

Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et le développement moteur et cognitif des enfants placés en famille d'accueil

Chercheur principal: Ellen Moss, Ph.D.

Centre d'étude sur l'attachement et la famille, Université du Québec à Montréal

Équipe de recherche:

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

Chantal Cyr, Ph.D., Université du Québec à Montréal

Michel Carignan, M.A., Centre jeunesse de Montréal Institut-Universitaire

Martin St-André, M.D., Hôpital Ste-Justine de Montréal

Novembre 2009

CONSEIL CANADIEN
SUR L'APPRENTISSAGE

CCA CCL

CANADIAN COUNCIL
ON LEARNING

Cette œuvre a été possible grâce à la participation du Conseil canadien sur l'apprentissage.

Tous les documents produits par le Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA) seront disponibles en anglais et en français. Toutefois, les documents produits pour le CCA par d'autres organismes ne seront affichés en ligne que dans leur langue d'origine. Si une traduction du texte en entier n'est pas disponible, le CCA s'assurera que le sommaire est traduit dans l'autre langue officielle.

Il est à noter, toutefois, que les opinions qu'elle renferme sont expressément celles de ses auteurs. Le Conseil canadien sur l'apprentissage n'est en rien responsable du contenu.

1- Sommaire

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION VISANT À OPTIMISER LA SÉCURITÉ AFFECTIVE ET LE DÉVELOPPEMENT MOTEUR ET COGNITIF DES ENFANTS PLACÉS EN FAMILLE D'ACCUEIL

Contexte du projet

Les enfants placés en familles d'accueil au Canada sont de plus en plus nombreux et ceux-ci font parti des groupes les plus à risque de développer des problèmes d'apprentissages et des difficultés scolaires, en plus de difficultés d'adaptation à long terme (Chamberlain, Moreland & Reid, 1992; Evans, 2001; Flynn & Biro, 1998; Trout, Hagaman, Casey, Reid, & Epstein, 2008). Des travaux récents dans le domaine de l'attachement ont démontré que des interactions avec des parents d'accueil ou adoptants très sensibles permettent de surmonter les déficits de ces enfants dus à leurs conditions de vie antérieures au placement (Dozier, Stovall, Albus & Bates, 2001; Juffer, Hoksbergen, Riksen-Walraven & Kohnstamm, 1997). Par ailleurs, beaucoup de parents d'accueil, dont le rôle consiste à subvenir aux besoins d'enfants présentant ces problèmes et demandant des soins spécialisés, ne possèdent pas les ressources pour promouvoir le développement optimal de ces enfants. Il importe donc d'intervenir rapidement auprès des parents d'accueil et des enfants à leur garde afin de modifier leur trajectoire développementale peu reluisante.

Ce projet de recherche vise à évaluer un programme d'intervention qui a adapté des composantes d'intervention basée sur la théorie de l'attachement afin qu'elles soient spécifiques aux besoins de la population canadienne de jeunes enfants d'accueil et aux problèmes tout particuliers qu'ils confrontent. Cette intervention a pour objectif de favoriser le développement d'un attachement sécurisant et d'accroître les interactions positives entre l'enfant et la famille d'accueil. Ce faisant en augmentant la sensibilité parentale, l'intervention favorisera le

développement moteur et cognitif des enfants. Ce projet arrive à point puisque le gouvernement du Québec et le ministère de la santé ont récemment adopté une politique d'implantation de « projet de vie » visant à développer des programmes qui permettront de prendre des décisions plus rapidement et à plus long terme pour le bien-être des enfants maltraités. Lorsqu'un placement à long terme dans une famille d'accueil est inévitable, il est critique d'avoir accès à des programmes d'intervention visant à accroître la stabilité du placement de l'enfant à l'intérieur de la famille d'accueil ainsi que son développement optimal.

Méthode

Quarante enfants québécois placés en famille d'accueil banque mixte et leur mère d'accueil ont été assignés de manière aléatoire (au hasard) à un groupe recevant l'intervention et à un groupe témoin¹. Le recrutement des participants s'est effectué avec la collaboration des Centres Jeunesse de Montréal, de la Montérégie et de Lanaudière. Ainsi, les familles d'accueil proviennent à la fois de milieux urbains et ruraux. L'âge moyen des enfants est de 26 mois et 66% d'entre eux sont des garçons. Tous les participants ont maintenu leur suivi régulier avec leur intervenant en Centre jeunesse qui est constitué de visites occasionnelles assurant un suivi du fonctionnement familial et d'intervention et situation de crise si nécessaire. En plus de ce suivi, les familles assignées au groupe intervention ont également reçu 8 rencontres d'intervention parent-enfant au domicile familial. Ces rencontres visaient à sensibiliser la mère d'accueil, par le biais de discussions, aux besoins spécifiques de son enfant. Les comportements parentaux sensibles, c'est-à-dire des réponses parentales appropriées aux signaux de l'enfant ont également été renforcés à chacune des rencontres par l'intervenant lors de rétroactions vidéo de jeux parent-

¹ Au Québec, les parents des familles banque mixte ont été évalués par les Centres jeunesse afin de juger de leurs aptitudes parentales pour une éventuelle adoption de l'enfant dont ils ont la garde.

enfant filmés². Des mesures avant (prétest) et après l'intervention (post-tests) – portant sur le développement, l'adaptation et l'attachement des enfants, la sensibilité parentale, etc. – ont été recueillies et comparées entre les 2 groupes.

Résultats obtenus et conclusion

Les résultats démontrent l'efficacité de l'intervention relationnelle pour améliorer chez la mère d'accueil sa sensibilité parentale. D'autre part, notre étude met l'accent sur l'importance d'évaluer les programmes d'intervention en fonction des caractéristiques individuelles des parents et des enfants. L'intervention relationnelle est efficace pour diminuer le niveau de stress parental chez les mères ayant une fille, et protéger les mères d'accueil contre une éventuelle augmentation de leur stress lorsqu'elles présentent un statut socio-économique moins élevé ou qu'elles se sentent moins engagées à l'égard de leur enfant. En ce qui concerne les enfants, l'intervention relationnelle a su préserver la qualité de l'interaction affective et cognitive entre la mère et l'enfant ainsi que les comportements de proximité chez ceux ayant été exposés à la drogue/alcool pendant la période intra-utérine ou à des complications médicale à la naissance (ex: petit poids, prématurité). En d'autres mots, les enfants avec des risques prénataux qui n'ont pas reçus l'intervention ont été plus enclins à présenter des comportements associés à de l'insécurité à la fin de la recherche. Aussi, l'intervention a permis d'augmenter la capacité des enfants plus âgés à rechercher la proximité de leur parent en situation de détresse et de promouvoir le développement moteur et mental chez ceux ayant des mères d'accueil moins à risque sur le plan socioéconomique ou des mères biologiques ne présentant pas de détresse psychologique ou de

² La technique de rétroaction vidéo consiste à filmer le parent et son enfant pendant un jeu. Par la suite, la séquence vidéo est regardé avec le parent et l'intervenante souligne les comportements positifs faits par la mère mais identifie aussi les comportement négatifs. La discussion favorise la réflexion du parent sur le lien entre ses comportements et ceux de son enfant à la fois sur un plan cognitif et émotionnel. Cette réflexion suscite un changement rapide dans les comportements du parent lorsque ce dernier est prêt à s'engager dans le processus thérapeutique et que l'alliance avec l'intervenante est bonne. L'efficacité de cette technique a été démontrée dans une étude canadienne (Moss et al., 2007).

lenteur intellectuelle.

Dans l'ensemble, les résultats de la présente recherche permettent d'approfondir nos connaissances sur les besoins des enfants placés et des parents qui les accueillent . L'intervention relationnelle s'est avérée efficace tant pour le parent que pour l'enfant. Les propos des mères d'accueil à cet égard mettent bien en évidence l'effet bénéfique de l'intervention. Notamment, à la suite de l'intervention, plusieurs mères d'accueil affirment se sentir comme de « vraies mères » et apprécient davantage leur rôle de parent. C'est donc dire qu'à la suite de l'intervention, les mères ne se perçoivent plus seulement comme un donneur de soin, mais comme un parent auquel l'enfant accorde une importance particulière. En fait, les mères d'accueil constatent que les enfants apprécient davantage le réconfort qu'elles leur prodiguent lorsqu'ils sont en détresse et, par ailleurs, qu'ils explorent mieux leur environnement. La possibilité pour l'enfant de recourir à un parent qui l'aide à réguler ses émotions en situation de détresse est cruciale pour l'apprentissage, car elle permet à l'enfant d'explorer son environnement en toute quiétude. L'enfant devient donc disponible pour apprendre et plus enclin à développer des habilités cognitives. Les mères d'accueil rapportent d'ailleurs que l'intervention leur a permis de mieux comprendre l'importance de parler à leur enfant, de le renforcer et de le soutenir dans les jeux. De plus, elles soulignent même comment ce nouveau rôle de soutien et d'étayage dans le jeu avec leur enfant favorise la régulation émotionnelle, une meilleure estime de soi et une plus grande motivation à apprendre chez leur enfant.

Notre intervention a donc eu un impact bénéfique sur plusieurs sphères de fonctionnement du parent et de l'enfant. À cet égard, nous concluons donc que ce type d'intervention devrait être offert de manière plus systématisée aux familles d'accueil. Nos résultats soulignent toutefois l'importance d'adapter les interventions de manière à répondre aux besoins spécifiques de chaque

famille, notamment en offrant du support aux familles moins avantagées au plan socio-économique et des interventions à caractère plus éducatif pour les familles dont l'enfant présente un risque de difficultés cognitives plus important.

Nos résultats de recherche nous indiquent également qu'il y a différentes façons d'évaluer le succès d'un placement en tant que mesure d'intervention. Traditionnellement, au Québec, le nombre de placements ou de déplacements d'un enfant était considéré comme le principal critère pour évaluer le succès d'un placement. Notre étude nous montre entre autre que l'évaluation de la sensibilité de la mère et de l'adaptation développementale de l'enfant sont des mesures aussi, sinon plus, importantes à considérer dans le succès d'un placement, celles-ci donnant une indication claire du fonctionnement de l'enfant.

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION VISANT À OPTIMISER LA
SÉCURITÉ AFFECTIVE ET LE DÉVELOPPEMENT MOTEUR ET COGNITIF DES
ENFANTS PLACÉS EN FAMILLE D'ACCUEIL

2- Introduction

Des études effectuées sur plusieurs décennies démontrent que les enfants placés en famille d'accueil sont un des groupes de la société canadienne les plus à risque de développer des problèmes d'apprentissage et des échecs scolaires (Flynn & Biro, 1998). Malgré ce constat, très peu d'interventions visant directement à améliorer les apprentissages précoces de cette population vulnérable ont été développées et validées sur le plan scientifique. Des travaux récents dans le domaine de l'attachement ont démontré que c'est à l'intérieur d'une relation parent-enfant sécurisante que l'enfant peut se développer de manière optimale, et surmonter les déficits dus aux conditions de vie antérieures au placement (Dozier, Stovall, Albus & Bates, 2001; Juffer, Hoksbergen, Riksen-Walraven & Kohnstamm, 1997). Deux projets pilotes réalisés par notre équipe auprès de ces enfants (0-5 ans) et leurs donneurs de soin démontrent l'efficacité d'interventions relationnelles à court terme pour accroître la sensibilité parentale et favoriser les compétences exploratoires et les habiletés d'apprentissage des enfants (Duchesne, Dubois-Comtois & Moss, 2006; Moss, Dozier, Bernier, Tarabulsy & St-Laurent, 2005; Moss, Tarabulsy, Bernier, St-Laurent, Cyr & Dubois-Comtois, juin 2006). Ces premières expériences nous ont permis de roder le contenu des sessions d'intervention et de leurs apporter les ajustements nécessaires afin que le programme d'intervention soit à la portée de tous les parents d'accueil, c'est-à-dire, qu'il soit adapté à la réalité de leur vie fort bien remplie et qu'il soit agréable à la fois pour les intervenants et pour les parents.

L'objectif de la recherche est donc de poursuivre ces recherches afin de mieux intervenir

auprès de cette clientèle. L'étude consiste à évaluer un programme d'intervention axé sur l'optimisation de la relation parent-enfant d'accueil, par le biais du développement de comportements parentaux sécurisants et sensibles. Cette intervention cible le développement d'un attachement sécurisant et de capacités régulatrices adéquates ainsi que le développement des habiletés motrices et cognitives reliées à l'apprentissage chez les enfants. L'efficacité du programme sera évaluée selon un devis quasi-expérimental avec répartition aléatoire des participants en 2 groupes: 1) un groupe bénéficiant du programme d'intervention relationnelle; 2) un groupe témoin bénéficiant uniquement du suivi standard des Centres Jeunesse. Ce projet aura donc des implications très importantes pour influencer les pratiques d'intervention auprès des enfants placés en famille d'accueil à l'échelle canadienne.

3- Contexte théorique du programme de recherche

La vulnérabilité des enfants d'accueil associée aux problèmes d'apprentissage

Des études révèlent que de plus en plus d'enfants sont confiés aux Services sociaux. Au Québec, en 2006-2007, 31 718 enfants étaient confiés aux différents Directeurs de la Protection de la Jeunesse, et vivaient dans une des ressources d'hébergement gérées par les Centres Jeunesse. De ce nombre, 6 973 enfants ont été placés en familles d'accueil (Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse, 2007). Des études effectuées sur plusieurs décennies démontrent que les enfants placés en famille d'accueil présentent des difficultés scolaires importantes telles que des problèmes d'apprentissage et des échecs scolaires (Chamberlain, Moreland & Reid, 1992; Evans, 2001; Flynn & Biro, 1998). Ces enfants présentent également davantage de troubles du langage (Halfon, Mendonca & Berkowitz, 1995) et, au moment du placement, leur développement moteur et cognitif est souvent déficitaire (Bruhn, Duval & Louderman, 2008;

Leslie, Gordon, Ganger & Gist, 2002). Une récente méta-analyse a montré que les enfants placés en famille d'accueil ont davantage besoin de services d'éducation spécialisée, qu'ils présentent plus d'échecs académiques et qu'ils sont davantage suspendus ou expulsés de leur milieu scolaire (Scherr, 2007). À long terme, ils sont plus à risque de devenir des adultes peu scolarisés et de développer des problèmes d'adaptation (Bruskas, 2008; Children's Administration Research, 2004; Vinnerljung, Öman & Gunnarson, 2005). L'ensemble de ces facteurs est susceptible d'augmenter la vulnérabilité de ces enfants et d'affecter considérablement leur fonctionnement comme adulte, et ce tant sur le plan cognitif que socio-émotionnel.

Les difficultés que présentent les enfants placés en familles d'accueil sont associées à différentes caractéristiques issues de leurs premières années de vie. En effet, les enfants placés très jeunes en famille d'accueil font face à un défi de taille résultant à la fois des expériences problématiques ayant motivé leur placement et de la rupture de leur relation avec les premières figures parentales qu'ils ont connues. En effet, ces enfants ont pu être exposés à la présence de médicaments, drogues ou alcool pendant la période intra-utérine, ce qui les rend particulièrement vulnérable à présenter par la suite des retards de développement et des problèmes neurologiques (Franck, 1996; Phelps, 1995). Les mauvais traitements ou la négligence qu'ils ont subis dans leur milieu naturel, qui sont généralement à l'origine de leur placement, peuvent également avoir des répercussions sur leur développement et, lorsque perpétrés en bas âge, sont susceptibles d'affecter le développement du cerveau. En effet, la négligence menant à une privation de stimulations nécessaires au cerveau du jeune enfant lors de sa maturation, a des conséquences importantes sur le développement du langage et sera associée à des déficits neuronaux et comportementaux (Glaser, 2000; Schore, 2001). Ces retards de développement peuvent mener à des retards cognitifs et académiques, affectant considérablement la réussite scolaire future de ces

enfants (Leslie et al., 2002). La rupture relationnelle caractérisant nécessairement le vécu de tous les enfants d'accueil semble également constituer un important facteur de risque pour leur développement. Ceci n'est pas étonnant considérant le rôle important des pratiques éducatives parentales dans le développement précoce.

Les besoins des parents d'accueil et l'utilité des programmes d'intervention actuels

Une *famille d'accueil* est une personne ou un couple qui accueille un enfant qui lui est confié par les Services sociaux et qui s'engage par contrat à donner à cet enfant un milieu de vie familial sécuritaire et chaleureux en assurant son hébergement, ses soins, son entretien, sa sécurité et son éducation (Fédération des familles d'accueil du Québec, 2004). Il existe plusieurs types de familles d'accueil dont les familles d'accueil régulières et les familles banque-mixte. Les placements en familles d'accueil régulières sont généralement temporaires, soit de 3 à 6 mois, tandis que pour les familles d'accueil *banque-mixte*, il s'agit de placements à plus long terme. Les familles d'accueil *banque-mixte* accueillent généralement des enfants jugés par les intervenants à haut risque d'abandon et ces familles désirent éventuellement adopter l'enfant placé sous leur garde. Ces familles offrent un environnement stable aux enfants jusqu'à l'adoption, lequel peut prendre plusieurs années avant de se concrétiser. Des études récentes ont révélé que la majorité des familles d'accueil, dont le rôle consiste à subvenir aux besoins tant physiques qu'affectifs des enfants, éprouvent de nombreuses difficultés à jouer adéquatement leur rôle, ce qui risque de compromettre la réussite du placement (Holland & Gorey, 2004; Wilson, Sinclair & Gibbs, 2000). Malgré leur bon vouloir, beaucoup de parents ne possèdent pas les ressources pour promouvoir le développement optimal de ces enfants (Fisher, Ellis & Chamberlain, 1999). En effet, les parents accueillent des enfants qui présentent des

problématiques lourdes, dont les caractéristiques sont souvent différentes de leurs attentes. Ceci peut entraîner un cercle vicieux menant à des frustrations réciproques et à de la colère. De plus, beaucoup de parents en banque mixte ont vécu des problèmes d'infertilité pouvant augmenter leur niveau de stress en raison de nombreuses interventions médicales et de difficultés ayant survenues au sein du couple. Lorsque les conséquences psychologiques associées à ces expériences difficiles demeurent non résolues, celles-ci interfèrent avec le développement d'un attachement sécurisant avec la famille d'accueil, et mènent éventuellement à un échec du placement.

Au Québec, les Centres Jeunesse (CJ) n'offrent généralement pas de programme d'intervention systématique et standardisé adapté aux besoins des enfants placés et de leurs parents d'accueil. Le service habituel consiste en quelques rencontres de sensibilisation au rôle de parent d'accueil, ainsi que d'un suivi d'un(e) intervenant(e) social(e). Lors d'une étude pilote récemment réalisée par notre équipe auprès de 47 familles d'accueil québécoises, les témoignages recueillis nous ont permis de constater que la majorité des familles jugeaient les rencontres de sensibilisation inadéquates pour les préparer à leur rôle de parent d'accueil (Moss et al., 2005). Ces témoignages confirment les observations de plusieurs études menées au Canada et aux États-Unis qui ont démontré que le premier facteur d'échec du placement réside dans le manque de formation et de soutien offerts aux parents d'accueil, ce qui entraîne une inhabilité à gérer les comportements de l'enfant et, ultérieurement, le déplacement de l'enfant (Chamberlain et al., 1992; Fisher et al. 1999).

Le contenu des programmes d'intervention efficaces pour des enfants en familles d'accueil

Des études récentes portant sur des populations d'enfants à risque montrent l'importance d'intervenir de manière précoce auprès des familles d'accueil ou adoptantes afin de limiter

l'impact des déficits développementaux sur l'adaptation ultérieure des enfants (O'Connor, Rutter, Beckett, Keaveney & Kreppner, 2000; Rutter, 1998). Des études ont également montré que c'est à travers des interactions sécurisantes avec le parent adoptant que l'enfant peut récupérer les retards cognitifs (Mahoney, Boyce, Fewell, Spiker et Wheeden, 1998). La méta-analyse de Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer (2003) a révélé que les programmes d'intervention les plus efficaces pour améliorer la qualité de la relation parent-enfant se centrent sur *la sensibilité parentale* et utilisent un nombre modéré de rencontres (de 5 à 16) avec le parent et son jeune enfant (typiquement 0 à 2 ans). Dozier et ses collègues (2001) ont montré l'efficacité de ce type de programme pour des dyades d'enfant et de parent d'accueil qui ne sont pas liés biologiquement. *La sensibilité parentale* réfère à la capacité du parent à reconnaître et détecter les besoins de l'enfant et à offrir rapidement à l'enfant le réconfort dont il a besoin. Les parents, dits sensibles, offrent proximité et réconfort lorsque leur enfant en a besoin. Lorsque les enfants vivent des expériences répétées de ce type, ils tendent à développer un attachement dit sécurisant (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), favorisant leur adaptation sociale et émotionnelle et le développement de leurs compétences cognitives (Moss, Parent, Gosselin & Dumont, 1993; Moss, Gosselin, Parent, Rousseau & Dumont, 1997). Lorsque la relation ne permet pas à l'enfant d'aller chercher un réconfort auprès de son donneur de soins afin de diminuer sa détresse, sa capacité d'explorer adéquatement l'environnement, qui est à la base du développement cognitif de l'enfant, est sérieusement compromise. La qualité des interactions entre l'enfant et son donneur de soin a donc un impact sur le développement du cerveau de l'enfant, et affecte sa capacité à gérer ses émotions, organiser ses nouveaux apprentissages et s'adapter aux changements dans l'environnement (Schoore, 2001). Les études longitudinales ont démontré que les enfants présentant un attachement sécurisant sont plus enthousiastes devant des

tâches de résolution de problèmes et développent de meilleures habiletés de planification (Moss & St-Laurent, 2001; Moss, St-Laurent & Parent, 1999) et des relations de plus grande qualité avec leurs pairs et professeurs (Grossmann & Grossmann, 1991; Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent & Saintonge, 1998). La capacité de l'enfant placé de développer une relation d'attachement sécurisant avec sa famille d'accueil est donc majeure pour favoriser les apprentissages scolaires.

Dozier et ses collègues ont développé un programme d'intervention visant 3 composantes critiques pour le développement des bébés en famille d'accueil. Ces composantes identifiées par des études empiriques sont: apprendre à interpréter les signaux de l'enfant, fournir des soins chaleureux et répondre rapidement aux besoins de l'enfant (Dozier, Higley, Albus & Nutter, 2002). Ces 3 objectifs sont élaborés sur une période de 10 séances conduites au domicile de la famille d'accueil (le programme de Dozier et al. est décrit plus en détail dans la section méthodologie). Les résultats d'un projet pilote testant l'efficacité de cette intervention auprès de 24 bébés et leur mère d'accueil révèlent qu'à la suite de l'intervention, les bébés du groupe d'intervention relationnelle ont démontré davantage de comportements d'attachement sécurisant en comparaison aux bébés du groupe témoin.

Nous avons récemment (2001) réalisé une étude pilote avec 47 familles d'accueil référées par 5 Centres Jeunesses du Québec afin de déterminer si un tel programme d'intervention peut être adapté à une population québécoise et implanté dans le système actuel de protection de la jeunesse qui travaille avec des enfants maltraités placés à long terme. Dû au financement restreint, nous avons favorisé une intervention à plus court terme, celle-ci incluant 6 séances. Nos résultats indiquent qu'un tel programme peut être implanté avec succès et qu'une intervention de 6 séances est efficace pour améliorer la sensibilité parentale, sauf pour les mères

ayant vécu des expériences traumatisantes non résolues, particulièrement associées au deuil. Puisque beaucoup des couples qui adoptent les enfants placés en famille d'accueil ont vécu des expériences répétées de fausses couches, ce résultat n'est pas surprenant. Le jeune enfant placé peut évoquer chez le parent d'accueil des sentiments et souvenirs associés à ces expériences non résolues. Le parent d'accueil a alors tendance à attribuer à l'enfant des sentiments et des pensées qui ne lui appartiennent pas, ce qui contribue à créer un manque de réciprocité entre la mère d'accueil et l'enfant, et mène à des soins non contingents et insensibles de la part du parent d'accueil.

Dans un effort d'améliorer ce programme, nous ajouterons 2 rencontres d'intervention additionnelles (pour un total de 8 rencontres). L'ajout de ces deux séances offrira davantage de temps de discussion avec le parent pour travailler plus en profondeur les représentations parentales, dont celles liées à sa propre histoire d'attachement, pouvant interférer avec sa sensibilité. Nous avons récemment réalisé une étude auprès de 87 parents et enfants signalées à la Direction de la Projection de la Jeunesse pour mauvais traitements parentaux en intégrant ces composantes représentationnelles à l'intérieur de 8 rencontres d'intervention. Nous avons observé que cette intervention est efficace pour améliorer la sensibilité maternelle chez tous les participants, même ceux avec des histoires d'attachement non résolues. Il importe de noter qu'une majorité de parents signalés ont vécu des expériences traumatiques, tels des abus et décès, qui demeurent non-résolus. Nous avons également observé une augmentation des capacités exploratoires de l'enfant (Moss et al., 2006). Ces résultats sont appuyés par une étude récente de Cicchetti, Rogosch et Toth (2006), qui a démontré l'efficacité d'une intervention visant non seulement la modification des comportements, mais aussi la réinterprétation des représentations liées à l'attachement parent-enfant. Ce modèle d'intervention favorisant à la fois

la sensibilité parentale dans les échanges entre le parent d'accueil et l'enfant, et abordant les représentations d'attachement du parent d'accueil sera testé dans la présente étude.

4- Objectifs et hypothèses de recherche

Plusieurs études démontrent l'importance des comportements parentaux sensibles et adéquats dans le développement des habiletés affective, cognitives et sociales des jeunes enfants. Certains ont également montré qu'une intervention relationnelle s'avère efficace pour favoriser ces comportements parentaux. Notre objectif est donc de tester auprès d'une population d'enfants placés et de mères d'accueil l'efficacité d'un programme d'intervention visant à favoriser la sensibilité parentale, le développement d'une relation parent-enfant sécurisante et le fonctionnement moteur et cognitif des enfants. La principale hypothèse de recherche avance que les enfants du groupe d'intervention relationnelle développeront davantage une relation d'attachement sécurisant avec leur parent d'accueil, et présenteront des capacités d'autorégulation et un développement moteur et cognitif supérieurs à ceux des enfants du groupe témoin (ne recevant pas l'intervention relationnelle). De plus, il est attendu que les parents bénéficiant de l'approche relationnelle montreront davantage de comportements sensibles envers leurs enfants et manifesteront moins de stress parental que les parents du groupe témoin. Enfin, nous évaluerons si les caractéristiques de l'enfant ou de la famille d'accueil favorisent ou limitent l'efficacité de l'intervention relationnelle.

5- Méthode de la recherche

Participants

L'échantillon est constitué de 40 enfants âgés entre 7 et 49 mois et leur mère d'accueil (en

famille d'accueil spécifique ou banque mixte), répartis de façon aléatoire à un groupe expérimental ($n = 20$) et à un groupe témoin ($n = 20$). Les participants ont été recrutés dans les Centres Jeunesse de Montréal, de la Montérégie et de Lanaudière. Tous les enfants recrutés sont sous la loi de la protection de la jeunesse après qu'un signalement ait été évalué et retenu. Les enfants présentant des complications médicales lourdes (ex. paralysie cérébrale) ainsi que des retards de développement sévères (ex. incapable de ramper à 18 mois) ont été exclus de l'étude en raison des exigences motrices liées aux activités d'intervention. Toutefois, les enfants présentant des complications médicales d'autres types (ex. prématurité) sont maintenus dans l'échantillon. Ces variables seront prises en considération à titre de covariables, c'est à dire qu'elles seront incluses dans les analyses si elles s'avèrent liées aux variables à l'étude afin de s'assurer qu'elles ne viennent pas interférer avec les résultats obtenus.

Les enfants participants à l'étude sont âgés en moyenne de 26,23 mois ($\acute{E}.T. = 10,13$) lors du recrutement et 66% d'entre eux sont des garçons. Les mères d'accueil sont âgées en moyenne de 39,40 ans ($\acute{E}.T. = 6,85$). Vingt pourcent d'entre elles ont un diplôme de niveau secondaire, 20% ont un diplôme collégial et 60% ont un diplôme universitaire. Le revenu familial se distribue de la façon suivante: 7,5% des familles déclarent un revenu de moins de 30 000\$, 17,5% ont un revenu entre 30 et 50 000\$, 30% ont un revenu entre 50 et 75 000\$ et 45% ont un revenu de plus de 75 000\$. Finalement, 90% des familles sont biparentales alors que 10% sont des mères monoparentales.

Procédure

Évaluation prétest. Deux rencontres d'évaluation filmées ont été réalisées pour chacune des familles participantes. La première rencontre se déroule au domicile du parent et permet d'évaluer le développement moteur/mental de l'enfant et sa régulation comportementale (Échelles

développementales de Bayley). Au cours de cette rencontre, des questionnaires sont aussi administrés aux parents afin d'obtenir des informations sur les caractéristiques socio-démographiques de la famille, les événements de vie stressant (LEV), le profil médical de l'enfant et le stress parental de la mère (ISP). Au terme de cette rencontre, les assistants de recherche évaluent la sensibilité parentale à partir du Tri-de-cartes de sensibilité (Q-sort) ainsi que l'attachement de l'enfant à partir du Tri-de-cartes d'attachement (AQS). La deuxième rencontre s'est déroulée en laboratoire, celle-ci a permis d'évaluer la qualité des interactions mère-enfant lors d'une collation et d'un jeu libre. Au cours de cette rencontre, une courte entrevue est également réalisée avec la mère afin d'évaluer son niveau d'engagement et d'acceptation envers l'enfant (entrevue *Ceci est mon enfant*) et les comportements de proximité, de calme et de résistance de l'enfant (*Journal des comportements d'attachement*).

Évaluation post-test. Les participants des 2 groupes sont à nouveau évalués 2 ½ à 3 mois suivant la fin du prétest. Ce post-test se déroule comme le prétest, mais est seulement constitué des mesures ciblées par l'intervention: sensibilité maternelle, stress parental, attachement et régulation émotionnelle de l'enfant, et développement mental et moteur de l'enfant. Une seule nouvelle mesure est ajoutée lors du post-test, soit un questionnaire sur la satisfaction de l'intervention, lequel est uniquement administré aux familles du groupe intervention.

Afin d'assurer l'indépendance des données recueillies entre les différentes phases du projet et la validité des conclusions, les assistants de recherche des évaluations prétest et des post-test ne sont pas les mêmes. Ainsi, les assistants de recherche ne possèdent aucune information sur les familles avant de les rencontrer ce qui assure l'objectivité de leur évaluation.

Description des activités des participants dans chaque condition expérimentale

Groupe Intervention relationnelle. L'intervention-relationnelle que nous avons administrée aux familles du groupe Intervention s'inspire des 10 rencontres élaborées dans les travaux de Dozier et ses collègues (Dozier et al., 2002; Dozier, Lindhiem, et Ackerman (2005) et des 8 rencontres d'intervention développées par notre propre équipe (Moss et al. 2007). L'intervention proposée aux familles se compose donc de 8 rencontres réalisées au domicile familial et a été présentée aux mères de la façon suivante : les séances 1 et 2 ont été offertes lors de la première rencontre; les séances 3 à 8 ont été réalisées lors des 6 rencontres suivantes; et les séances 9 et 10 ont été offertes lors de la huitième et dernière rencontre. Plutôt que d'administrer 10 rencontres d'environ 60 à 90 minutes chacune, nous avons privilégié l'administration de 8 rencontres d'environ 90 à 120 minutes chacune afin d'offrir aux parents d'accueil davantage de temps par rencontre pour discuter de leur propre histoire d'attachement et des liens à faire avec les comportements de l'enfant. Inspirés de nos propres travaux sur l'efficacité d'une intervention relationnelle auprès de familles signalées à la DPJ (Moss et al., 2007), nous constatons que cette procédure est préférable pour favoriser un travail plus profond sur les représentations d'attachement et finalement l'intégration des acquis.

L'intervention est réalisée avec le donneur de soin principal (généralement la mère). Celui-ci doit être présent à toutes les rencontres mais le second parent peut se joindre à quelques unes ou toutes les rencontres. Une rencontre d'intervention consiste tout d'abord en une discussion de thèmes liés à la sécurité affective de l'enfant. Cette discussion est suivie d'une activité parent-enfant filmée et de la rétroaction vidéo de l'activité qui vient tout juste d'être filmée. Cette rétroaction vidéo consiste pour l'intervenant à identifier et renforcer les comportements positifs du parent à l'égard de son enfant. L'intervenant vise notamment à renforcer les comportements liés aux thèmes abordés durant les rencontres. La rétroaction vidéo,

permet au parent d'être témoin de ses propres comportements et des effets positifs qu'il a sur l'enfant. Dans ce contexte, le parent apprend à mieux observer et interpréter les comportements de son enfant pour lui répondre de manière plus adéquate. La rétroaction met ainsi en valeur les forces de la dyade en décortiquant l'interaction, ce qui favorise la motivation du parent à reproduire des comportements sensibles et sécurisants pour l'enfant. Chaque session se termine par une discussion des points forts de la rencontre et des forces du parent.

Les rencontres d'interventions :

1. *Introduction à la problématique et Aider l'enfant à faire confiance (Session 1 et 2 de Dozier et al., 2005)*. Cette rencontre vise principalement à sensibiliser le parent aux défis tout particuliers que confrontent les enfants qui se retrouvent séparés des premières figures parentales qu'ils ont connues (ex. difficulté de faire confiance à un nouvel adulte), tout en faisant des liens avec les comportements aliénants de leur enfant affiche parfois et aider ainsi le parent à favoriser une relation de confiance avec l'enfant.
2. *Reconnaître ses propres difficultés (Session 3 de Dozier et al., 2005)*. Cette rencontre touche les préoccupations personnelles du parent qui pourraient nuire à sa capacité de prodiguer à l'enfant des soins optimaux. Le parent est notamment encouragé à reconnaître qu'aucune personne ne peut être constamment et entièrement disponible émotionnellement pour ses enfants, mais que d'en être conscient constitue une force.
3. *Prodiguer des soins en dépit de ses préoccupations (Session 4 de Dozier et al., 2005)*. Cette rencontre pousse plus avant les concepts de la session précédente en amenant le parent à réfléchir à sa propre éducation, et à l'influence potentielle de celle-ci sur les pensées qui lui viennent lorsque l'enfant exprime un besoin de réconfort. Le parent est encouragé à se

remémorer les réactions que ses parents affichaient à son égard, et à réfléchir à l'impact potentiel de son histoire personnelle sur son style parental.

4. *L'importance du touché (Session 5 de Dozier et al., 2005)*. L'importance du contact physique pour le développement de la sécurité affective chez l'enfant est discutée avec le parent. Le parent est amené à réfléchir non seulement aux réactions de son enfant face au touché, mais également aux siennes et à celles de ses propres parents pendant son enfance.
5. *Aider l'enfant à prendre les devants (Session 6 de Dozier et al., 2005)*. L'intervenant discute avec le parent de l'importance de donner à l'enfant l'impression de pouvoir influencer son environnement. Le parent et l'intervenant discutent des bénéfices associés à cette impression et des réserves qu'un parent peut avoir face à l'idée de laisser un si jeune enfant prendre des responsabilités.
6. *Suivre l'initiative de l'enfant (Session 7 de Dozier et al., 2005)*. On demande au parent de jouer avec l'enfant en tentant de suivre l'initiative de celui-ci. Le parent est aussi filmé alors qu'il lit un livre à l'enfant, tout en tentant de laisser l'enfant prendre des responsabilités (ex. tourner les pages). Comme à l'habitude la séquence est visionnée et le parent est encouragé à exprimer ses réserves ou ses désaccords, alors que l'intervenant met en valeur les forces particulières du parent.
7. *Porter attention aux signaux de l'enfant (Session 8 de Dozier et al., 2005)*. L'intervenant enseigne au parent comment bien "lire" les signaux de l'enfant, reflétant par exemple son envie d'initier ou de terminer une interaction, son besoin d'assistance ou son envie d'essayer quelque chose lui-même. Comme à chaque séance, les forces du parent sont mises en valeur afin de faciliter sa coopération.

8. *Les émotions de l'enfant et la célébration de la relation (Session 9 et 10 de Dozier et al., 2005).* On explique au parent l'importance de valider les émotions de l'enfant et de l'aider à être à l'aise de ressentir et d'exprimer des émotions positives et négatives. On profite de l'occasion pour visionner des séquences prises tout au long de l'intervention afin de mettre en lumière les changements positifs dans les interactions de la dyade. Finalement, l'intervenant et le parent discutent un plan pour aider ce dernier à continuer d'utiliser les outils acquis.

Groupe Témoin. Le Centre Jeunesse de Montréal assure un suivi pour chaque enfant placé en famille d'accueil. L'une des responsabilités de l'intervenant ressource assigné à chaque enfant consiste à s'assurer de la qualité de l'environnement d'accueil en matière de santé, de sécurité et de bien-être général de l'enfant. Toutefois, la fréquence et la nature des suivis diffèrent d'un enfant à l'autre, et ce en fonction de la nature et de l'urgence des besoins (problèmes de santé physique ou d'adaptation; besoin de médiation avec les parents biologiques, etc.). Puisque ces services sont mandatés par la loi, tous les participants à cette étude recevront le suivi de leur Centre Jeunesse pour toute la durée de participation au projet.

Fidélité dans l'application de l'intervention. Deux intervenantes, étudiantes de niveau doctoral en psychologie, ont appliqué le programme d'intervention-relationnelle. Ces étudiantes ont complété une formation intensive sur l'application de ce programme qui leur a permis de connaître les concepts théoriques et pratiques de la théorie d'attachement et la façon de les abordés dans le cadre de ce programme d'Intervention-Relationnelle. La philosophie du programme et les attitudes à adopter par les intervenantes sont clairement rédigés dans le manuel d'intervention qui leur a été présenté et remis. Afin d'assurer une implantation uniforme du programme auprès des familles d'accueil, un suivi hebdomadaire a été offert à chaque intervenante. Ce suivi incluait des discussions de cas ainsi que le visionnement de certaines

séquences vidéo afin d'amener l'intervenante à cibler les aspects pertinents à l'intervention. Ce suivi a été assuré par deux des chercheurs de ce projet, lesquelles sont également psychologues expertes dans l'application clinique de la théorie de l'attachement. Afin de préserver l'indépendance des données liées à l'intervention, les intervenants des Centres Jeunesse, responsables du suivi des familles du groupe témoin, ne connaissaient pas le contenu spécifique de l'intervention relationnelle.

Instruments de mesure

Mesures relatives à l'enfant

Données socio-démographiques. Ce questionnaire comporte des items incluant l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le statut de placement et la présence ou non d'un lien de parenté avec le parent d'accueil.

Score global de risque. La prématurité, les retards de développement, l'exposition prénatale aux drogues et les problèmes psychiatriques de la mère sont associés à des problèmes pour l'enfant. Ces événements sont recueillis dans le dossier de l'enfant au centre jeunesse. Un score global de risque est calculé à partir de ces événements. L'utilisation d'un score global de risque permet de vérifier si la chronicité des difficultés expérimentées par l'enfant avant d'arriver dans sa famille d'accueil affecte sa capacité à bénéficier de l'intervention. Un tel score de risque a été employé dans l'étude de Moss et al. (2007).

Échelles du Développement de Bayley (1993). Les échelles de Bayley constituent l'instrument par excellence pour évaluer le développement cognitif et moteur des jeunes enfants (0 à 3 ½ ans). Elles sont associées aux scores du Stanford-Binet et prédisent la performance motrice et verbale à l'âge préscolaire (Farran & Harber, 1989). En plus des indices de

développement moteur et intellectuel, une échelle permet d'évaluer la régulation émotionnelle et comportementale de l'enfant pendant la passation du test.

Mesures relatives au parent (mère et père)

Données socio-démographiques. Ce questionnaire inclue des questions sur l'âge du parent, le niveau d'éducation des parents, le revenu familial, l'origine ethnique, le nombre d'années à titre de parent d'accueil, le nombre d'enfants biologiques et d'accueil.

Liste d'Événements de Vie (LEV; Sarason, Johnson, & Siegel, 1978). Ce questionnaire est un inventaire de 57 événements de vie potentiellement stressants, tel le divorce, l'hospitalisation, et le deuil. L'individu indique lesquels ont été vécus depuis la naissance de l'enfant et au cours de la dernière année. La fidélité test-retest est bonne, avec des corrélations de 0,88 et de 0,53 pour les événements négatifs et positifs respectivement sur 6 semaines (Sarason et al., 1978), ce qui démontre que les individus rapportent sensiblement les mêmes événements lorsqu'ils sont questionnés deux fois au cours de la période donnée.

Indice de Stress Parental - Bref (ISP-B; Abidin, 1995). L'ISP-B mesure le niveau de stress occasionné chez le parent par les caractéristiques particulières de l'enfant et le rôle de parent. Ce questionnaire se compose de 36 items évalués selon une échelle Likert de 1 (profondément d'accord) à 5 (profondément en désaccord). La version brève du ISP permet de générer trois sous-échelles : 1) stress généré par la détresse parentale, 2) stress lié à la perception de l'enfant comme étant difficile, et 3) stress provenant d'interactions dysfonctionnelles entre le parent et l'enfant. L'ISP-B présente une bonne stabilité (variant de 0,63 à 0,96) sur une période d'un an (Abidin, 1997) et démontre une excellente capacité à détecter le changement dans le niveau de stress parental (Webster-Stratton, Hollinsworth, & Kolpacoff, 1989).

Ceci Est Mon Enfant (CEME; Bates & Dozier, 1998). Le CEME est une courte entrevue semi-structurée dans laquelle le degré d'Engagement et d'Acceptation du parent d'accueil envers l'enfant ainsi que sa Croyance en sa propre influence sur l'enfant sont évalués sur des échelles likert en 5 points. L'entrevue comprend 10 questions standardisées. Durant l'entrevue, le parent d'accueil décrit l'enfant sur des aspects généraux et plus spécifiques. Par exemple, on demande au parent à quel point il s'ennuierait de l'enfant si l'enfant n'était plus sous sa garde. Les entrevues sont enregistrées et transcrites par la suite. Une étude de Ackerman et Dozier (2005) a trouvé un lien entre le degré d'Acceptation et d'Engagement de la mère et le rendement intellectuel de l'enfant ainsi que la perception que l'enfant a de lui-même

Satisfaction face à l'intervention. Les parents d'accueil du groupe intervention évaluent dans quelle mesure ils ont bénéficié de l'apprentissage de nouvelles habiletés et si cet entraînement a modifié leur approche et pratiques parentales.

Mesures relatives à la relation parent-enfant.

Le Tri-de-cartes d'attachement de l'enfant (Waters & Deane, 1985). Le tri-de-cartes d'attachement de l'enfant permet d'évaluer la sécurité d'attachement de l'enfant à domicile. Il est constitué de 90 items qui reflètent les stratégies d'attachement utilisées par les enfants pour rechercher la proximité et le contact au parent en situation de détresse, mais aussi pour se référer à ce dernier en tant que base de sécurité lors de moments d'exploration. Suite à une visite en milieu familial d'environ deux heures, l'assistant de recherche regroupe les items selon qu'ils décrivent ou non les comportements de l'enfant, ou qu'ils sont neutres. La première pile contient les items qui décrivent le mieux les comportements de l'enfant et ainsi de suite. Afin de situer l'enfant sur un continuum de insécurité (-1) à sécurité (1), des corrélations avec les scores

critères de chacun des items sont effectuées. Le Tri-de-cartes d'attachement de l'enfant présente d'excellents indices de fidélité et de validité prédictive, et démontre une association à la sécurité d'attachement de l'enfant évaluée à partir de la Situation Étrangère (Van IJzendoorn, Vereijken, Bakermans-Kranenburg, & Riksen-Walraven, 2004). Afin d'assurer l'indépendance des données recueillies, il importe de noter que les assistants de recherche qui complètent les tri-de-cartes d'attachement et de sensibilité maternelle (voir autre instruments utilisés dans cette étude) ne sont pas les mêmes.

Journal maternel des Comportements d'Attachement (JCA; Stovall & Dozier, 2000). Le JCA est une mesure inspirée du système de codification de la Situation Étrangère, et pouvant être utilisée auprès d'enfants âgés de 6 à 24 mois. Le parent doit décrire quotidiennement les réactions comportementales manifestées par l'enfant dans des situations susceptibles d'activer son système d'attachement (ex.: chute de l'enfant qui provoque une douleur physique). L'analyse des réponses de la mère est fondée sur trois échelles de type likert se situant entre 0 et 5, et permettent d'évaluer la sécurité d'attachement de l'enfant. Ces échelles sont les suivantes : 1) capacité de l'enfant être *calme* suite au réconfort du parent, 2) capacité de l'enfant à rechercher la *proximité* à son donneur de soins en situation de stress, et 3) *résistance* de l'enfant suite au contact du donneur soins. Ces scores présentent d'excellents indices d'accord inter-juge avec les catégories d'attachement évalués à partir de la Situation Étrangère (0,88 pour les comportements sécurisants; 1,00 pour les comportements évitants et 0,86 pour les comportements ambivalents).

Le Tri-de-cartes de sensibilité maternelle (Pederson & Moran, 1995). Le tri-de-carte permet d'évaluer la qualité des comportements maternels durant les interactions mère-enfant à domicile. Il est constitué de 90 items basés sur la définition de sensibilité formulée par Ainsworth et ses collègues (1978). Ces items reflètent la capacité de la mère à reconnaître et à

répondre de façon appropriée aux signaux de son enfant. Suite à une visite en milieu familial d'environ deux heures, l'assistant de recherche regroupe les items selon qu'ils décrivent ou non les comportements de la mère, ou qu'ils sont neutres. La première pile contient les items qui décrivent le mieux les comportements de la mère et ainsi de suite. Afin de situer la mère sur un continuum de comportements insensibles (-1) à sensibles (1), des corrélations avec les scores critères de chacun des items sont effectuées. Le Tri-de-cartes de sensibilité maternelle présente d'excellents indices de fidélité et de validité prédictive, cette mesure est fortement associée à la sécurité d'attachement de l'enfant et à son développement socio-affectif (Atkinson, Paglia, Coolbear, Niccols, Parker, Guger, 2000; Pederson, Gleason, Moran, Bento, 1998; Pederson & Moran, 1995; 1996; Tarabulsy, Avgoustis, Phillips, Pederson & Moran, 1997).

La corégulation réfère aux types de stratégies d'étayage maternel et à la complexité des comportements exploratoires de l'enfant. La corégulation cognitive et affective sera évaluée à l'aide d'une grille d'observation élaborée par Moss et ses collègues (Moss, St-Laurent, Cyr, & Humber, 2000), lors d'activités non-structurées, telle une collation et un jeu libre. Huit dimensions et une neuvième représentant la qualité globale de la corégulation sont évaluées au cours des interactions parent-enfant. Un score se situant entre 1 et 7, où 7 indique une qualité optimale, est déterminé par les codeurs pour chacune des dimensions: 1) la coordination; 2) la communication; 3) les rôles; 4) l'expression émotionnelle; 5) la sensibilité/réponses appropriées; 6) la tension/relaxation; 7) l'humeur; 8) le plaisir; 9) Score global (où 1 = interactions conflictuelles ou distantes, indiquant des stratégies d'étayage non ajustées au développement de l'enfant limitant ses capacités exploratoires; et 7 = interactions orientées, soutenues et réciproques indiquant des stratégies d'étayage favorisant l'exploration cognitive et la régulation affective de l'enfant). Ce système permet de distinguer les enfants sécurisés des enfants insécurisés,

de façon concomitante et longitudinale de la période préscolaire à la période scolaire, et également de prédire les troubles de comportement (Moss, Bureau, et al., 2004; Moss, Cyr, Dubois-Comtois, 2004). De façon générale, les échelles de ce système sont fortement corrélées entre elles et composent ainsi un seul facteur (Moss, Cyr, Dubois-Comtois, 2004), ce qui est également le cas pour cette étude. Ainsi, seul le score global a été utilisé dans cette étude. Cette stratégie est appuyée par les autres études ayant utilisée cette mesure (Moss, Bureau et al., 2004; 2005).

6- Résultats

Comparaison entre les groupes expérimentaux sur les données socio-démographiques

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 relationnelle, il est souhaitable de ne pas observer de différences sur les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon. Le Tableau 1 présente les moyennes, pourcentages et les résultats statistiques (test-t et khi-carré) pour les deux groupes expérimentaux. Les résultats de ces analyses démontrent que les deux groupes ne sont pas différents sur aucune des variables socio-démographiques étudiées. Nous observons que les mères qui acceptent d'accueillir un enfant sont âgées en moyenne de 40 ans et qu'elles ont majoritairement fait des études universitaires. Près de la moitié des familles participantes ont un revenu familial de plus de 75 000\$ et elles sont presque exclusivement biparentales. Il s'agit donc d'une population avantagée au plan socio-démographique.

Tableau 1. Moyenne et (écart-type) ou pourcentage pour les caractéristiques socio-démographiques des familles au prétest

	Groupe intervention (n = 20)	Groupe témoin (n = 20)	Test de différence
Sexe de l'enfant	55% (garçons)	80% (garçons)	2,85 ^b
Âge de l'enfant en mois	25,40 (10,32)	27,05 (10,14)	0,51 ^a
Âge de la mère d'accueil	39,70 (6,35)	39,10 (7,46)	-0,27 ^a
Biparentalité	85%	95%	1,11 ^b
Revenu familial moyen			0,48 ^b
Moins de 30 000\$	10%	5%	
30 000\$ à 49 999\$	15%	20%	
50 000\$ à 74 999\$	30%	30%	
75 000\$ et plus	45%	45%	
Scolarité maternelle			0,67 ^b
Diplôme secondaire	20%	20%	
Diplôme collégial	25%	15%	
Diplôme universitaire	55%	65%	

^a Valeur du Test *t*. ^b Valeur du Khi-carré.

Comparaison entre les groupes expérimentaux sur les variables à l'étude au prétest

Des analyses ont ensuite été réalisées afin d'établir le niveau de base de l'échantillon sur les différentes variables de l'étude, c'est-à-dire évaluer où se situent les familles sur chacune des variables avant de recevoir l'intervention, et de vérifier s'il existe des différences potentielles sur ces variables entre les deux groupes expérimentaux malgré l'assignation aléatoire des participants. Pour ce faire, des analyses de test-t ont été réalisées. Le Tableau 2 présente les moyennes et valeurs statistiques des variables au prétest en fonction des groupes d'intervention et témoin. Les résultats des analyses démontrent que le niveau moyen de sensibilité parentale au prétest est relativement élevé, ce qui montre que ces mères d'accueil ont au prétest des comportements maternels sensibles. Sur les dimensions du stress parental, le stress lié à la détresse parentale et aux interactions dysfonctionnelles est considéré dans la normale alors que le stress lié aux comportements difficiles des enfants se situe au niveau du seuil clinique. Le

développement moteur et cognitif des enfants de l'échantillon se situe dans la moyenne inférieure. Très peu de comportements de résistance sont observés chez les enfants alors que davantage de comportement de calme et de proximité sont notés, ce qui est associé à la sécurité d'attachement. Par ailleurs, les scores d'attachement des enfants au Tri-de-cartes démontrent que ces derniers sont considérés en moyenne comme étant sécurisés. Enfin, bien que les résultats montrent qu'avant d'amorcer l'intervention relationnelle (prétest), les mères du groupe témoin sont significativement plus sensibles, elles perçoivent l'enfant qu'elles accueillent comme étant plus difficile que ceux du groupe intervention. De plus, aucune différence significative n'est observée entre les dyades des deux groupes sur le plan de la corégulation.

Tableau 2. *Moyenne, (écart-type) et test-t sur les variables dépendantes au prétest*

	Échantillon total (<i>N</i> = 40)	Groupe intervention (<i>n</i> = 20)	Groupe témoin (<i>n</i> = 20)	Test-t
Sensibilité maternelle	0,63 (0,26)	0,54 (0,29)	0,72 (0,18)	2,28*
Corégulation mère-enfant	4,44 (0,70)	4,53 (0,79)	4,35 (0,61)	0,78
Attachement de l'enfant (AQS)	0,46 (0,20)	0,46 (0,22)	0,45 (0,17)	-0,15
Journal maternel des compts. d'attachement (<i>N</i> = 28)				
Proximité	3,23 (1,06)	3,12 (1,17)	3,36 (9,93)	0,62
Calme	1,54 (0,49)	1,61 (0,56)	1,45 (0,41)	-0,87
Résistance	0,17 (0,40)	0,08 (0,19)	0,29 (0,55)	1,45
Bayley (<i>N</i> = 34)				
Développement mental	87,91 (11,89)	85,56 (11,03)	90,00 (12,54)	1,09
Développement moteur	88,62 (10,93)	86,75 (12,40)	90,28 (9,48)	0,94
Régulation émotionnelle	40,57 (5,46)	40,24 (5,31)	40,89 (5,73)	0,35
Stress parental				
Détresse parentale	21,52 (8,12)	20,35 (6,81)	22,68 (9,29)	0,91
Enfant difficile	25,73 (8,10)	23,05 (7,68)	28,40 (7,80)	2,19*
Interaction dysfonctionnelle	18,96 (6,42)	17,35 (4,74)	20,57 (7,54)	1,62

* $p < 0,05$.

Des analyses ont ensuite été effectuées afin de vérifier si les variables indépendantes de l'étude, susceptibles d'affecter l'efficacité de l'intervention, diffèrent entre les deux groupes. Le Tableau 3 présente les moyennes, les pourcentages et les résultats statistiques pour les deux groupes expérimentaux ainsi que pour l'échantillon total. Les résultats des analyses démontrent aucune différence entre les groupes pour les variables indépendantes. Nous observons donc pour les enfants de notre échantillon que les enfants ont vécus en moyenne plus de 2 placements, que le premier placement a eu lieu autour de l'âge de 7 mois et que près de la moitié des enfants ont une mère biologique présentant un trouble psychologique ou une lenteur intellectuelle. Le tiers des enfants ont vécu un événement stressant majeur (hospitalisation d'un parent d'accueil ou décès d'un proche) au sein de leur famille d'accueil ou vivent dans un environnement présentant un facteur de risque socio-économique (ex : monoparentalité).

Tableau 3. *Moyenne et (écart-type) ou pourcentage pour les variables indépendantes au prétest*

	Échantillon total (N = 40)	Groupe intervention (n = 20)	Groupe témoin (n = 20)	Test de différence
Variables de risque avant le placement				
Risque prénatal et néonatal ^a	1,88 (1,49)	1,75 (1,37)	2,00 (1,62)	0,53 ^e
Présence de risque psychologique ^b	47,5%	50%	45%	0,10 ^f
Âge au 1 ^{er} placement (mois)	7,07 (8,16)	8,19 (9,81)	5,95 (6,15)	-0,86 ^e
Nombre total de placements	2,41 (1,02)	2,25 (0,90)	2,58 (1,13)	0,65 ^e
Variables liées à la famille d'accueil				
Présence d'un risque socio-économique ^c	27,5%	30%	25%	0,13 ^f
Présence d'événements stressants ^d	35%	40%	30%	0,44 ^f
Engagement du parent d'accueil	2,80 (0,82)	2,77 (0,86)	2,83 (0,80)	0,62 ^e

^aRisque prénatal et néonatal : Exposition aux drogues ou à l'alcool pendant la grossesse, enfant prématurité, poids à la naissance inférieur à 2500g, complications médicales à la naissance.

^bRisque psychologique : Mère naturelle souffrant de troubles psychologique ou présentant une lenteur intellectuelle. ^cRisque socio-économique: présence d'un facteur de risque parmi la monoparentalité, le revenu familial inférieur à 30 000\$ ou la mère d'accueil avec un diplôme de niveau secondaire. ^dÉvénements stressants : Hospitalisation d'un parent ou décès d'un proche depuis l'arrivée de l'enfant dans la famille d'accueil. ^eTest-t. ^fKhi-carré.

Effet de l'intervention relationnelle sur les variables à l'étude

Analyses préliminaires. Afin de vérifier si les variables à l'étude ont été modifiées par l'intervention relationnelle, il importe d'abord de vérifier la présence de covariables pouvant avoir un impact sur les variables étudiées au post-test. Des analyses de corrélation et de variance (ANOVA) ont donc été réalisées entre les variables au post-test et les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon (âge et sexe de l'enfant; âge et niveau d'éducation de la mère d'accueil; revenu familial; statut marital). Les résultats de ces analyses montrent que les variables socio-démographiques ne sont pas liées à la sensibilité maternelle (r entre -0,20 et 0,09, ns ; F entre 0,10 et 1,30, ns), l'attachement de l'enfant (r entre -0,26 et -0,11, ns ; F entre 0,21 et 3,38, ns), le développement cognitif et moteur (r entre -0,03 et -0,30, ns ; F entre 0,12 et 3,56, ns), la régulation émotionnelle (r de -0,08 et -0,05, ns ; F entre 0,01 et 0,91, ns) et le stress parental (r entre -0,04 et 0,30, ns ; F entre 0,01 et 2,06, ns) à l'exception de la dimension interactions dysfonctionnelles du stress parental qui est associée à l'âge de la mère (r de 0,33, $p < 0,05$). Les comportements de proximité de l'enfant sont associés à l'âge de l'enfant et de la mère (r de -0,39 et -0,45, $p < 0,05$, respectivement) alors que les comportements de résistance de l'enfant sont associés au revenu familial ($F(3, 30) = 3,46$, $p < 0,05$). Toutefois, les comportements de proximité et de résistance ne sont pas associés aux autres variables socio-démographiques et les comportements de calme chez l'enfant ne sont associés à aucune variable socio-démographique (r entre -0,01 et 0,31, ns ; F entre 0,01 et 1,15, ns). Pour ce qui est de la corégulation mère-enfant, ces interactions sont significativement et positivement corrélées à l'âge de l'enfant ($r = -0,33$). Aucune association n'est démontrée entre la corégulation mère-enfant et les autres variables socio-démographiques ($r = 0,03$, ns ; F entre 0,08 et 0,92, ns). Par ailleurs, nous observons également aucune différence significative sur les variables dépendantes

entre les familles ayant complété 8 rencontres d'intervention et certaines n'ayant complété que 6 rencontres.

Ainsi, puisque la majorité des variables à l'étude ne sont pas associées aux caractéristiques socio-démographiques, les analyses subséquentes ne contrôleront pas pour ces variables à l'exception des analyses sur 1) les interactions dysfonctionnelles pour lesquelles l'âge de la mère sera une covariable, 2) la corégulation mère-enfant pour laquelle l'âge de l'enfant sera une covariable, 3) les comportements de proximité de l'enfant pour lesquelles l'âge de l'enfant et de la mère seront des covariables, et 4) les comportements de résistance de l'enfant pour lesquelles le revenu familial sera une covariable.

Analyses de covariances. Afin d'évaluer l'impact de l'intervention sur les variables cibles, nous avons comparé les groupes intervention et témoin sur les scores obtenus pour chacune des variables dépendantes au post-test. Pour ce faire, nous avons effectué des analyses de covariance avec comme variables dépendantes les scores obtenus au post-test sur chacune des variables ciblées par l'intervention. Les covariables utilisées dans chacune des analyses incluent 1) le score obtenu au prétest (considéré comme le niveau de base) sur la variable en question et 2) les variables socio-démographiques qui ont été identifiées dans la section précédente comme étant liées de façon significative à la variable cible au post-test. Les covariables retenues pour chacune des variables dépendantes sont donc les suivantes : 1) *sensibilité parentale*: sensibilité parentale au prétest; 2) *corégulation mère-enfant* : corégulation mère-enfant au prétest et âge de l'enfant; 3) *attachement de l'enfant* : attachement de l'enfant au prétest; 4) *stress parental*: stress parental au prétest (et âge de la mère pour la dimension interactions dysfonctionnelles); 5) *comportements de proximité* : comportements de proximité au prétest et âge de la mère et de l'enfant; 6) *comportements de calme* : comportements de calme au prétest; 7) *comportements de résistance* :

comportements de résistance au prétest et revenu familial; 8) *développement mental*: développement mental au prétest; 9) *développement moteur*: développement moteur au prétest; 10) *régulation émotionnelle*: régulation émotionnelle au prétest.

Les résultats de ces analyses ainsi que les moyennes ajustées (en fonction des différentes covariables) sont présentés au Tableau 4. Les résultats montrent que suite à l'intervention, les mères du groupe intervention tendent à être plus sensibles que celles du groupe témoin en prenant en considération leur niveau de sensibilité au prétest. Toutefois, aucun changement direct suite à l'intervention n'a été observé entre les deux groupes sur les variables de corégulation mère-enfant, d'attachement, de développement moteur et mental de l'enfant, de régulation émotionnelle ainsi que sur les échelles du stress parental.

Tableau 4. Comparaison des groupes intervention et témoin sur les variables dépendantes au post-test en tenant compte des covariables

	Groupe Intervention <i>M (É.T.)</i>	Groupe Témoin <i>M (É.T.)</i>	ANCOVA <i>F</i>	<i>dl</i>
Sensibilité maternelle ^a	0,77 (0,07)	0,68 (0,23)	3,10 [†]	(1,37)
Corégulation mère-enfant	4,40 (0,14)	4,27 (0,14)	0,40	(1, 36)
Attachement de l'enfant (score continu) ^a	0,34 (0,26)	0,46 (0,25)	2,29	(1,37)
Journal des compts. d'attachement				
Proximité ^b	3,31 (1,07)	3,10 (1,11)	0,35	(1,23)
Calme ^a	1,49 (0,48)	1,29 (0,54)	1,19	(1,25)
Résistance ^c	0,33 (0,41)	0,29 (0,88)	0,04	(1,24)
Bayley				
Développement mental ^a	88,50 (9,58)	89,06 (8,66)	0,05	(1,31)
Développement moteur ^a	95,09 (11,74)	95,03 (9,29)	0,01	(1,31)
Régulation émotionnelle ^a	41,49 (5,31)	39,70 (5,73)	1,22	(1,32)
Stress parental				
Détresse parentale ^a	21,22 (7,64)	22,75 (8,49)	1,17	(1,37)
Enfant difficile ^a	27,62 (6,60)	28,16 (8,97)	0,55	(1,37)
Interaction dysfonctionnelle ^d	18,54 (4,69)	20,11 (6,16)	1,26	(1,36)
Score total ^a	68,14 (14,16)	70,26 (18,58)	0,35	(1,37)

^aMoyennes ajustées pour les scores au prétest et pour les covariables. ^bComportements de proximité ajustés pour les comportements de proximité au prétest et l'âge de la mère et de l'enfant. ^cComportements de résistance ajustés pour les comportements de résistance au prétest et

le revenu familial. ^dInteractions dysfonctionnelles ajustées pour les interactions dysfonctionnelles au prétest et l'âge de la mère.

[†] $p < .10$; ^{*} $p < .05$.

Analyses de modération sur l'impact de l'intervention relationnelle

Nous avons ensuite fait des analyses dans le but de vérifier si certaines variables ou caractéristiques liées à l'enfant et à la famille d'accueil ont pu affecter l'impact de l'intervention sur les différentes dimensions ciblées. Nous avons fait des analyses de régression qui permettent d'évaluer s'il y a des effets d'interaction entre l'intervention et les différents facteurs de risque mesurés dans l'étude. Un effet significatif d'interaction sur une variable ciblée par l'intervention indique que le facteur de risque agit comme modérateur de l'intervention, c'est-à-dire qu'il atténue ou amplifie l'effet de l'intervention sur la variable visée. Dix séries d'analyses de régression hiérarchique, une pour chaque variables indépendantes mesurées dans l'étude (enfant : sexe, âge, risque prénatal/néonatal, risque psychologique, âge au moment du premier placement, nombre de placements; famille d'accueil : âge de la mère d'accueil, risque socio-économique, événements stressants, engagement parental) ont été réalisées pour chaque variable dépendante au post-test (variable ciblée par l'intervention). Les analyses de régression hiérarchique sont construites de la façon suivante : 1) dans le bloc 1, la variable dépendante au prétest et les covariables pertinentes ont été intégrées; 2) dans le bloc 2, la variable groupe (intervention vs. témoin) et le modérateur a été ajouté; 3) dans le 3^e bloc nous avons inclus l'effet d'interaction Groupe X modérateur. Dans notre présentation des résultats des diverses analyses de modération, nous allons seulement porter attention aux effets d'interaction puisque les effets principaux ont déjà été discutés précédemment. Lorsqu'un effet d'interaction (Groupe X modérateur) est observé, une analyse posthoc est réalisée afin de déterminer la direction de cet effet. Dans le but de limiter le nombre de tableaux, seuls les effets d'interactions significatifs seront présentés. Les

Tableaux 5 à 10 présentent donc les résultats d'interaction significatifs pour la corégulation mère-enfant, les comportements de proximité de l'enfant, le stress parental et le développement mental et moteur de l'enfant.

Tableau 5. *Résultats d'analyses de régression hiérarchiques sur la différence observée dans la corégulation mère-enfant entre le prétest et le post-test*

	ΔR^2	ΔF	dl	B
Modèle 1: Nombre de placements de l'enfant				
Bloc 1	0,13	2,80	(2,37)	
Corégulation mère-enfant au prétest				0,17
Âge de l'enfant				0,35*
Bloc 2	0,04	0,79	(2,35)	
Groupe (témoin, intervention)				-0,13
Nombre de placements de l'enfant				-0,17
Bloc 3	0,12	5,56*	(1,34)	
Groupe X Nombre de placement de l'enfant				0,35*

* $p < .05$.

Tableau 6. *Résultats d'analyses de régression hiérarchiques sur la différence observée dans les comportements de proximité entre le prétest et le post-test*

	ΔR^2	ΔF	DI	B
Modèle 1: Risque prénatal/néonatal				
Bloc 1	0,37	4,79**	(3,24)	
Comportements de proximité au prétest				0,45*
Âge de l'enfant				-0,18
Âge de la mère				-0,29
Bloc 2	0,07	1,36	(2,22)	
Groupe (témoin, intervention)				0,09
Risque prénatal/néonatal				0,26
Bloc 3	0,13	6,08*	(1,21)	
Groupe X risque prénatal/néonatal				-0,39*
Modèle 2: Age de l'enfant				
Bloc 1	0,35	6,60**	(2,25)	
Comportements de proximité au prétest				0,44*
Âge de la mère				-0,35*
Bloc 2	0,04	0,72	(2,23)	
Groupe (témoin, intervention)				0,10
Âge de l'enfant				-0,17
Bloc 3	0,15	6,91*	(1,22)	
Groupe X Âge de l'enfant				-0,40*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau 7. Résultats d'analyses de régression hiérarchiques sur la différence observée dans le stress parental lié aux comportements difficiles de l'enfant entre le prétest et le post-test

	ΔR^2	ΔF	dl	B
Modèle 1: Engagement du parent d'accueil				
Bloc 1	0,30	16,62**	(1,38)	
Enfant difficile au prétest				0,55**
Bloc 2	0,09	2,64†	(2,36)	
Groupe (témoin, intervention)				-0,06
Engagement du parent d'accueil				-0,30*
Bloc 3	0,10	7,11*	(1,35)	
Groupe X engagement du parent d'accueil				0,33*

† $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau 8. Résultats d'analyses de régression hiérarchiques sur la différence observée dans le stress parental lié à la détresse parentale entre le prétest et le post-test

	ΔR^2	ΔF	dl	B
Modèle 1: Risque socio-économique				
Bloc 1	0,71	94,93**	(1,38)	
Détresse parentale au prétest				0,85**
Bloc 2	0,01	0,64	(2,36)	
Groupe (témoin, intervention)				-0,10
Risque socio- économique				0,03
Bloc 3	0,05	7,50**	(1,35)	
Groupe X risque socio- économique				-0,22**
Modèle 2: sexe de l'enfant				
Bloc 1	0,71	94,93**	(1,38)	
Détresse parentale au prétest				0,85**
Bloc 2	0,01	0,80	(2,36)	
Groupe (témoin, intervention)				-0,08
Sexe de l'enfant				-0,06
Bloc 3	0,06	9,12**	(1,35)	
Groupe X sexe de l'enfant				-0,24*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau 9. Résultats d'analyses de régression hiérarchiques sur la différence observée dans le développement mental de l'enfant entre le prétest et le post-test

	ΔR^2	ΔF	dl	B
Modèle 1: Risque psychologique du parent bio.				
Bloc 1	0,36	17,91**	(1,32)	
Développement mental au prétest				0,60**
Bloc 2	0,02	0,39	(2,30)	
Groupe (témoin, intervention)				-0,02
Risque psychologique				-0,13
Bloc 3	0,12	7,21*	(1,29)	
Groupe X risque psychologique				-0,36*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau 10. Résultats d'analyses de régression hiérarchiques sur la différence observée dans le développement moteur de l'enfant entre le prétest et le post-test

	ΔR^2	ΔF	dl	B
Modèle 1: Risque socio-économique				
Bloc 1	0,13	4,95*	(1,32)	
Développement moteur au prétest				0,37*
Bloc 2	0,05	0,84	(2,30)	
Groupe (témoin, intervention)				0,02
Risque socio-économique				-0,22
Bloc 3	0,12	5,17*	(1,29)	
Groupe X risque socio-économique				-0,35*

* $p < .05$.

Nous observons tout d'abord que l'efficacité de l'intervention-relationnelle sur la corégulation mère-enfant est modérée par le nombre de placements que l'enfant a vécu avant d'être avec sa famille d'accueil actuelle (Tableau 5). Les analyses posthoc révèlent une détérioration de la corégulation mère-enfant chez les familles du groupe témoin incluant des enfants ayant vécus des placements multiples ($r = -0,43$), alors que dans le groupe intervention aucun lien significatif n'a été observé entre la corégulation mère-enfant et le nombre de placement chez l'enfant ($r = 0,34$, *ns*).

Les résultats des analyses démontrent aussi que le risque prénatal/néonatal et l'âge de l'enfant viennent modérer l'efficacité de l'intervention relationnelle sur les comportements de proximité de l'enfant (Tableau 6). Les analyses posthoc révèlent une diminution des comportements de proximité chez les enfants du groupe témoin présentant un faible risque prénatal/néonatal ($r = 0,91$) alors que dans le groupe intervention aucun lien significatif n'a été observé entre le risque prénatal/néonatal et les comportements de proximité ($r = 0,01$, *ns*). Par ailleurs, les enfants du groupe intervention qui sont plus âgés expérimentent une augmentation des comportements de proximité suite à l'intervention ($r = -0,62$) alors que dans le groupe témoin aucun lien n'a été observé entre l'âge et les comportements de proximité ($r = 0,08$, *ns*).

Les résultats démontrent également des effets de modulation de l'intervention relationnelle sur les différentes dimensions du stress parental (Tableau 7 et 8): a) le stress lié aux comportements difficiles de l'enfant est modéré par l'engagement parental; et b) le stress lié à la détresse parentale est modéré par le risque socio-économique de la famille d'accueil et le sexe de l'enfant. Les analyses posthoc démontrent que les mères dans le groupe témoin présentant une qualité d'engagement moins grande envers l'enfant expérimentent une augmentation du stress lié aux comportements difficiles de l'enfant ($r = -0,67$), alors que dans le groupe intervention aucun lien significatif n'a été observé entre l'engagement et le stress parental ($r = 0,01$, *ns*). De plus, dans le groupe témoin, les mères présentant au moins un facteur de risque socio-économique vivent une augmentation de la détresse parentale ($r = 0,47$), alors que cette association n'est pas observée dans le groupe intervention ($r = -0,32$, *ns*). Par contre, nous observons pour le groupe intervention une diminution de la détresse parentale chez les mères qui accueillent une fille ($r = -0,55$), alors que pour le groupe témoin aucune diminution significative de la détresse parentale n'est observée en fonction du sexe de l'enfant ($r = -0,42$, *ns*).

Enfin, nous observons un effet de modération de l'intervention relationnelle sur le développement mental et moteur de l'enfant (Tableau 9 et 10). Le développement mental est modéré par le risque psychologique de la mère biologique, alors que le développement moteur est modéré par le risque socio-économique de la famille d'accueil. Les analyses posthoc démontrent que les enfants du groupe intervention, dont les mères biologiques ne présentent pas de risque psychologique, expérimentent une augmentation de leur développement mental ($r = -0,57$) alors qu'aucune association significative entre le risque psychologique de la mère biologique et le développement mental n'est observée dans le groupe témoin ($r = 0,29, ns$). Une augmentation du développement moteur a également été observée dans le groupe intervention lorsqu'aucun risque socio-économique n'est présent dans la famille d'accueil ($r = -0,59$) alors qu'aucune augmentation significative n'a été observée dans le groupe témoin en fonction du risque socio-économique ($r = 0,17, ns$).

Notons qu'aucun effet de modération n'a été observé sur la sensibilité parentale et l'attachement de l'enfant. Ces résultats indiquent aussi que l'âge de la mère d'accueil, l'âge de l'enfant au premier placement et la présence d'événements stressants n'ont pas affecté l'efficacité de l'intervention relationnelle.

7- Discussion

Description de l'échantillon

De façon assez claire, l'analyse descriptive des données recueillies au prétest indique que les parents d'accueil de l'échantillon sont généralement considérés comme une population à faible risque sur le plan socio-économique. Les mères d'accueil ont en moyenne 40 ans et plus de la moitié d'entre elles ont un diplôme universitaire. Près de la moitié des familles gagne plus

de 75 000\$ par année et presque la totalité d'entre elles sont biparentales. Par ailleurs, seulement un tiers des familles présente un facteur de risque socio-économique ou ont vécu un événement stressant important comme l'hospitalisation d'un parent ou le décès d'un proche depuis l'arrivée de l'enfant. Par ailleurs, les mères sont évaluées en moyenne comme étant sensibles aux besoins des enfants qu'elles accueillent. Il importe de souligner que la population étudiée dans le présent projet de recherche est constituée de familles d'accueil banque mixte. Les parents de ces familles ont été évalués par les Centres jeunesse afin de juger de leurs aptitudes parentales pour une éventuelle adoption de l'enfant dont ils ont la garde. Il n'est donc pas surprenant d'obtenir de tels résultats.

Malgré les caractéristiques avantageuses de l'échantillon, plusieurs chercheurs suggèrent que les familles d'accueil ont tout de même besoin d'intervention de pointe pour les aider à favoriser l'intégration et le développement optimal des enfants qu'ils accueillent. En effet, ces parents, bien que favorisés sur plusieurs plans, ne possèdent pas toujours les connaissances nécessaires pour accueillir des enfants présentant des difficultés. Moss et al. (2005) ont recueillis les commentaires de parents d'accueil souhaitant avoir plus de ressources pour gérer les difficultés du quotidien. À cet effet, dans cette étude nous avons observé que le stress parental lié aux comportements difficiles de l'enfant se situe au niveau du seuil clinique, ce qui démontre le besoin des mères d'accueil à être supportées dans leur rôle parental malgré les aptitudes qu'elles présentent.

Puisque les enfants placés ont été exposés à plusieurs facteurs de risque avant leur placement, ils sont plus à risque de développer des difficultés aux plans affectif, cognitif et social à court et long terme. Les enfants de cet échantillon ont subis plus de deux placements en moyenne et la moitié d'entre eux ont une mère biologique souffrant de troubles psychologiques

ou d'une lenteur intellectuelle. Il ne fait donc aucun doute que ce groupe constitue un défi pour les parents qui les accueillent. Nos analyses descriptives démontrent que, pendant la grossesse ou lors de l'accouchement, ces enfants ont été exposés en moyenne à deux facteurs de risque incluant l'exposition aux drogues ou à l'alcool, la prématurité, un faible poids à la naissance et des complications médicales. Ces événements sont susceptibles d'affecter le fonctionnement intellectuel des enfants. D'ailleurs, les enfants de l'étude présentent un développement cognitif et moteur se situant dans la moyenne faible. Ainsi, une intervention favorisant le développement des enfants est des plus pertinentes pour cette population.

Équivalence des groupes expérimentaux avant l'intervention

Nos analyses ont démontré que les groupes intervention et témoin sont à toutes fins pratiques équivalents sur la presque totalité des variables démographiques, dépendantes et indépendantes évaluées préalablement à l'intervention. L'assignation quasi-aléatoire des participants au groupe intervention et au groupe témoin a donc bien réussi à équilibrer les groupes sur un large éventail de variables. Les seules exceptions concernent la sensibilité parentale et le stress lié aux comportements difficiles de l'enfant qui sont plus élevés dans le groupe témoin. Comme nous avons tenu compte de ces variations dans les analyses statistiques, en incluant les valeurs des variables au prétest dans l'évaluation de l'effet de l'intervention au post-test, nous avons préservé la qualité méthodologique de l'étude et assuré la validité des résultats obtenus sur à l'égard des effets de l'intervention.

Effets de l'intervention

Les analyses ont démontré des effets positifs de l'intervention sur diverses variables cibles. Tout d'abord, on constate un effet principal de l'intervention sur les comportements sensibles démontrés par les parents à l'égard de leur enfant. En effet, la sensibilité des mères exposées à l'intervention a davantage augmenté que celle des mères du groupe témoin entre le prétest et le post-test. Bien que ce résultat soit une tendance, il confirme l'efficacité d'une méthode d'intervention orientée sur les interactions parent-enfant et utilisant la rétroaction vidéo pour améliorer la sensibilité parentale auprès d'une population de familles d'accueil. À cet égard, nos résultats appuient les études ayant utilisé des méthodes d'intervention similaire auprès de diverses population à risque, incluant des échantillons d'enfants maltraités ou adoptés à l'international (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006; Juffer et al., 1997)

Afin de vérifier si certaines caractéristiques parentales (ex: histoire de maltraitance) ou propres à l'enfant (ex: poids à la naissance) influencent l'effet de l'intervention, nous avons examiné le rôle modérateurs de ces variables. Les analyses de modération ont tout d'abord révélé aucun effet de modération sur la sensibilité maternelle, ce qui montre que l'intervention a été efficace pour améliorer la sensibilité parentale chez toutes les mères, peu importe leurs caractéristiques personnelles ou familiales ou encore celles de leurs enfants placés. Ce résultat vient confirmer celui obtenu dans d'autres études ayant évalué une intervention similaire (Duchesne et al., 2006; Moss et al., 2007).

Nos résultats nous ont également permis de montrer que l'intervention relationnelle évaluée dans l'étude a été efficace pour améliorer le développement cognitif et moteur chez certains enfants du groupe intervention. En effet, une amélioration du développement mental est observée chez les enfants du groupe intervention dont les mères biologiques ne présentaient pas

de risque psychologique, c'est-à-dire que leur mère biologique ne présentait ni troubles psychologiques ni lenteur intellectuelle. Ainsi, le fait de vivre des interactions plaisantes et stimulantes avec la mère d'accueil dans lesquelles celle-ci est sensible à ses besoins de proximité mais aussi à ses besoins d'exploration permet à l'enfant d'améliorer ses capacités intellectuelles. Cette association a été démontrée dans des études longitudinales indiquant qu'une sensibilité maternelle plus élevée est liée au développement de meilleures compétences exploratoires et métacognitives et à l'amélioration de la performance académique (Moss & St-Laurent, 2001; Moss, Parent, Gosselin, & Dumont, 1993).

Toutefois, pour les enfants plus à risque au plan biologique et nés de mères présentant des difficultés cognitives et affectives majeures, l'intervention telle qu'évaluée n'a pas été suffisante pour améliorer leur fonctionnement cognitif. Ce résultat suggère qu'il faut être particulièrement attentif à ces enfants. En fait ce résultat soulève l'importance de procéder à des évaluations plus précises et complètes des difficultés de l'enfant placé en famille d'accueil, incluant par exemple ses problèmes de développement du langage et ses déficits d'attention possibles, afin de lui fournir les services appropriés, le placement en famille d'accueil n'étant pas nettement pas suffisant. Être à risque sur le plan biologique signifie que les difficultés présentées par l'enfant peuvent être causés par des facteurs génétiques ou encore être liés à la qualité du milieu de vie intra-utérin. Par conséquent, des interventions plus ciblées et intensives devront être envisagées pour cette population d'enfants à risque élevé. Ces services spécialisés peuvent inclure des rencontres en psychiatrie, orthophonie, et ergothérapie. Il importe de mentionner que les pratiques habituelles d'évaluation des enfants placés en famille d'accueil n'impliquent pas systématiquement une évaluation psychologique et cognitive complète de l'enfant. Or, nous recommandons que cette procédure fasse partie du processus d'évaluation actuellement mis en

place auprès de tous les enfants placés en famille d'accueil. De plus, nous suggérons que des budgets devraient être alloués à la mise en place de programmes d'intervention permettant de traiter les problèmes identifiés chez ces enfants.

Au niveau du développement moteur, nous avons également observé une amélioration des capacités motrices pour les enfants du groupe intervention qui vivent dans une famille d'accueil ne présentant aucun risque socio-économique. Ce résultat vient appuyé celui obtenu dans l'étude de Moss et al. (2007) auprès d'enfant maltraités démontrant qu'une intervention relationnelle est efficace pour favoriser la capacité des mères à stimuler leur enfant au plan moteur et ainsi encourager une exploration plus adéquate de l'environnement donnant lieu à des apprentissages. Ce résultat est particulièrement intéressant considérant le lien théorique et empirique entre de meilleures capacités exploratoires chez le jeune enfant et une sensibilité maternelle plus élevée (Moss & St-Laurent, 2001; Jacobsen, Edelstein, & Hofmann, 1994).

Toutefois, l'intervention n'a pas permis d'améliorer le développement moteur des enfants lorsqu'ils vivent dans une famille avec un facteur de risque socio-économique, que ce soit le statut monoparental de la mère, une éducation maternelle de niveau secondaire ou un revenu familial inférieur à 30 000\$. Il importe donc de mieux cibler ces familles qui sont moins susceptibles de permettre aux enfants placés de profiter d'un environnement stimulant. Il est possible que, pour ces familles, la mère d'accueil soit moins disponible pour répondre aux besoins de l'enfant car elle doit gérer les difficultés quotidiennes seule et travailler davantage pour subvenir aux besoins de la famille. Ainsi, les interactions quotidiennes mère-enfant peuvent être moins nombreuses ou de moins grande qualité. D'autres études seront donc nécessaires pour mieux évaluer le fonctionnement des familles d'accueil lorsque celles-ci présentent des difficultés au plan socio-économique. Certaines études réalisées auprès de dyades

biologiques ont démontré qu'un niveau socio-économique faible est associé à des interactions parent-enfant moins sensibles et davantage d'attachement insécurisé chez l'enfant (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Kroonenburg, 2004; Crittenden & Bonvillian, 1984). Une récente méta-analyse démontre même qu'un nombre élevé de facteurs de risque socio-économique est aussi négatif que la maltraitance parentale pour le développement d'un attachement insécurisant-désorganisé (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, sous presse).

Au niveau du stress parental, nos résultats ont démontré que l'intervention a permis de prévenir l'augmentation du stress parental lié aux comportements difficiles de l'enfant lorsque la mère d'accueil se sent moins engagée envers son enfant ou qu'un facteur de risque socio-économique est présent dans la famille. Lindhiem et Dozier (2007) ont observé un niveau de désengagement plus grand chez la mère d'accueil lorsque son enfant présente des troubles de comportements. Notre étude démontre qu'en intervenant sur la relation parent-enfant et en outillant le parent pour qu'il se sente plus adéquat dans son rôle parental, celui-ci devient moins susceptible de voir son niveau de stress augmenter même s'il investit moins la relation avec l'enfant qu'il accueille ou qu'il est moins avantagé au plan socio-économique. Ainsi, les mères du groupe intervention qui se sentaient moins engagées auprès de leur enfant d'accueil pour diverses raisons, telle la crainte que l'enfant retourne dans son milieu d'origine, sont devenues plus sensibles à l'importance de leur rôle de donneur de soin suite à l'intervention, et ce, peu importe l'éventuelle durée du placement de leur enfant. Nos résultats montrent également que l'intervention relationnelle est plus efficace pour diminuer la détresse parentale des mères qui ont accueilli une fille. Le fait qu'une plus grande proportion de garçons présente, dans la population générale, des troubles de comportements pourrait expliquer ce résultat.

En ce qui concerne les effets de l'intervention sur l'attachement de l'enfant, une augmentation de comportements de proximité est observée chez les enfants du groupe intervention qui sont plus âgés. Ainsi, en favorisant les échanges parent-enfant plaisants et sensibles, notre intervention a aidé les enfants plus vieux à manifester leurs besoins de proximité envers leur parent lorsqu'ils vivent des difficultés. L'intervention a également permis de prévenir la diminution de comportements de proximité chez les enfants présentant un faible risque prénatal/néonatal. Ces deux résultats sont importants car les enfants plus vieux, lesquels ont été plus longtemps exposés à des soins inappropriés et insensibles, et les enfants avec des risques biologiques, lesquels sont plus enclins à éprouver des difficultés de régulation émotionnelle et à susciter des réponses parentales insensibles, sont plus à risque de présenter des comportements d'attachement évitant. En effet, plusieurs enfants placés en famille d'accueil minimisent la proximité et le contact au parent d'accueil et présentent des comportements évitant à leur égard. Ceci est souvent le résultat des expériences antérieures de l'enfant avec son parent biologique, lequel rejetait, ignorait ou ne répondait tout simplement pas de façon appropriée aux demandes de contact et de réconfort de l'enfant généralement exprimées à travers la recherche de proximité envers la figure d'attachement (Lindhiem & Dozier, 2007). Une conséquence attendue à la suite d'expériences de rejet est justement le développement de comportement évitant chez l'enfant, c'est-à-dire que l'enfant cesse d'exprimer sa détresse et sa recherche de contact physique auprès de son donneur de soins.

Toutefois, l'intervention relationnelle n'a pas permis d'améliorer la sécurité d'attachement des enfants. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat. D'abord, avant d'amorcer l'intervention, les enfants présentaient un niveau de sécurité d'attachement relativement élevé. Les enfants étant déjà sécurisés dans leur famille d'accueil, l'intervention n'a

pas eu d'impact sur ce plan. En comparaison avec d'autres études menées auprès de familles d'accueil, ce résultat n'est pas surprenant. Récemment, Cole (2005) notait que 67% des enfants placés de son échantillon avaient développé un attachement sécurisant à leur mère d'accueil. Ceci appuie l'idée que le placement en famille d'accueil constitue en soi une intervention efficace lorsque le parent d'accueil est sensible aux besoins de l'enfant, ce qui est le cas dans notre échantillon. Une deuxième hypothèse pour expliquer l'absence de résultat significatif est associée au fait que les représentations internes des enfants, qui influencent leur comportement d'attachement, ne se forment que sur une expérience quotidienne prolongée avec le parent (Bretherton & Munholland, 1999). Il est ainsi possible que le cours délai entre l'intervention et l'évaluation post-test dans cette étude n'ait pas été suffisant pour permettre une amélioration de la sécurité d'attachement, laquelle peut prendre plus de temps à se développer suite à un changement des comportements maternels qui doit se maintenir dans le temps. Le fait d'avoir trouvé une augmentation de comportements de proximité à l'égard du parent d'accueil ne va pas à l'encontre du résultat obtenu sur la sécurité d'attachement. Plutôt, ce résultat indique que l'intervention déclenche un processus de changement menant vers la sécurité d'attachement, et que ce processus s'amorce avec une augmentation de comportements de proximité.

Cette idée est également appuyée par notre résultat indiquant que l'intervention a pu préserver la qualité de la corégulation affective et cognitive des dyades du groupe intervention. Bien que cet effet n'est observé que pour les enfants ayant vécu des placements multiples, il demeure néanmoins que la qualité de la corégulation des dyades du groupe n'ayant pas reçu l'intervention s'est détériorée pour ce même type d'enfant. Ces enfants sont certainement les plus à risque de présenter des troubles d'attachement, ayant eu à s'ajuster à plusieurs figures parentales, incluant différentes façons de prodiguer les soins, diverses routines et attentes. Tout

pour accentuer la confusion et l'insécurité de l'enfant. Le fait que notre intervention soit un facteur de protection de la qualité de la corégulation affective et cognitive de ces dyades est très positif pour l'apprentissage des enfants. Précisément, ce résultat indique que les conditions relationnelles nécessaires aux apprentissages sont protégées par l'intervention, les mères d'accueil avec un enfant ayant vécu des placements multiples ayant de bonnes capacités d'étayage favorisant l'exploration cognitive et la régulation affective de l'enfant. Par ailleurs, ce résultat met en évidence comment ce type d'intervention est des plus pertinentes pour favoriser l'émergence de composantes essentielles au développement ultérieur de la sécurité d'attachement. Il importe donc que les futures études incluent à leur devis de recherche une évaluation post-test plusieurs mois après la fin de l'intervention afin de vérifier si les comportements de proximité et de corégulation mènent effectivement au développement de la sécurité d'attachement.

Enfin, nous notons que l'âge de la mère d'accueil, l'âge de l'enfant au premier placement et la présence d'événements stressants n'ont pas affecté l'efficacité de l'intervention relationnelle. Ces résultats nous renseignent sur l'impact moindre de ces variables sur la relation parent-enfant et sur le développement de l'enfant. Ainsi, il semble qu'elles ne constituent pas des variables clés à prendre en considération lors du placement de l'enfant ou de l'application d'une intervention relationnelle. Toutefois, puisque l'échantillon de l'étude n'est pas grand et qu'il se concentre sur les familles d'accueil banque mixte, d'autres études seront nécessaires pour vérifier le rôle et l'importance à accorder à ces variables.

Conclusions

Les résultats de la présente recherche permettent d'approfondir nos connaissances sur les besoins des enfants placés et des parents qui les accueillent. D'une part, notre étude démontre tout d'abord l'efficacité de l'intervention relationnelle pour améliorer chez la mère d'accueil sa sensibilité parentale. D'autre part, notre étude met l'accent sur l'importance d'évaluer les programmes d'intervention en fonction des caractéristiques individuelles des parents et des enfants. Ainsi, notre étude démontre que l'intervention relationnelle est aussi efficace pour diminuer le niveau de stress parental chez les mères ayant une fille, et protéger les mères d'accueil contre une éventuelle augmentation de leur stress lorsqu'elles présentent un statut socio-économique moins élevé ou qu'elles se sentent moins engagées à l'égard de leur enfant. En ce qui concerne les enfants, l'intervention relationnelle a su préserver la qualité de la corégulation affective et cognitive entre la mère et l'enfant ainsi que les comportements de proximité chez ceux ayant été exposés à la drogue/alcool pendant la période intra-utérine ou à des complications médicale à la naissance (ex: petit poids, prématurité). Aussi, l'intervention a permis d'augmenter la capacité des enfants plus âgés à rechercher la proximité de leur parent en situation de détresse et de promouvoir le développement moteur et mental chez ceux ayant des mères d'accueil moins à risque sur le plan socioéconomique ou des mères biologiques ne présentant pas de détresse psychologique ou de lenteur intellectuelle.

Notre intervention a donc eu un impact bénéfique sur plusieurs sphères de fonctionnement du parent et de l'enfant. À cet égard, nous concluons donc que ce type d'intervention devrait être offert de manière plus systématisée aux familles d'accueil. Nos résultats soulignent toutefois l'importance d'adapter les interventions de manière à répondre aux besoins spécifiques de chaque famille, notamment en offrant du support aux familles moins avantagées au plan socio-

économique et des interventions à caractère plus éducatif pour les familles dont l'enfant présente un risque de difficultés cognitives plus important.

Nos résultats de recherche nous indiquent également qu'il y a différentes façons d'évaluer le succès d'un placement en tant que mesure d'intervention. Traditionnellement, au Québec, le nombre de placement ou de déplacement d'un enfant était considéré comme le principal critère pour évaluer le succès d'un placement. Notamment, notre étude nous montre entre autre que l'évaluation de la sensibilité de la mère et de l'adaptation développementale de l'enfant sont des mesures aussi, sinon plus, importantes à considérer dans le succès d'un placement, celles-ci donnant une indication claire du fonctionnement de l'enfant.

Il serait primordial de réévaluer les familles participantes après un délai de quelques mois et ce pour plusieurs raisons. Tel qu'il a été mentionné précédemment, dans la section résultats, il est attendu que la sécurité d'attachement de l'enfant change suite à l'intervention à condition que les comportements sensibles de la mère se maintiennent dans le temps. Il est donc nécessaire de réévaluer à la fois l'attachement de l'enfant et les comportements sensibles de la mère afin de vérifier cette hypothèse. Il serait aussi intéressant d'évaluer si des comportements maternels plus sensibles qui se maintiennent dans le temps favorisent l'adaptation développementale de l'enfant.

Dans l'ensemble, l'intervention relationnelle s'est avérée efficace tant pour le parent et l'enfant. Les propos des mères d'accueil à cet égard mettent bien en évidence l'effet bénéfique de l'intervention. Notamment, à la suite de l'intervention, plusieurs mères d'accueil affirment se sentir comme de « vraies mères » et apprécient davantage leur rôle de parent. C'est donc dire qu'à la suite de l'intervention, les mères ne se perçoivent plus seulement comme un donneur de soin, mais comme un parent auquel l'enfant accorde une importance particulière. En fait, les mères d'accueil constatent que les enfants apprécient davantage le réconfort qu'elles leur

prodiguent lorsqu'ils sont en détresse et, par ailleurs, qu'ils explorent mieux leur environnement. La possibilité pour l'enfant de recourir à un parent qui l'aide à réguler ses émotions en situation de détresse est cruciale pour l'apprentissage, car elle permet à l'enfant d'explorer son environnement en toute quiétude. L'enfant devient donc disponible pour apprendre et plus enclin à développer des habilités cognitives. Les mères d'accueil rapportent d'ailleurs que l'intervention leur a permis de mieux comprendre l'importance de parler à leur enfant, de le renforcer et de le soutenir dans les jeux. De plus, elles soulignent même comment ce nouveau rôle de soutien et d'étayage dans le jeu avec leur enfant favorise la régulation émotionnelle, une meilleure estime de soi et une plus grande motivation à apprendre chez leur enfant.

Références

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional manual (3rd ed)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R.R. (1997). Parenting stress index: A measure of the parent-child system. In C. P. Zalaquett, & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources*. (pp. 277-291). Lanham, MD, US: Scarecrow Education.
- Ackerman, J. P., & Dozier, M. (2005). The influence of foster parent investment on children's representations of self and attachment figures. *Journal of Applied Developmental Psychology, 26*(5), 507-520.
- Ainsworth, M., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. H., & Guger, S. (2000). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review, 20*(8), 1019-1040.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F., (2003). Less is more: Meta-Analyses of sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood, *Psychological Bulletin, 129*, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Kroonenburg, P.M. (2004). Differences in attachment security between African-American and White children: ethnicity or socio-economic status? *Infant Behavior and Development, 27*, 417-433.
- Bates, B. & Dozier, M. (1998) "*This Is My Baby*" coding manual. University of Delaware; Newark: 1998. Unpublished manuscript.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development (2nd ed.)*. NY: Psychological Corporation.
- Bilan des Directeurs de la protection de la Jeunesse. (2007). *Une famille pour chaque enfant, des racines pour la vie*. Consulté le 2 février 2008 de http://www.acjq.qc.ca/_PDF_/BilanDPJ06-LR.pdf
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 89-111). New York, NY, US: Guilford Press.
- Bruhn, C.M., Duval, D., & Louderman, R. (2008). Centralized assessment of early developmental delays in children in foster care: A program that works. *Children and Youth Services Review, 30*, 536-545

- Bruskas, D. (2008). Children in foster care: A vulnerable population at risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 21*, 70–77.
- Chamberlain, P., Moreland, S. & Reid, K. (1992). Enhanced services and stipends for foster parents: Effects on retention rates and outcomes for children. *Child Welfare Journal, 71*, 387-401.
- Children's Administration Research. (2004). *Foster youth transition to independence study: Final report: 2004*. Seattle, WA: Department of Social and Health Services. Retrieved February 28, 2005, from <http://www.dshs.wa.gov/pdf/ca/FYTfinal2004.pdf>
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Toth, S.L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development & Psychopathology, 18*, 623-649.
- Cole, S. A. (2005). Infants in foster care: Relational and environmental factors affecting attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23*(1), 43-61.
- Crittenden, P. M., & Bonvillian, J. D. (1984). The relationship between maternal risk status and maternal sensitivity. *American Journal of Orthopsychiatry, 54*(2), 250-262.
- Cyr, C., Euser, E.M., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H.(sous presse). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*.
- Dozier, M., Higley, E., Albus, K.E., & Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants' caregivers: Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal, 23*, 541-554.
- Dozier, M., Lindhiem, O., & Ackerman, J. (2005). Attachment and biobehavioral catch-up. In L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing Early Attachments*. New York: Guilford.
- Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K.E. & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development, 72*, 1467-1477.
- Duchesne, D., Dubois-Comtois, K. & Moss, E. (2006). La théorie de l'attachement comme outil d'intervention auprès des parents d'accueil et des enfants placés. *Revue Prisme, 46*, 92-109.
- Evans, L. (2001). Interactional models of learning disabilities: Evidence from students entering foster care. *Psychology in the Schools, 38*, 381-390.
- Fisher, P.A., Ellis, H. & Chamberlain, P. (1999). Early intervention foster care: A model for preventing risk in young children who have been maltreated. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice, 2*, 159-182.

- Flynn, R.J. & Biro, C. (1998). Comparing developmental outcomes for children in care with those for other children in Canada. *Children & Society, 12*, 228-233.
- Faran, D.C. & Harver L.A. (1989) Responses to a learning task at 6 months and I.Q. test performance during the preschool years. *International Journal of Behavioral Development, 12*, 101-114
- Franck, E. (1996). Prenatally drug-exposed children in out-of-home care: Are we looking at the whole picture? *Child Welfare Journal, 75*, 19-34.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain-A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 97-116.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. (1991) Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. Dans C. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 93-114). NY: Tavistock/Routledge.
- Halfon, N., Mendonca, A. & Berkowitz, G. (1995). Health status of children in foster care: The experience of the Center for the Vulnerable Child. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 149*, 386-392.
- Holland, P. & Gorey, K.M. (2004). Historical, Developmental, and Behavioral Factors associated with Foster Care Challenges, *Child and Adolescent Social Work Journal, 21*, 117-135.
- Jacobson, T., Edelstein, W., & Hofmann, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology, 30*, 112-124
- Juffer, F., Hoksbergen, R.A.C., Riksen-Walraven, J.M. & Kohnstamm, G.A. (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 1039-1050.
- Leslie, L.K., Gordon, J.N., Ganger, W. & Gist, K. (2002). Developmental delay in young children in child welfare by initial placement type. *Infant Mental Health Journal, 23*, 496-516.
- Lindhiem, O., & Dozier, M. (2007). Caregiver commitment to foster children: The role of child behavior. *Child Abuse & Neglect, 31*(4), 361-374.
- Mahoney, G., Boyce, G., Fewell, R., Spiker, D. Wheeden, C. (1998). The relationship of parent child interaction to the Effectiveness of early intervention services for at risk children and children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education, 18*, 5-17.

- Moss, E., Bureau, J., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of attachment at age 3: Construct validity of the preschool attachment classification system. *Developmental Psychology, 40*(3), 323-334.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology, 40*(4), 519-532.
- Moss, E., Dozier, M., Bernier, A., Tarabulsky, G. & St-Laurent, D. (2005). *Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et l'auto-régulation des enfants placés en famille d'accueil*. Rapport scientifique remis au FQRSC.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G., St-Laurent, D. & Bernier, A. (Avril 2007). Can caregiving behavior of maltreating mothers be changed? In C. George & J. Solomon (Chairs), Disorganized attachment and caregiving: Studies of representational and neurological dysregulation. Conférence présentée à la Society for Research in Child Development (SRCD). Boston, MA.
- Moss, E., Gosselin, C., Parent, S., Rousseau, D., & Dumont, M. (1997). Attachment and joint problem-solving experiences during the preschool period. *Social Development, 6*, 1-17.
- Moss, E., Parent, S., Gosselin, C., & Dumont, M. (1993). Attachment and the development of metacognitive and collaborative strategies. *International Journal of Educational Research, 19*, 555-571.
- 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*, 1390-1405.
- Moss, E. & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school-age and academic performance, *Developmental Psychology, 37*, 107-119.
- Moss, E., St-Laurent, D., Cyr, C., & Humber, N. (2000). L'attachement aux périodes préscolaire et scolaire et les patrons d'interactions parent-enfant. Dans G.M. Tarabulsky, S. Larose, D.R. Pederson & G. Moran (Eds.), *Attachement et développement : Le rôle des premières relations dans le développement humain*. Sainte-Foy, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Moss, E., St-Laurent, D., & Parent, S. (1999). Disorganized attachment and developmental risk at school-age. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp.160-186). New York: Guilford Press.
- Moss, E., Tarabulsky, G., Bernier, A., St-Laurent, D., Cyr, C. & Dubois-Comtois, K. (juin 2006). *The effects of an attachment-based intervention with abusing and neglecting mothers*. Conférence présentée au Attachment home-county, Trois-Rivières, Qc.

- O'Connor, T., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L. & Kreppner, J. (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: Extension and longitudinal follow-up. *Child Development, 71*, 376-390.
- Pederson, D. R., Gleason, K. E., Moran, G., & Bento, S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Developmental Psychology, 34*(5), 925-933.
- Pederson, D. R., & Moran, G. (1996). Expressions of the attachment relationship outside of the strange situation. *Child Development, 67*(3), 915-927.
- Pederson, D. R. & Moran, G. (1995). Maternal Behavior Q-set. In E. Waters, B. E. Vaughn, G. Posada, & K. Kondo-Ikemura (Eds.) *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New Growing Points of Attachment Theory and Research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 60 (2-3, Serial No. 244), 247-254.
- Phelps, L. (1995). Psychoeducational outcomes of fetal alcohol syndrome. *School Psychology Review, 24*, 200–212.
- Rutter, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 465-476.
- Sarason, I., Johnson, J., & Siegel, J. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 932-946.
- Scherr, T.G. (2007). Educational Experiences of Children in Foster Care. Meta-Analyses of Special Education, Retention and Discipline Rates. *School Psychology, 28*, 419-436.
- Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal, 22*, 7-66.
- Stovall, K.C., & Dozier, M. (2000). The evolution of attachment in new relationships: Single subject analyses for ten foster infants. *Development & Psychopathology, 9*, 133-156.
- Tarabulsky, G. M., Avgoustis, E., Phillips, J., Pederson, D. R., & Moran, G. (1997). Similarities and differences in mothers' and observers' descriptions of attachment behaviors. *International Journal of Behavioral Development, 21*, 599-516.
- Trout, A.L., Hagaman, J., Casey, K., Reid, R., & Epstein, M.H. (2008). The academic status of children and youth in out-of-home care: A review of the literature. *Children and Youth Services Review, 30*, 979-994.

- Van IJzendoorn, M.H., Vereijken, C.M.J.L., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Riksen-Walraven, J.M. (2004). Assessing attachment security with the Attachment Q-Sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development*, 75, 1188-1213.
- Vinnerljung, B., Öman, M. & Gunnarson, T. (2005). Educational attainments of former child welfare clients. A Swedish national cohort study. *International Journal of Social Welfare*, 14, 265-276.
- Waters, E. & Deane, K. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behaviour in infancy and early childhood. Dans I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monograph of the Society for Research in Child Development*, 50 (Serial No.209)
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 550-553.
- Wilson, K., Sinclair, L., & Gibbs, I. (2000). The trouble with foster care: The impact of stressful events on foster careers. *British Journal of Social Work*, 30, 193-209.

Annexe

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE**A) COMPOSITION ACTUELLE DE LA FAMILLE**

1. Famille biparentale OU Famille monoparentale

Si biparentales :

- En couple depuis combien de mois/années _____
 – Même couple depuis l'arrivée de l'enfant OUI NON

2. Inscire les initiales, le sexe et l'âge de tous les enfants (*y compris ceux actuellement placés en famille d'accueil*) ainsi que de tous les adultes qui vivent actuellement au domicile familial.

Initiales	Sexe	Âge	Lien avec le répondant	Si placé en F.A., depuis:

B) SCOLARISATION, EMPLOI ET REVENU FAMILIAL

3. ENCERCLEZ LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉDUCATION GÉNÉRALE TERMINÉE :

Années complétées (ou équivalence) :

Mère d'accueil

- Primaire 1 2 3 4 5 6
 Secondaire 1 2 3 4 5
 Collégial 1 2 3
 Universitaire 1 2 3 3 et plus

Dernier diplôme obtenu :

Mère d'accueil

Père d'accueil

- Primaire 1 2 3 4 5 6
 Secondaire 1 2 3 4 5
 Collégial 1 2 3
 Universitaire 1 2 3 3 et plus

Père d'accueil

- Formation générale
- DEP (études professionnelles)
- DEC (études collégiales)
- Autre : _____

- Formation générale
- DEP (études professionnelles)
- DEC (études collégiales)
- Autre : _____

4. Situation d'emploi :	Mère d'accueil	Père d'accueil
▪ Occupation- Emploi	_____	_____
▪ depuis:	_____	_____
▪ Régulier/Occasionnel:	_____	_____
▪ heures/semaine:	_____	_____

5. Sources de revenu familial :	Mère d'accueil	Père d'accueil
▪ Revenu du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Assurance chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Aide sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Pension alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Allocations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Autres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Revenu familial annuel brut, tenant compte de toutes les sources de revenu

<input type="checkbox"/> moins de 10 000 \$	<input type="checkbox"/> 35 000 \$ à 40 000 \$
<input type="checkbox"/> 10 000 \$ à 15 000 \$	<input type="checkbox"/> 40 000 \$ à 45 000 \$
<input type="checkbox"/> 15 000 \$ à 20 000 \$	<input type="checkbox"/> 45 000 \$ à 50 000 \$
<input type="checkbox"/> 20 000 \$ à 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$ à 55 000 \$
<input type="checkbox"/> 25 000 \$ à 30 000 \$	<input type="checkbox"/> 55 000 \$ et plus
<input type="checkbox"/> 30 000 \$ à 35 000 \$	

7. Nombre de pièces que compte le logement actuel _____

8. Êtes-vous propriétaire ou locataire? _____

C) AUTRES INFORMATIONS

9. À quelle fréquence voyez-vous ces personnes?

	Jamais	Rarement	Occasionnel	Régulier
Parenté	_____	_____	_____	_____
Voisins	_____	_____	_____	_____
Amis	_____	_____	_____	_____
Professionnels (ex. médecin, travailleur social, intervenant CLSC, psychologue, infirmière...)	_____	_____	_____	_____