. |
| 0 | 1 | 2 | 46. A des gestes nerveux ou convulsifs, des tics (précisez): | 0 | 1 | 2 | 69. Est une personne cachottière ou renfermée. |
| | | | _____ | 0 | 1 | 2 | 70. Voit des choses qui n'existent pas (précisez): |
| 0 | 1 | 2 | 47. Fait des cauchemars. | | | | _____ |
| 0 | 1 | 2 | 48. Les autres jeunes ne l'aiment pas. | 0 | 1 | 2 | 71. Est facilement gêné(e) ou embarrassé(e). |
| 0 | 1 | 2 | 49. Est constipé, ne défèque pas. | 0 | 1 | 2 | 72. Allume des feux |
| 0 | 1 | 2 | 50. Est une personne trop craintive ou anxieuse. | 0 | 1 | 2 | 73. A des problèmes sexuels (précisez) : |
| 0 | 1 | 2 | 51. A des étourdissements. | | | | _____ |
| 0 | 1 | 2 | 52. Se sent trop coupable. | 0 | 1 | 2 | 74. Essaie d'impressionner les gens ou fait le clown. |
| 0 | 1 | 2 | 53. Mange trop. | 0 | 1 | 2 | 75. Est trop timide. |
| 0 | 1 | 2 | 54. Souffre d'épuisement sans raison valable. | 0 | 1 | 2 | 76. Dort moins que les autres jeunes. |
| 0 | 1 | 2 | 55. Son poids est trop élevé. | 0 | 1 | 2 | 77. Dort plus que les autres jeunes pendant la journée ou la nuit (précisez) : |
| 0 | 1 | 2 | 56. A des problèmes de santé sans cause organique reconnue. | | | | _____ |
| 0 | 1 | 2 | a) Douleurs ou maux (à l'exclusion des maux de tête ou d'estomac). | 0 | 1 | 2 | 78. Est inattentif ou facilement distrait. |
| 0 | 1 | 2 | b) Maux de tête. | 0 | 1 | 2 | 79. Souffre d'un trouble de la parole (précisez): |
| 0 | 1 | 2 | c) Nausées. | | | | _____ |
| 0 | 1 | 2 | d) Problèmes oculaires (qui ne sont pas corrigés par des lunettes) (précisez): | 0 | 1 | 2 | 80. A l'œil hagard. |
| | | | _____ | 0 | 1 | 2 | 81. Vole à la maison. |
| 0 | 1 | 2 | e) Éruptions ou autres problèmes cutanés. | 0 | 1 | 2 | 82. Vole à d'autres endroits qu'à la maison. |
| 0 | 1 | 2 | f) Maux ou crampes d'estomac. | 0 | 1 | 2 | 83. Accumule des objets dont il (elle) n'a pas besoin (précisez) |
| 0 | 1 | 2 | g) Vomissements. | | | | _____ |
| 0 | 1 | 2 | h) Autre: _____ | 0 | 1 | 2 | 84. A un comportement bizarre (précisez): |
| | | | _____ | | | | _____ |
| 0 | 1 | 2 | 57. Agresse physiquement les gens. | 0 | 1 | 2 | 85. A des idées bizarres (précisez) : |
| 0 | 1 | 2 | 58. Se met les doigts dans le nez, s'arrache des morceaux de peau ou se gratte sur d'autres parties du corps (précisez): | | | | _____ |
| | | | _____ | 0 | 1 | 2 | 86. Est têtu(e), maussade ou irritable. |
| 0 | 1 | 2 | 59. Joue avec ses parties génitales en public. | 0 | 1 | 2 | 87. Change d'humeur soudainement. |
| 0 | 1 | 2 | 60. Joue trop avec ses parties génitales. | 0 | 1 | 2 | 88. Boude beaucoup. |
| 0 | 1 | 2 | 61. Son travail scolaire est de piètre qualité. | 0 | 1 | 2 | 89. Est méfiant(e). |
| 0 | 1 | 2 | 62. A des gestes peu coordonnés ou est maladroit(e). | 0 | 1 | 2 | 90. Sacre ou dit des obscénités. |
| 0 | 1 | 2 | 63. Préfère être avec des jeunes plus âgés. | 0 | 1 | 2 | 91. Parle de se suicider. |
| 0 | 1 | 2 | 64. Préfère être avec des jeunes moins âgés. | 0 | 1 | 2 | 92. Parle durant le sommeil ou est somnambule (précisez): |
| 0 | 1 | 2 | 65. Refuse de parler. | | | | _____ |
| | | | _____ | 0 | 1 | 2 | 93. Parle trop. |
| | | | _____ | 0 | 1 | 2 | 94. Embête les autres ou les taquine de façon excessive. |
| | | | _____ | 0 | 1 | 2 | 95. Fait des crises de colère |

- 0 1 2 96. Pense trop au sexe.
- 0 1 2 97. Fait des menaces aux gens.
- 0 1 2 98. Suce son pouce.
- 0 1 2 99. Fume, chique ou prise du tabac.
- 0 1 2 100. Souffre d'insomnie (précisez):
-
- 0 1 2 101. Fait l'école buissonnière, manque ses cours.
- 0 1 2 102. Est une personne peu active, lente ou manquant d'énergie
- 0 1 2 103. Est une personne malheureuse, triste ou déprimée
- 0 1 2 104. Est particulièrement bruyant(e).
- 0 1 2 105. Consomme des drogues ou des médicaments pour des raisons autres que médicales (ne considérez pas l'alcool ou le tabac) (précisez):
-
- 0 1 2 106. Fait du vandalisme.
- 0 1 2 107. A des incontinences urinaires pendant le jour.
- 0 1 2 108. A des incontinences urinaires la nuit.
- 0 1 2 109. A une voix plaintive.
- 0 1 2 110. Souhaite être du sexe opposé.
- 0 1 2 111. Est une personne repliée sur elle-même, ne se mêle pas aux autres.
- 0 1 2 112. Est une personne inquiète.
- 0 1 2 113. Veuillez indiquer tout autre problème qu'a votre enfant et qui ne figure pas ci-dessus :

Annexe 5 : Questionnaire CHAOS

CHAOS

Pour chaque énoncé ci-dessous, veuillez attribuer un nombre compris entre 1 et 4 pour indiquer dans quelle mesure chaque énoncé décrit votre environnement familial.

Veuillez utiliser l'échelle suivante :

- 1 = Ressemble beaucoup à ce qui se passe à la maison.
- 2 = Ressemble parfois à ce qui se passe à la maison.
- 3 = Ressemble un peu à ce qui se passe à la maison.
- 4 = Ne ressemble pas du tout à ce qui se passe à la maison.

1. Il y a très peu d'agitation à la maison.	1	2	3	4
2. Nous pouvons généralement trouver les choses lorsqu'on en a besoin.	1	2	3	4
3. Nous avons presque toujours l'air d'être pressés.	1	2	3	4
4. Nous maîtrisons habituellement les événements.	1	2	3	4
5. Malgré nos efforts, nous arrivons toujours en retard.	1	2	3	4
6. Notre maison est très désordonnée.	1	2	3	4
7. À la maison, nous pouvons nous parler sans être interrompus.	1	2	3	4
8. Il y a souvent des disputes qui surviennent à la maison.	1	2	3	4
9. Même si nous faisons des plans en famille, ceux-ci ne se concrétisent pas.	1	2	3	4
10. Nous ne pouvons pas nous entendre penser dans notre maison.	1	2	3	4
11. Je suis souvent aspiré dans les disputes des autres à la maison.	1	2	3	4
12. Notre maison est un bon endroit où relaxer.	1	2	3	4
13. Le téléphone prend beaucoup de notre temps à la maison.	1	2	3	4
14. L'atmosphère est calme dans notre maison.	1	2	3	4
15. Dès le début de la journée, la routine s'applique à la maison.	1	2	3	4

PRFQ – 18 items

Vous trouverez un certain nombre d'énoncés listés ci-dessous concernant votre enfant et vous. Lisez chaque énoncé et indiquez si vous êtes en accord ou en désaccord avec ce dernier. Afin d'évaluer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord, veuillez utiliser l'échelle suivante: le 7 si vous êtes fortement en accord, et le 1 si vous êtes fortement en désaccord. Utilisez le point milieu (le 4) si vous êtes neutre ou indécis(e).

		Fortement en DÉSACCORD					Fortement en ACCORD	
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Les seuls moments où je suis certain(e) que mon enfant m'aime c'est lorsqu'il me sourit.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Je sais toujours ce que veut mon enfant.	1	2	3	4	5	6	7
3.	J'aime penser aux raisons derrière les comportements et les sentiments de mon enfant.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Mon enfant pleure devant les étrangers pour me faire honte.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Je peux lire parfaitement dans les pensées de mon enfant.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Je me questionne beaucoup sur ce que mon enfant pense et ressent.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Je trouve difficile de participer activement aux jeux de "faire semblant" avec mon enfant.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Je peux toujours prédire ce que mon enfant fera.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Je suis souvent curieux(se) de savoir comment mon enfant se sent.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Mon enfant tombe parfois malade pour m'empêcher de faire ce que je veux.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Je peux parfois mal comprendre les réactions de mon enfant.	1	2	3	4	5	6	7
12.	J'essaie de voir les situations à travers les yeux de mon enfant.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Quand mon enfant est difficile, il agit de cette façon seulement pour m'embêter.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Je sais toujours pourquoi je fais ce que je fais auprès de mon enfant.	1	2	3	4	5	6	7
15.	J'essaie de comprendre pourquoi mon enfant se comporte mal.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Souvent, le comportement de mon enfant est trop bizarre pour être compris.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Je sais toujours pourquoi mon enfant agit de la façon dont il le fait.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Je crois que c'est inutile d'essayer de comprendre ce que mon enfant ressent.	1	2	3	4	5	6	7

ISP/FB FORME BREVE

(Référence : Abidin, 1995)

En répondant aux questions suivantes, pensez à votre enfant participant à la recherche. Pour chaque question, veuillez inscrire la réponse qui décrit le mieux vos sentiments. Si toutefois aucune des réponses proposées ne correspond exactement à vos sentiments, veuillez inscrire celle qui s'en rapproche le plus. **Votre première réaction à chaque question devrait être votre réponse.**

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants en choisissant le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez. Si vous êtes incertain(e), choisissez le numéro 3.

1 2 3 4 5

Profondément d'accord, D'accord, Pas certain, En désaccord, En profond désaccord

Exemple : J'aime aller au cinéma. (si vous aimez de temps 1 ② 3 4
5
à autre aller au cinéma, vous choisirez le numéro 2.)

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :	Profondément d'accord	D'accord	Pas certain	En désaccord	En profond désaccord
1. J'ai souvent l'impression que je ne peux pas très bien m'occuper de mes tâches quotidiennes.	1	2	3	4	5
2. Je me retrouve à sacrifier une partie de ma vie plus grande que prévue à répondre aux besoins de mes enfants.	1	2	3	4	5
3. Je me sens coincé(e) par mes responsabilités de parent.	1	2	3	4	5
4. Depuis que j'ai cet enfant, il m'a été impossible de faire des choses nouvelles et différentes.	1	2	3	4	5
5. Depuis que j'ai un enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que j'ai la possibilité de faire les choses que j'aime.	1	2	3	4	5

6. Je suis mécontent(e) du dernier vêtement que je me suis acheté(e).	1	2	3	4	5
7. Il y a un bon nombre de choses qui me tracassent en ce qui concerne ma vie.	1	2	3	4	5
8. Avoir un enfant a causé plus de problèmes que j'avais prévus dans la relation avec mon (ma) partenaire.	1	2	3	4	5
Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :	Profondément d'accord	D'accord	Pas certain	En désaccord	En profond désaccord
9. Je me sens seul(e) et sans ami(e).	1	2	3	4	5
10. Lorsque je vais à une soirée, je m'attends habituellement à ne pas avoir de plaisir.	1	2	3	4	5
11. Je ne suis plus autant intéressé(e) aux gens que je l'étais auparavant.	1	2	3	4	5
12. Je n'ai pas autant de plaisir qu'auparavant.	1	2	3	4	5
13. Mon enfant fait rarement des choses qui me font plaisir.	1	2	3	4	5
14. La plupart du temps, j'ai l'impression que mon enfant m'aime et qu'il veut être près de moi.	1	2	3	4	5
15. Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y attendais.	1	2	3	4	5
16. Lorsque je fais quelque chose pour mon enfant, il me semble que mes efforts ne sont pas très appréciés.	1	2	3	4	5
17. Lorsque mon enfant joue, il ne rit pas souvent.	1	2	3	4	5
18. Mon enfant ne semble pas apprendre aussi rapidement que la plupart des autres enfants.	1	2	3	4	5
19. Mon enfant ne semble pas sourire autant que la plupart des autres enfants.	1	2	3	4	5
20. Mon enfant n'a pas autant de capacités que je m'y attendais.	1	2	3	4	5
21. Mon enfant s'habitue difficilement à de nouvelles choses et seulement après une longue période.	1	2	3	4	5

22. J'ai l'impression d'être:

1. un très bon parent;
2. un meilleur parent que la moyenne;
3. un aussi bon parent que la moyenne;
4. une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent;
5. un parent qui ne joue pas très bien son rôle de parent.

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :	Profondément d' accord	D' accord	Pas certain	En désaccord	En profond désaccord
23. Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai présentement et cela me préoccupe.	1	2	3	4	5
24. Quelquefois mon enfant fait des choses qui me dérangent juste pour être méchant.	1	2	3	4	5
25. Mon enfant semble pleurer ou pleurnicher plus souvent que la plupart des enfants.	1	2	3	4	5
26. Mon enfant se réveille en général de mauvaise humeur.	1	2	3	4	5
27. J'ai l'impression que mon enfant possède une humeur instable et qu'il se fâche facilement.	1	2	3	4	5
28. Mon enfant fait certaines choses qui me dérangent beaucoup.	1	2	3	4	5
29. Mon enfant réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas.	1	2	3	4	5
30. Mon enfant s'emporte facilement pour des petites choses.	1	2	3	4	5
31. L'horaire de sommeil ou de repas de mon enfant a été beaucoup plus difficile à établir que je croyais.	1	2	3	4	5

32. J'en suis arrivé à penser que d'amener mon enfant à faire quelque chose ou de l'amener à cesser de faire quelque chose est:

- | | |
|--|---|
| 1. beaucoup plus difficile que je croyais; | 4. un peu plus facile que je croyais; |
| 2. un peu plus difficile que je croyais; | 5. beaucoup plus facile que je croyais. |
| 3. aussi difficile que je croyais; | |

33. Réfléchissez bien et comptez le nombre de choses que votre enfant fait qui vous dérangent. Par exemple: flâner, refuser d'écouter, réagir avec excès, pleurer, couper la parole, se battre, pleurnicher, etc. Veuillez choisir le numéro qui correspond à ce que vous avez calculé:

- | | | |
|----------|----------|---------------|
| 1. 1 – 3 | 3. 6 – 7 | 5. 10 ou plus |
| 2. 4 – 5 | 4. 8 – 9 | |

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :	Profondément d' accord	D' accord	Pas certain	En désaccord	En profond désaccord
34. Il y a certaines choses que mon enfant fait qui me dérangent vraiment beaucoup.	1	2	3	4	5
35. Mon enfant est devenu plus problématique que je m'y attendais.	1	2	3	4	5
36. Mon enfant exige plus de moi que la plupart des enfants.	1	2	3	4	5

Annexe 8 : Questionnaire CTQ

CTQ-SF

Les questions suivantes concernent certaines expériences que vous avez peut-être vécues au cours de votre enfance et votre adolescence (avant 18 ans). Elles sont toutes de nature personnelle, intime, essayez d'y répondre le plus honnêtement possible. Pour chaque énoncé, encerclez le numéro qui décrit le mieux ce que vous ressentez. Vos réponses demeureront confidentielles. Les questionnaires complétés sont strictement utilisés aux fins de cette recherche.

Quand j'étais jeune (avant 18 ans)...

1 Jamais vrai	2 Rarement vrai	3 Quelques fois vrai	4 Souvent vrai	5 Très souvent vrai		
1.	Je n'avais pas suffisamment à manger.	1	2	3	4	5

2.	Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.	1	2	3	4	5
3.	Des membres de ma famille me traitaient de «stupide», «paresseux(se)», «laid(e)» ou d'autres noms semblables.	1	2	3	4	5
4.	Mes parents avaient trop bu d'alcool ou étaient trop « défoncés » pour prendre soin de la famille.	1	2	3	4	5
5.	Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou spécial.	1	2	3	4	5
6.	Je devais porter des vêtements sales.	1	2	3	4	5
7.	Je me sentais aimé(e).	1	2	3	4	5
8.	Je sentais que mes parents souhaitaient que je ne sois jamais né(e).	1	2	3	4	5
9.	J'ai été frappé(e) tellement fort par un membre de ma famille que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital.	1	2	3	4	5
10.	Il n'y avait rien que je voulais changer concernant ma famille.	1	2	3	4	5
11.	Des membres de ma famille me frappaient si fort que cela laissait des bleus ou des marques.	1	2	3	4	5
12.	J'étais puni(e) avec une ceinture, un bâton, une corde ou un autre objet dur.	1	2	3	4	5
13.	Les membres de ma famille prenaient soin les uns des autres.	1	2	3	4	5
14.	Des membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes.	1	2	3	4	5
15.	Je pense que j'étais abusé(e) physiquement.	1	2	3	4	5
16.	J'avais une enfance parfaite.	1	2	3	4	5
17.	J'étais frappé(e) ou battu(e) si fort que cela a été remarqué par une personne comme un professeur, un voisin ou un médecin.	1	2	3	4	5
18.	Je sentais que quelqu'un dans la famille qui me haïssait.	1	2	3	4	5
19.	Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres.	1	2	3	4	5

Quand j'étais jeune (avant 18 ans)...

	1	2	3	4	5
	Jamais vrai	Rarement vrai	Quelques fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
20. Quelqu'un a tenté de me toucher de manière sexuelle ou a essayé de me forcer à le toucher ainsi.					1 2 3 4 5
21. Quelqu'un m'a menacé(e) de me faire mal ou de raconter des mensonges sur moi si je ne faisais pas d'activités sexuelles avec lui ou avec elle.					1 2 3 4 5
22. J'avais la meilleure famille du monde.					1 2 3 4 5
23. Quelqu'un a tenté de me faire faire ou de me faire regarder des activités sexuelles.					1 2 3 4 5
24. Quelqu'un m'a abusé(e) sexuellement.					1 2 3 4 5
25. Je crois que j'ai été abusé(e) psychologiquement.					1 2 3 4 5
26. Il y avait quelqu'un pour m'amener chez le médecin si j'en avais besoin.					1 2 3 4 5
27. Je crois que j'ai été abusé(e) sexuellement.					1 2 3 4 5
28. Ma famille était une source de courage et de soutien.					1 2 3 4 5

Annexes 9 : Tableaux complémentaires

Tableau 7. seuils cliniques au CBCL

	Total (prétest $N = 53$, post-test $N = 45$)		Groupe IR (prétest $n = 28$, post-test $n = 25$)		Groupe IH (prétest $n = 25$, post-test $n = 20$)	
	n	%	n	%	n	%
CBCL externalisé						
Prétest						
< seuil clinique	37	70	19	68	18	73
> seuil clinique	16	30	9	32	7	28
Post-test						
< seuil clinique	33	73	21	84	12	60
> seuil clinique	12	27	4	16	8	40
CBCL internalisé						
Prétest						
< seuil clinique	33	62	19	68	14	56
> seuil clinique	20	38	9	32	11	44
Post-test						
< seuil clinique	34	76	22	88	12	60
> seuil clinique	11	24	3	12	8	40

Tableau 8. Moyennes et écarts-types des scores au PRFQ au prétest et au post-test pour l'échantillon total et pour les groupes IR et IH.

	Total (prétest $N = 53$, post-test $N = 45$)		Groupe IR (prétest $n = 28$, post-test $n = 25$)		Groupe IH (prétest $n = 25$, post-test $n = 20$)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Pré-mentalisation						
Prétest	2.42	1.22	2.56	1.44	2.27	0.92
Post-test	2.10	0.96	1.79	0.93	2.45	0.88
Intérêt et curiosité						
Prétest	5.20	1.25	5.15	1.27	5.25	1.25
Post-test	5.32	0.97	5.43	0.87	5.19	1.07
Certitude						
Prétest	3.73	1.16	3.64	1.27	3.82	1.05
Post-test	3.92	0.98	4.15	0.91	3.66	1.00

Tableau 9. Moyennes et écarts-types des scores à l'ISP au prétest et au post-test pour l'échantillon total et pour les groupes IR et IH.

	Total (prétest $N = 52$, post-test $N = 46$)		Groupe IR (prétest $n = 27$, post-test n $= 25$)		Groupe IH (prétest $n = 25$, post-test n $= 21$)	
--	--	--	--	--	--	--

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Détresse parentale						
Prétest	33.06	10.85	34.44	11.53	31.56	10.09
Post-test	32.15	11.24	31.96	11.38	32.38	11.34
Interaction dysfonctionnelle						
Prétest	28.96	9.71	29.41	10.46	28.48	9.02
Post-test	27.39	9.72	25.56	9.02	29.57	10.30
Enfant difficile						
Prétest	33.25	9.96	33.52	11.36	32.96	8.41
Post-test	33.04	10.54	30.28	9.26	36.33	11.23
Score total						
Prétest	95.27	25.92	97.37	29.14	93.00	22.29
Post-test	92.59	28.27	87.80	26.78	98.29	29.58

Tableau 10. Moyennes et écarts-types des scores au CHAOS au prétest et au post-test pour l'échantillon total et pour les groupes IR et IH.

	Total (prétest <i>N</i> = 53, post-test <i>N</i> = 45)		Groupe IR (prétest <i>n</i> = 28, post-test <i>n</i> = 24)		Groupe IH (prétest <i>n</i> = 25, post-test <i>n</i> = 21)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Prétest	2.62	0.32	2.55	0.27	2.70	0.37
Post-test	2.51	0.30	2.46	0.34	2.56	0.25

Tableau. 11 Moyennes et écarts-types des scores au CTQ au prétest et au post-test pour l'échantillon total et pour les groupes IR et IH.

Scores	Total (N = 41)		Groupe IR (n = 20)		Groupe IH (n = 21)		t	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Abus émotionnel	11.87	5.94	11.45	5.78	12.05	6.68	0.31	.762
Abus physique	8.83	4.92	8.50	4.38	8.95	5.47	0.29	.772
Abus sexuel	12.85	6.97	14.35	7.94	10.48	5.84	1.79	.082
Négligence émotionnelle	15.08	5.33	14.50	5.79	15.29	5.29	0.45	.652
Négligence physique	10.55	4.79	9.55	4.26	11.05	4.89	1.04	.303
Maltraitance total	59.17	22.53	58.35	23.51	57.81	22.82	0.08	.941
Prévalences	N	%	n	%	n	%	X ²	p
Abus émotionnel	11	27	4	20	7	33	0.93	.335
Abus physique	10	24	5	25	5	24	0.01	.929
Abus sexuel	23	56	13	65	10	48	1.26	.262
Négligence émotionnelle	18	44	8	40	10	48	0.24	.623
Négligence physique	10	24	3	15	7	33	1.87	.172

Note. Les prévalences ont été établies en utilisant les scores de coupure définies pour le CTQ.

Tableau 12. Fréquence des troubles de santé mentale du parent et nombre de troubles accumulés par les parents.

	Total		Groupe IR		Groupe IH	
	N = 38		n = 19		n = 19	
	n	%	n	%	n	%
Troubles anxieux	17	45	12	63	5	26
Trouble stress post-traumatique	6	16	3	16	3	16
Troubles liés à une substance	5	13	3	16	2	11
Troubles psychotiques	4	11	3	16	1	5
Troubles des comportements alimentaires	4	11	3	16	1	5
Risque suicidaire	10	26	6	32	4	21

	N = 37		n = 18		n = 19	
	n	%	n	%	n	%
	Troubles dépressifs	22	60	12	67	10
Troubles de la personnalité	7	19	4	22	3	16

Nombre de troubles	N = 37		n = 18		n = 19	
	n	%	n	%	n	%
	0	5	14	1	6	4
1	12	32	4	22	8	42
2	6	16	4	22	2	11
3	7	19	4	22	3	16
4	7	19	5	28	2	11

Tableau 13. Corrélations bivariées entre les variables d'intérêt au prétest.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Ext									
2. Int	.568***								
3. Chaos	.159	.235							
4. DP	.404**	.310*	.027						
5. ID	.380*	.376**	.245	.571***					
6. ED	.680***	.386**	.008	.533***	.646***				
7. SP	.573***	.419**	.106	.837***	.862***	.850***			
8. PM	.497***	.320*	.060	.536***	.705***	.638***	.734***		
9. CM	-.362**	.037	-.213	-.364**	-.250	-.374**	-.390**	-.371**	
10. IC	-.172	-.041	-.126	-.301*	-.381**	-.228	-.356**	-.519***	.352**

Note. Les données manquantes ayant été traitées par suppression par paires, le nombre de participants inclus dans chaque analyse est indiqué sous les corrélations. Ext : CBCL problèmes externalisés, Int : CBCL problèmes internalisés, DP : ISP détresse parentale, ID : ISP interaction dysfonctionnelle, ED : ISP enfant difficile, SP : ISP stress parental total, PM : PRFQ pré-mentalisation, CM : PRFQ certitude, IC : PRFQ intérêt et curiosité. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Tableau 14. Corrélations bivariées entre les variables d'intérêt au post-test.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Ext									
2. Int	.768***								
	45								
3. Chaos	.242	.112							
	44	44							
4. DP	.387**	.453**	-.157						
	45	45	45						
5. ID	.360*	.475***	-.150	.707***					
	45	45	45	46					
6. ED	.614***	.642***	-.074	.663	.758***				
	45	45	45	46	46				
7. SP	.507***	.584***	-.141	.888***	.908***	.897***			
	45	45	45	46	46	46			
8. PM	.566***	.552***	-.096	.579***	.666***	.770***	.745***		
	44	44	45	45	45	45	45		
9. CM	-.327*	-.300*	-.126	-.038	-.194	-.439**	-.245	-.211	
	44	44	45	45	45	45	45	45	
10. IC	-.238	-.194	.086	-.467*	-.429**	-.458**	-.503***	-.379*	.148
	44	44	45	45	45	45	45	45	45

Note. Les données manquantes ayant été traitées par suppression par paires, le nombre de participants inclus dans chaque analyse est indiqué sous les corrélations. Ext : CBCL problèmes externalisés, Int : CBCL problèmes internalisés, DP : ISP détresse parentale, ID : ISP interaction dysfonctionnelle, ED : ISP enfant difficile, SP : ISP stress parental total, PM : PRFQ pré-mentalisation, CM : PRFQ certitude, IC : PRFQ intérêt et curiosité. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.