



HAL
open science

Attachement et troubles de l'attachement chez l'enfant placé. Évaluation clinique

Marie Boissière

► **To cite this version:**

Marie Boissière. Attachement et troubles de l'attachement chez l'enfant placé. Évaluation clinique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02863789

HAL Id: dumas-02863789

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02863789>

Submitted on 10 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°3030

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par BOISSIÈRE, Marie

Née le 10 décembre 1989 à Douai (59)

Le 15/04/2020

**ATTACHEMENT ET TROUBLES DE L'ATTACHEMENT
CHEZ L'ENFANT PLACÉ**

Évaluation clinique

Sous la direction de :

Madame de Docteur Adeline KOMPE TCHAMGOUE

Rapporteur:

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD : Président

Monsieur le Professeur Cédric GALERA : Juge

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE : Juge

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL : Juge

Monsieur le Docteur Bruno MARQUE : Juge

Madame le Docteur Adeline KOMPE TCHAMGOUE : Juge

REMERCIEMENTS

A ma famille et mes amis.

A mon époux, Romain. Merci pour ta patience, tes encouragements et ton amour.

A ma fille, Emma. Merci de faire partie de notre vie. Merci pour tes sourires et pour tout le bonheur que tu nous apportes.

A mon frère, Pierre-Hubert. Je suis très fière de toi.

A mes parents, à l'ensemble de mes amis et à ma famille. Merci pour votre présence et votre soutien sans faille.

A toutes les équipes que j'ai pu croiser tout au long de mon parcours.

Au Président du Jury,

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Responsable du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre encadrement et l'humanisme dont vous faites preuve pour chacun de vos étudiants. Ce fut un honneur de travailler à vos côtés. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A la directrice de thèse,

Madame le Docteur Adeline KOMPE TCHAMGOUE

Praticien Hospitalier,

Responsable de l'Unité de Soins Aigus pour Adolescents, Pôle Universitaire de Psychiatrie Enfant et Adolescent,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour disponibilité et votre patience. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

Au rapporteur,

Monsieur le professeur Ludovic GICQUEL

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Unité de Recherche Clinique - CAPS,

Centre Hospitalier Spécialisé Henri Laborit, Poitiers.

Merci de m'avoir fait l'honneur de rapporter ce travail de thèse. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Merci de votre engagement auprès des étudiants.

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Responsable du centre de référence des Pathologies Anxieuses et de la Dépression,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Merci pour votre disponibilité et votre encadrement. Je vous témoigne mon profond respect.

Monsieur le Docteur Bruno MARQUE

Praticien hospitalier,

Chef de Pôle de pédopsychiatrie,

Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour votre encadrement et votre bienveillance. C'est un réel plaisir de travailler à vos côtés et de pouvoir bénéficier de vos connaissances. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
I. ATTACHEMENT ET TROUBLES DE L'ATTACHEMENT DANS LE CAS DES ENFANTS PLACÉS : DÉFINITIONS ET THÉORIES	10
1. L'attachement	10
1.1. La théorie de l'attachement	10
1.2. L'attachement multiple	14
1.2.1. Attachement intrafamilial	14
1.2.2. Attachement extrafamilial	15
1.2.3. Modèles internes opérants dans le cas des relations d'attachement multiples	16
1.3. Facteurs influençant le système d'attachement et ses représentations internes	18
1.3.1. Caractéristiques intrinsèques de l'enfant	18
1.3.2. Caractéristiques extrinsèques	19
1.3.2.1. Le système familial	19
1.3.2.2. Représentations de l'enfant	20
1.3.2.3. Autres facteurs	20
1.3.3. Interrelation entre attachement et facteurs de risque	20
1.4. Approche culturelle du système d'attachement	21
1.5. Approche neurobiologique et génétique	23
2. Les troubles de l'attachement	26
2.1. Classifications internationales : DSM-5 et CIM 10	26
2.2. Autres classifications	33
2.3. Les facteurs de risque et les comorbidités	37
2.4. Épidémiologie	38
3. Attachement et troubles de l'attachement dans le cas des enfants placés	40
3.1. Placement d'enfants : évolution et dispositif actuel en France	40
3.2. Population concernée en France	42
3.3. Relation d'attachement dans le cas des enfants placés	44
3.4. Modèles internes opérants dans le cas des enfants placés	47
3.5. Facteurs influençant le système d'attachement dans le cas des enfants placés	49
3.5.1. Conditions de vie avant placement	49
3.5.2. Contexte d'accueil	49
3.6. Troubles de l'attachement dans le cas des enfants placés	49
3.7. Cas du placement des mineurs non accompagnés	52

II. ÉVALUATION CLINIQUE DE L'ATTACHEMENT ET DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT DANS LE CAS DES ENFANTS PLACÉS -----	53
1. Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'évaluation des troubles de l'attachement -----	53
1.1. Recommandations HAS -----	53
1.2. Autre recommandations -----	53
1.3. Attachement et troubles de l'attachement : Que faut-il évaluer ? -----	54
2. Évaluation clinique chez l'enfant placé -----	55
2.1. L'entretien clinique -----	55
2.1.1. Anamnèse et histoire développementale -----	55
2.1.2. Les manifestations cliniques à rechercher en faveur d'un style d'attachement désorganisé -----	57
2.1.3. Les manifestations cliniques à rechercher en faveur d'un trouble de l'attachement -----	57
2.1.3.1. Chez le nourrisson -----	57
2.1.3.2. Chez l'enfant -----	58
2.1.3.3. Chez l'adolescent -----	59
2.1.3.4. Les outils disponibles -----	59
2.1.4. Les troubles associés -----	60
2.1.4.1. Styles d'attachements insécurisés et troubles associés -----	60
2.1.4.2. Troubles de l'attachement et troubles associés -----	61
2.1.4.3. Les troubles associés à l'institutionnalisation et à la maltraitance ----	63
2.2. Observation clinique -----	64
2.2.1. Attachement et troubles de l'attachement : Que faut-il observer ? -----	64
2.2.2. Les outils disponibles -----	65
2.2.2.1. Les outils d'évaluation de la relation d'attachement -----	65
2.2.2.2. Les outils d'évaluation des modèles internes opérants -----	66
2.2.2.3. Les outils disponibles pour l'évaluation des troubles de l'attachement -----	67
2.3. Diagnostics différentiels des troubles de l'attachement : Cas du TDAH et du TSA -----	68
2.3.1 Attachement, troubles de l'attachement et TDAH -----	68
2.3.2 Attachement, troubles de l'attachement et TSA -----	69
2.4. Les bilans complémentaires -----	71
CONCLUSION -----	72
BIBLIOGRAPHIE -----	74
ANNEXES -----	86
CAS CLINIQUES -----	90
SERMENT D'HIPPOCRATE -----	97

ABRÉVIATIONS

Axe HPA : Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ou axe corticotrope

ACTH : *Adreno CorticoTropic Hormone* ou hormone corticotrope

CIM : Classification Internationale des Maladies

CRH : *Corticotropin-Releasing Hormone* ou corticoréline

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EEG : Électroencéphalogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MIO : Modèle Interne Opérant

MNA : Mineur Non Accompagné

ONPE : Observatoire National de la protection de l'enfance

PTSD : *PostTraumatic Stress Disorder* ou état de stress post-traumatique

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TDCS: Trouble Désinhibition du Contact Social

TOP : Trouble de l'opposition avec Provocation

TRA: Trouble Réactionnel de l'Attachement

TSA : Trouble du Spectre Autistique

INTRODUCTION

La théorie de l'attachement, décrite pour la première fois par John Bowlby en 1958, plaçait le bébé au cœur d'une relation dite d'attachement avec sa mère, adulte prenant soin de lui et assurant l'équilibre entre attachement et exploration. Les premières relations de l'enfant détermineront ses modalités relationnelles aux adultes et à ses pairs, tout au long de sa vie. L'attachement dans un contexte de placement a été étudié à plusieurs reprises essayant, entre autres, d'identifier des facteurs de risque et des facteurs de protection dans le développement d'une relation d'attachement sécurisé chez l'enfant. Même si plusieurs études tendent à une stabilisation de la relation d'attachement dans le temps en l'absence d'évènements de vie critiques, nous pouvons nous questionner sur cette continuité en cas de placement, quel qu'en soit les causes.

Le trouble de l'attachement, quant à lui, est une entité clinique encore peu claire. On ne pourra parler de troubles que quand le comportement de l'enfant perturbe de façon significative ses capacités à interagir avec les adultes ou ses pairs. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5, 2015) (1) décrit les troubles de l'attachement comme des troubles apparaissant chez des enfants ayant vécu des formes extrêmes d'insuffisance de soins. Notamment, dans sa description clinique, le DSM-5 donne les exemples de placement d'enfant en famille d'accueil ou en institution. De par leur histoire de vie et par définition, les enfants placés seraient ainsi plus enclins à être concernés par les troubles de l'attachement. A ce jour, en France, il n'existe pas de recommandation de la Haute Autorité de Santé concernant l'évaluation clinique des troubles de l'attachement dans le cas des enfants placés. Pourtant, l'existence de multiples classifications, l'absence d'outil précis et les nombreux troubles associés, rendent difficiles le diagnostic en pratique clinique. Les troubles de l'attachement concerneraient 10 à 20 % (1) des enfants dits à hauts risques selon le type de trouble. En population d'enfants placés en institution ou en famille d'accueil, les différentes études rapportent des taux de prévalence variant de 1,6 à 31,8%.

Partant de ces constats, il semblait nécessaire de faire le point sur la question de l'attachement et du trouble de l'attachement dans le cas particulier des enfants placés, notamment concernant les éléments cliniques à rechercher. L'objectif de cette thèse est donc de répondre aux questions suivantes: Dans le cas particulier d'un enfant placé, pour lequel un "trouble de l'attachement" est suspecté, quels éléments cliniques doivent être recherchés ? Dans ce cas, quelle est l'importance de l'évaluation globale de l'enfant et notamment du système d'attachement ?

A travers une revue de littérature utilisant les outils *PubMed*, *GoogleScholar*, *ResearchGate*, *Cairn.info*, ainsi que plusieurs ouvrages sur la question, nous présenterons les résultats en deux parties. Dans un premier temps et au vu de la diversité de présentation de ces troubles dans la littérature, nous définirons l'attachement et les troubles de l'attachement, de façon générale puis dans le cas particulier des enfants placés. Dans une seconde partie, nous verrons quelle évaluation clinique peut être réalisée devant une suspicion de trouble de l'attachement chez un enfant placé.

I. ATTACHEMENT ET TROUBLES DE L'ATTACHEMENT DANS LE CAS DES ENFANTS PLACÉS : DÉFINITIONS ET THÉORIES

1. L'attachement

1.1. La théorie de l'attachement

John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique (1907-1990), se basa sur les travaux de Harlow, Lorenz et Spitz pour développer sa théorie de l'attachement (3).

En effet, Harlow, psychologue américain, mit en évidence le besoin d'autrui comme un besoin primaire suite à, d'une part, l'observation de troubles décrits comme autistiques et une diminution de l'interaction sociale après une séparation précoce mère-bébé ; d'autre part, à des expériences de privation maternelle chez des primates à différents âges de leur développement. Spitz, psychiatre et psychanalyste américain rapporta quant à lui un état dépressif chez certains enfants séparés précocement et brutalement de leur mère. Enfin, Lorenz, biologiste et zoologiste autrichien, étudia les oies et leurs poussins et définit l'empreinte laissée par le premier objet venu ; l'empreinte étant la capacité d'acquisition rapide et permanente par le poussin des caractéristiques d'une forme spécifique qui orientera les conduites ultérieures.

Bowlby décrit ainsi l'attachement comme un besoin primaire de l'enfant envers un adulte prenant soin de lui de façon cohérente et continue, devenant ainsi une figure d'attachement. Il s'agit d'un système comportemental permettant d'établir la proximité physique avec la figure adulte protectrice (la mère dans les premiers travaux de Bowlby), en cas de signaux de danger ou de stress, et servant de lutte contre les dangers de l'environnement (3). Il présente ainsi un avantage sélectif et permet la survie de l'individu tout au long de la vie. Le système d'attachement est en équilibre avec le système exploratoire de l'enfant, ces deux systèmes répondant à des signaux antagonistes internes et environnementaux, et s'ajustant de manière permanente. Pour explorer de manière sereine son environnement, l'enfant a en effet besoin de savoir sa figure d'attachement disponible et en attend une réponse adaptée s'il se trouve en situation de détresse. Ce sont les comportements parentaux, guidés par la représentation parent-enfant, qui permettent de répondre aux besoins du bébé devant une situation de détresse éventuelle. Le *caregiving* est ainsi défini par Bowlby comme le système organisant les soins parentaux ; la *base de sécurité* comme le rôle assuré par l'adulte engagé dans ce même système de soins (Mary Ainsworth, 1973). Le système d'attachement contribue donc au développement socio-émotionnel de l'enfant, en parallèle de son développement global. Il agit toujours en interdépendance avec l'environnement, nous rappelant l'interaction entre l'innée et l'acquis (4). Il contribue également au développement de la personnalité de l'individu, dépend de son adaptabilité, de ses capacités de résilience et de sa vulnérabilité.

Bowlby (1969/1982) décrivait quatre étapes dans la construction du lien d'attachement (5), étapes décrites pour le développement de la relation d'attachement primaire (avec la mère), mais également décrites plus tard dans le cadre des relations d'attachement dites secondaires avec d'autres *caregivers* éventuels.

- Avant l'âge de 2 mois, le pré-attachement : le bébé manifeste des comportements signaux indifférenciés en fonction des personnes.
- De 2 à 7 mois, l'attachement est en constitution : l'enfant peut mettre à contribution divers comportements pour atteindre la proximité physique du parent. Il différencie les personnes, mais la substitution de la principale figure d'attachement est encore possible.
- Vers 7 mois, une relation d'attachement franche et sélective se met en place : la substitution n'est plus possible. Un des signes de cette période est l'expression de détresse lors des séparations.

Le bébé naît avec une vaste gamme de comportements lui permettant de maintenir la proximité de sa figure d'attachement et contribuant à l'attachement : le succion, l'agrippement, le froufrou, la poursuite oculaire et auditive, les pleurs, les cris, les sourires, les babilllements. Ces formes motrices, indépendantes de l'apprentissage, sont contrôlées jusqu'à 8 mois environ par des réflexes dépendants de l'environnement (4,6).

- Vers 3/4 ans, on parle de « partenariat ajusté » : l'enfant est désormais capable d'une certaine compréhension et cherche à influencer l'adulte afin d'obtenir de sa part certains avantages du point de vue relationnel, comme l'intérêt ou les soins.

L'enfant dirige ses comportements vers le *caregiver* quand il est en condition de fatigue, de maladie, de menace ou de stress. La gamme de comportement s'enrichit : il est désormais capable de locomotion, il se dirige vers, s'accroche, se signale, appelle (6,7).

Entre 4 et 12 ans, le développement change le rapport de l'enfant à son environnement. Le système d'attachement devient moins central, l'enfant s'autonomise, il développe d'autres centres d'intérêt. Le besoin de proximité avec sa figure d'attachement diminue. L'attachement se manifeste de façon moins fréquente, l'enfant accepte que sa mère soit disponible uniquement quand il a besoin d'elle. Il y a élargissement du nombre de figures d'attachement avec apparition de figures d'attachement secondaires (6). Ses modalités relationnelles dans ses relations aux autres adultes ou à ses pairs, sont désormais marquées par le style d'attachement.

L'adolescence marque une période de transformations physiques, cognitives et affectives majeures, qui impose un remaniement des relations avec les figures d'attachement (8). Le système comportemental d'exploration est au premier plan et peut plus facilement rentrer en conflit avec le système d'attachement. Les représentations des relations d'attachement qui ont été intériorisées au cours de l'enfance vont peser sur le processus d'autonomisation. Le besoin d'attachement ne disparaît pas mais se transfère partiellement vers les pairs. Certains pairs peuvent alors devenir des figures d'attachement, passant de relations asymétriques à des relations réciproques.

Afin d'évaluer les relations d'attachement chez l'enfant, Mary Ainsworth mit au point la Situation étrange (1969), situation mettant en scène des épisodes de séparation-retrouvailles avec le *caregiver*. Elle décrit pour la première fois les différents styles d'attachement, que nous décrirons plus bas : sécurisé (65% de la population générale), anxieux ambivalent (10-15% de la population générale) et anxieux évitant (20% de la population générale). En 1986, Main et Solomon définissent un style d'attachement supplémentaire, l'attachement désorganisé (10-15% de la population générale). Beaucoup d'auteurs utilisent ainsi la classification ABCD: le groupe B sécurisé, le groupe A non sécurisé/évitant, le groupe C ambivalent/résistant et le groupe D désorganisé/désorienté.

Cassidy et Marvin décrivent, quant à eux, les styles d'attachement sécurisé, évitant, ambivalent/dépendant, contrôlant et insécurisé-autre, chez les enfants entre 2 ans et demi et 4 ans et demi. Dans une vision plus dynamique, la procédure de la *Preschool Assessment of Attachment*, procédure de séparation-retrouvailles basée sur la Situation Étrange, décrit les styles d'attachement sécurisé-équilibré, défensif, coercitif, défensif-coercitif, anxieux-déprimé et insécurisé-autres. Il existe actuellement peu de concordance entre ces différents systèmes. (9)

- Le style d'attachement sécurisé : lors de la Situation étrange, en présence du parent, l'enfant explore son environnement mais s'assure de la disponibilité de l'adulte, il marque de la détresse lors des épisodes de séparation, puis cherche la proximité physique avec son parent à son retour, il se montre facilement consolable, autonome et réceptif aux sollicitations.
- Le style d'attachement insécurisé anxieux ambivalent/résistant : l'enfant se montre très anxieux dès le début de la Situation étrange et explore peu son environnement. Il montre une très grande détresse lors des épisodes de séparation. Il résiste au contact au retour du parent et est difficilement consolable. Il semble inquiet, recherche l'approbation et craint l'abandon.
- Le style d'attachement insécurisé anxieux évitant : il explore facilement son environnement mais montre de la distance avec l'adulte. Il présente peu de détresse lors de la séparation, peu d'interaction au retour du parent. Il se dévoile peu, est peu dépendant des autres.
- Le style d'attachement insécurisé désorganisé : ses comportements sont incomplets et incohérents, il est ambivalent dans sa relation à l'adulte. Il présente de la détresse et manque d'affirmation. On peut alors observer des comportements contradictoires, mal dirigés ou stéréotypés, des enfants trop calmes ou comme bloqués, une appréhension directe ou des craintes face aux parents (10). Ces comportements sont considérés comme des indicateurs d'un style d'attachement désorganisé quand ils surviennent dans le cadre d'une expérience de stress ou d'une anxiété, que l'enfant ne peut pas résoudre, le parent étant de façon paradoxale à la fois source de peur et de sécurité. Ce style d'attachement est classiquement retrouvé chez les enfants ayant des antécédents d'expérience traumatique, de maltraitance, mais aussi ceux ayant perdu leur figure d'attachement. Il est considéré comme la forme la plus grave d'attachement insécurisé, du fait de ses conséquences négatives notamment au niveau social, et de sa plus grande association avec la psychopathologie (11). Certains auteurs évoquent également l'attachement insécurisé-contrôlant (12, 13) défini par une évolution de l'enfant vers une

stratégie de contrôle vis-à-vis du parent (14). Toutefois, sur le plan des représentations internes, il s'agirait d'enfants présentant des réponses du type désorganisé. Concernant sa répartition dans la population, une méta-analyse datant de 1999 (15) met en évidence une influence du niveau socio-économique avec un taux estimé à 34 % pour les populations à bas niveau social.

Ces mêmes styles d'attachement sont retrouvés chez les adultes dans des proportions équivalentes avec les styles d'attachement sécurisé autonome (correspondant au style d'attachement sécurisé de l'enfant), détaché (correspondant au style d'attachement insécurisé anxieux évitant de l'enfant), préoccupé (correspondant au style d'attachement insécurisé anxieux ambivalent/résistant de l'enfant) et non-résolu désorganisé (correspondant au style d'attachement insécurisé désorganisé de l'enfant), catégorisé ainsi par l'*Adult Attachment Interview* (16).

En 1986, Kobak et Main précisent deux types de stratégies d'attachement de l'enfant. Ces deux stratégies sont adaptatives et fonctionnelles. Leur mise en œuvre dépend de la sensibilité de la figure d'attachement, c'est à dire la capacité de l'adulte à répondre de manière adaptée aux signaux de l'enfant. On ne pourra alors parler de troubles que quand le comportement de l'enfant perturbe de façon significative ses capacités à interagir avec les adultes ou les enfants du même âge (1).

- Ils définissent ainsi la stratégie d'attachement primaire comme la réponse des enfants présentant un style d'attachement sécurisé. Les figures d'attachement apparaissent à l'enfant comme accessibles et capable de répondre de manière cohérente.
- La stratégie d'attachement secondaire regroupe les réponses de l'enfant quand celui-ci prévoit que les figures d'attachement resteront insensibles à ses demandes ou qu'elles auront des réponses inadéquates. En cas de signal de danger, il pourra répondre de deux façons : maintenir un comportement d'attachement désactivé avec désactivation émotionnelle (réponse des enfants insécurisés anxieux évitants) ou suractiver les comportements d'attachement avec hyperactivation émotionnelle (réponse des enfants insécurisés anxieux ambivalents).
- Il est important de préciser que le style d'attachement désorganisé n'est pas considéré comme faisant partie d'une stratégie de réponse fonctionnelle.

Afin de comprendre la représentation interne du système d'attachement chez un individu, Bowlby définit le concept de Modèle Interne Opérant (MIO). Il s'agit de représentations mentales, conscientes et inconscientes, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, à partir desquelles l'individu perçoit les événements et construit ses relations. Le MIO fait partie du système de contrôle de l'attachement et aide l'enfant dans « *l'interprétation et la prédiction des comportements, pensées et sentiments en relation avec l'attachement* » (3, p. 45). C'est à travers ses interactions avec sa figure parentale privilégiée que l'enfant façonne un MIO qui englobe ses perceptions de lui-même et les attentes de sa figure d'attachement, qu'il peut interpréter et comprendre les comportements de sa mère.

Les *caregivers* jouent donc un rôle important dans son développement puisque c'est le propre MIO du parent qui façonne la réponse du prenant soin aux signaux de l'enfant.

Le MIO commence à s'établir entre l'âge de 6 et 9 mois et se stabilise vers 5-6 ans. Les premières représentations se développent suite à des éléments environnementaux sensoriels et moteurs, puis cognitifs et langagiers au fur et à mesure du développement de l'enfant. Ils seront stables au cours du temps en l'absence d'événements de vie critiques.

Par ailleurs, Cassidy (17) a pu montrer au travers de l'étude de 52 enfants un lien entre la qualité de l'attachement à la mère et la représentation qu'à l'enfant de lui-même ; le pattern d'attachement de l'enfant reflétant son organisation interne. Cette connexion ne pourrait cependant s'établir qu'à condition d'une stabilité de la qualité de l'attachement sur le long terme et en l'absence de facteurs externes marquants.

Enfin, il est à noter que plusieurs études ont mis en évidence une transmission intergénérationnelle importante concernant le style d'attachement exprimé au sein de la relation et les représentations internes, y compris concernant les assistantes familiales d'une famille d'accueil et l'enfant placé (18,19).

1.2. L'attachement multiple

Dans les premiers travaux de Bowlby, celui-ci n'envisageait que la mère comme figure d'attachement ; il admit plus tard qu'il pouvait se développer des figures d'attachement secondaires selon un modèle hiérarchique. Les travaux qui ont suivi ont pu montrer que des relations d'attachement pouvaient se développer tout au long de la vie, selon un processus similaire du fait des MIO, qu'elles évoluaient et qu'elles pouvaient différer dans leurs caractéristiques. Miljkovitch (20 ; p.56) rappelle que la multiplicité des relations d'attachement « *est à entendre comme limitée et constructive. Limitée par le fait que les figures d'attachement de l'enfant sont sélectionnées par lui-même et ne sont pas infinies. Constructive au regard de la nécessité de maintien des liens et d'une complémentarité entre les liens.* ».

1.2.1. Attachement intrafamilial

Les premières recherches concernaient principalement l'attachement à la mère ; c'est ensuite l'attachement au père puis plus tard aux frères et sœurs et à la famille étendue qui fut étudié. L'objectif était alors de répondre à des questions sociétales autour de la conciliation de la place des femmes et de leur rôle de mère, et de ses conséquences sur le développement de l'enfant.

L'attachement au père et à la mère a été interrogé de façon différenciée. Les études ont montré que l'enfant peut développer une relation d'attachement à son père et à sa mère (21,22) de façon indépendante via des interactions spécifiques : le *caregiving* maternel appuierait le développement émotionnel, la compréhension et la résolution des conflits internes. Il encouragerait la proximité en cas

de signal de détresse et permettrait ainsi le développement d'un sentiment de sécurité. Le *caregiving* paternel favoriserait le développement de la capacité exploratoire, à travers des jeux plus stimulants. Il soutiendrait l'apprentissage et permettrait de faire face aux conflits socialisés notamment avec les pairs et la fratrie (3, 23, 24, 25, 26). Au sujet de cette différence, Paquette et Dumont (27) parlent plutôt de « relation d'activation » à distinguer de la relation d'attachement, intervenant par deux mécanismes différents. Il s'agit de la capacité qu'acquiert l'enfant à travers la relation à s'ouvrir au monde extérieur, en équilibre entre la prise de risque et le contrôle parental, et qui semble plus liée au système exploratoire.

L'attachement aux parents semblent prendre une moindre importance dans le temps, notamment pendant la période de l'adolescence (28). Les changements physiques, sociaux et cognitifs, le changement du rôle parental à cette période, et le développement des relations aux pairs et des relations amoureuses, placent la relation avec le parent au second plan.

Concernant les relations d'attachement fraternel, peu d'études s'y sont intéressées. Troupel-Cremel et Zaouche-Gaudron (29) ont pu montrer que l'aîné pouvait devenir une figure d'attachement compétente et singulière pour son cadet. Le cadet peut se représenter son aîné comme une base de sécurité au départ parental lui permettant alors d'activer son système d'exploration et de jouer en toute quiétude (20). Dans une étude présentée dans leur dossier, la majorité des enfants présentait une relation d'attachement fraternelle sécurisée, un tiers insécurisé avec moins de recherche de proximité et de réconfort auprès de l'aîné. Ces résultats nous amènent à nous questionner sur le rôle que pourrait jouer chacun des enfants de la fratrie concernant le système d'attachement, notamment en cas de défaillance parentale.

1.2.2. Attachement extrafamilial

Les recherches sur l'attachement des enfants en dehors de l'environnement familial se firent très tôt dans l'histoire de la théorie de l'attachement puisque c'est dans un contexte suivant la seconde guerre mondiale que se posa la question des conséquences d'une séparation précoce du bébé avec sa mère, quand il avait dû être placé en institution lors des conflits. Le questionnement autour des gardes d'enfants resta longtemps sujet à controverse, questionnement basé une nouvelle fois sur une évolution sociétale avec la nécessité ou le besoin de la femme de travailler et de faire garder son enfant. Plus tard, ce sont les enfants adoptés et/ou placés qui intéressèrent les études (point que nous aborderons plus loin).

Les résultats autour des gardes d'enfants furent longtemps contradictoires. Les premières études comme celle de Belsky et Rovine (30) retrouvaient que les enfants bénéficiant d'un système de garde non maternel plus de 20h par semaine développaient plus de relations d'attachement insécurisées aux parents. Mais il s'agissait d'études qui ne prenaient pas en compte les autres facteurs environnementaux intervenant dans la relation d'attachement. Des études ultérieures ont permis de démontrer l'absence

d'effet d'une garde non maternelle sur l'attachement aux parents (31,32). La prise en compte de l'environnement global de l'enfant a mis en évidence l'importance de la qualité des soins reçus par l'enfant à la fois au sein du système familial, mais aussi au sein d'un système de garde. Pour ces auteurs, ni le temps accordé au *caregiving*, ni son lieu ne sont des facteurs prédictifs de l'engagement de l'enfant dans une relation d'attachement. Pour Guédénéy (33; p.7), « *la question du nombre d'heure et de la mise en crèche collective avant l'âge de 1 an reste ouverte* ». Anhert, Pinquart et Lamb (34) ont mis en évidence la capacité de l'enfant à développer une relation d'attachement avec un adulte engagé dans une relation de soins, indépendamment des parents, permettant d'envisager le statut de *caregiver* pour ce nouvel intervenant. Cependant, le système de garde doit être régulier et adapté avec un ratio enfant/*caregiver* permettant de bonnes conditions et une réponse adaptée du *caregiver* (35).

1.2.3. Modèles internes opérants dans le cas des relations d'attachement multiples

Nous avons vu précédemment que la construction de la relation d'attachement est médiée par la construction de modèles internes opérants (MIO), système de contrôle interagissant avec les systèmes cognitifs et émotionnels. L'ensemble des études est plutôt en faveur de l'existence de plusieurs modèles internes opérants, l'enfant développera en effet un MIO pour chaque relation d'attachement qu'il nouera (3). Mais dans le cas de l'attachement multiple, comment les MIO se construisent-ils ? Comment coexistent-ils et selon quelle organisation ? Les MIO restent moins étudiés que la relation d'attachement. Les auteurs ne sont pas toujours d'accord sur leur distinction et leur évaluation, révélant une possible confusion de certains. Les outils et les termes utilisés sont variés (« perception », « représentation » et « MIO »). Certains chercheurs précisent que la mesure des MIO représenterait les stratégies de régulation émotionnelle dans le contexte d'une relation interpersonnelle, alors que la mesure de styles d'attachement étudierait plutôt les attitudes cognitives spécifiques et les croyances autour du type de la relation (36).

Les recherches concernant les modèles internes opérants sont en faveur d'un processus similaire à celui de la construction de la première relation d'attachement. Les études ont pu interroger plus spécifiquement les signaux permettant la mise en place d'une nouvelle relation d'attachement (signaux de détresse de l'enfant, réponse adaptée du *caregiver*) et leur similitude à ceux de la relation mère-enfant (37). L'enfant dans un premier temps, perçoit l'environnement au travers du modèle mis en place lors de la première relation d'attachement, puis ses représentations peuvent évoluer et s'adapter en changeant d'environnement. Ils constituent ainsi un MIO pour chacune des relations d'attachement qu'il va développer. Notamment, plusieurs études (22, 38) mettent en évidence des représentations mentales spécifiques des relations d'attachement au père et à la mère. Par exemple, l'étude de 138 enfants de deux groupes d'âge différents (3-4 ans et 4-5 ans ; 39) retrouvent des représentations d'attachement au père et à la mère distinctes de par leur contenu (affect et disponibilité) mais corrélées positivement entre elles, et également une évolution des représentations avec l'âge. Le groupe des 4-5 ans se représente leurs

parents comme plus sensibles et sécurisants, ainsi que leur père plus disponible, par rapport au groupe d'enfants plus jeunes. L'étude de Pinel-Jacquemin et Zaouche-Gaudron (40) met elle aussi en évidence l'interaction des perceptions d'attachement entre les membres du système familial (dans le cas de leur étude, pour une famille de 2 enfants âgés de 6 à 12 ans). Deux enfants d'une même famille peuvent avoir un attachement de qualité différente à une même figure d'attachement et la qualité d'attachement mère-aîné semble influencer celle des autres dyades.

Plusieurs modèles ont été proposés afin d'expliquer la construction des MIO. Bacro et Florin (41) les exposent dans une revue de littérature regroupant des articles parus de 1970 à 2008.

- Le modèle hiérarchique : il s'agit du modèle décrit par Bowlby. La majorité des études appuie ce modèle (38 ; 42). Les figures d'attachement sont hiérarchisées, en privilégiant l'une d'elle, le plus souvent la mère. Cette relation d'attachement principale exercerait une influence plus importante sur le développement de l'enfant et serait un prototype qui influence les futures relations. Cependant, les auteurs précisent que cette hiérarchie ne serait marquée que pendant une période délimitée dans le temps dans la petite enfance. Il est important de souligner que les études permettant la validation de ce modèle utilisent majoritairement une évaluation de la qualité d'attachement par la Situation Étrange, réalisées pendant la période de la petite enfance. Des études utilisant d'autres outils chez des enfants plus âgés sont en faveur d'autres modèles d'organisation.
- Le modèle intégratif : il postule que les différentes relations d'attachement sont intégrées en une seule représentation, bien qu'indépendantes les unes les autres. Elles seraient équivalentes en termes d'influence sur le développement de l'enfant. Il permet l'intrication de plusieurs relations d'attachement de nature diverses et pouvant se compenser (3 ; l'auteur parle ainsi de « modèle compensatoire »), et soutient que deux relations d'attachement sécurisées sont plus bénéfiques qu'une seule, elle-même plus bénéfique qu'aucune (5).
- Le modèle indépendant : dans ce modèle également, les enfants construisent des représentations d'attachement de façon distincte pour chacune de leur relation d'attachement, mais celles-ci auraient une influence spécifique dans chacun des domaines de développement de l'enfant (21).

Bacro et Florin (41) concluent que les études confirment l'hypothèse d'une organisation hiérarchique plutôt qu'intégrative ou indépendante des relations d'attachement. Ils mettent cela dit en évidence de nombreux biais et une évaluation majoritairement centrée sur la période de la petite enfance. Pour comprendre les modèles internes opérants actuels, Howes et Spieker (43) évoquent la nécessité de comprendre « le réseau » dans les relations. Par exemple, Shomaker et Furman (36) évoquent la possibilité d'une influence réciproque, chez des adolescents, de leur entourage amical et des représentations qu'ils peuvent avoir de la relation avec leur parent.

Enfin, plusieurs études (38, 44) se sont intéressées à la stabilité des MIO au cours du temps et sont en faveur d'une stabilité globale des MIO au cours de l'enfance et de l'adolescence avec un taux d'environ 70%. Par exemple, en 2000, Ammaniti et ses collaborateurs (44) étudient les représentations d'attachement de 31 adolescents à 10 puis à 14 ans. Ils retrouvent 71% de taux de concordance entre les MIO à 10 et à 14 ans, sans prédominance pour un style d'attachement. De plus, les auteurs ne retrouvent pas de différence significative entre le pourcentage d'enfant classés dans chaque style d'attachement à 10 et à 14 ans, ni avec les styles d'attachement chez un groupe d'adulte issu de la même classe sociale. Ils concluent que la stabilité des MIO dépend majoritairement des facteurs externes à l'enfant. Cependant, ces résultats sont obtenus pour un groupe d'adolescents non représentatif de la population générale et à faible risque (enfants issus d'une classe sociale moyenne, vivant avec leurs deux parents biologiques, sans difficultés particulières). De la même façon, en 2005, Ammaniti et ses collègues (35) évaluent les MIO chez des enfants de 5 puis de 11-12 ans. Ils estiment à 68.4% le taux de stabilité globale. Ils mettent en évidence l'influence du nombre d'enfants dans la fratrie avec une corrélation positive (plus il y a d'enfants dans la fratrie, plus le taux de stabilité est haut). Ils évoquent aussi l'importance de la stabilité des MIO chez la mère, des expériences émotionnelles, ainsi que des autres relations d'attachement non prises en compte dans leur étude. Il s'agissait là encore d'un groupe d'enfants à faible risque.

*

Comme nous venons de le voir, la construction des représentations mentales de la relation d'attachement est encore à l'étude et résulte de processus complexes au cours du développement. Plusieurs facteurs ont déjà pu être identifiés comme influençant le système d'attachement et ces représentations. En effet, selon le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979), le développement de l'enfant ne peut être considéré sans prendre en compte la complexité de son environnement. Il s'agit de prendre en compte l'individu, ses interactions avec son environnement immédiat ou plus éloigné, le contexte dans lequel il évolue, ainsi que le temps.

1.3. Facteurs influençant le système d'attachement et ses représentations internes

1.3.1. Caractéristiques intrinsèques de l'enfant

Les différentes caractéristiques intrinsèques de l'enfant sont le premier type de facteur à intervenir. Elles semblent influencées de façon plus forte la relation d'attachement au père (45). Pour saisir les relations d'attachement actuelles envers les adultes et les pairs, il est important de retracer l'histoire de l'enfant en termes d'expériences de vie (traumatismes, antécédents de prise en charge) et d'antériorité des relations d'attachement (4). En effet, la relation d'attachement dépend de l'adaptabilité de l'enfant, de sa capacité de résilience et de sa vulnérabilité. Beaucoup d'auteurs soulignent

l'importance de la première relation d'attachement (46, 47). C'est parce que l'enfant est en capacité de développer une première relation d'attachement, quel que soit ces caractéristiques, qu'il pourra travailler à en développer d'autres selon des processus similaires. Le tempérament de l'enfant (4, 48) son sexe et les attentes induites par les parents (22, 36) sont des éléments importants dans la relation d'attachement. Par ailleurs, il faudra également prendre en compte les troubles de la communication, de l'expression émotionnelle et les difficultés physiques pouvant rendre difficile l'expression ou l'interprétation des signaux de l'enfant, l'interprétation de la réponse du parent, la régulation émotionnelle ou le rapprochement physique du *caregiver* (3, 49). Zephyr et ses collaborateurs (49) citent ainsi les facteurs de vulnérabilité propres à l'enfant suivants: un quotient intellectuel plus faible, un problème neurologique, un retard de croissance, une anomalie génétique.

1.3.2. Caractéristiques extrinsèques

1.3.2.1. Le système familial

Les caractéristiques du système familial et ses interactions sont le deuxième type de facteurs à intervenir. Lickenbrock et Braungart-Rieker (50) s'appuient sur le modèle écosystémique de Bronfenbrenner pour souligner l'importance de la prise en compte de l'ensemble des systèmes pour évaluer la relation d'attachement. Le système familial représente « *une réalité différente pour chacun de ses membres* » (51, p. 2) ce qui rend la compréhension des différentes relations complexe et explique des modes d'attachement différents au sein d'une même fratrie. L'âge des parents, leur niveau d'éducation, leur tempérament (51) ainsi que l'alliance parentale et la qualité de la relation conjugale sont des éléments importants. Certains antécédents maternels ont été identifiés comme rendant plus difficile la mise en place de la relation d'attachement comme la dépression maternelle, l'alcool prénatal ou l'exposition à des drogues (7). La relation d'attachement est influencée par les représentations d'attachement de chacun des parents (36, 52), la qualité du *caregiving* (7, ; 53), l'état d'esprit du parent (25) et par l'engagement parental (54). Cependant, Carlson précise que dans le cas de l'attachement désorganisé, les problèmes psychosociaux maternels (comme l'histoire de maltraitance maternelle, les risques maternels de difficultés parentales, les troubles psychiatriques, le célibat du parent) et le style d'attachement de la mère sont indépendants et s'additionnent entre eux. Enfin, dans le cas de l'attachement désorganisé, la présence de maltraitance intra-familiale est un facteur majeur (7, 14, 49). Ces différents éléments appuient l'importance d'effectuer un travail familial au long cours (55).

Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que la relation d'attachement intervient entre deux individus, il s'agit de considérer la « relation » au sein d'un système, et non l'individu seul qui évolue dans son système. Il est donc nécessaire de prendre en compte les différentes dyades qui interviennent au sein du système familial. Dans une étude de Beebe et de ses collègues (56), les auteurs utilisent une approche du système dyadique pour décrire la relation mère-enfant. La régulation du système est basée

sur la capacité d'une interaction mutuelle entre les partenaires, une coordination bidirectionnelle mais pas symétrique. La mère et l'enfant contribuent ensemble à la régulation de la relation d'attachement. Certaines études (55) appuient ainsi l'importance d'intervention auprès des adultes de la famille afin d'intervenir sur la relation d'attachement de l'enfant. En plus de cette prise en compte dyadique, les auteurs soutiennent la théorie du *coparenting* avec une importance donnée à la coordination et au support mutuel au sein du système parental. Quelques auteurs se sont intéressés à l'attachement fraternel et à l'interconnection de cette relation sur le système familial global et sur la relation d'attachement aux parents (20). Ainsi, l'âge et l'écart d'âge de la fratrie, le sexe de l'aîné et de la fratrie, et les relations d'attachement parental à chacun des membres de la fratrie sont des facteurs identifiés comme influençant l'attachement fraternel.

1.3.2.2. Représentations de l'enfant

Les représentations de l'enfant concernant ses relations familiales sont le troisième type de facteur à intervenir. Ainsi, le style éducatif parental, les conflits conjugaux et le traitement différentiel parental sont trois éléments pouvant influencer la relation d'attachement (36).

1.3.2.3. Autres facteurs

Enfin, de façon plus large, le niveau socio-économique et la politique nationale du pays sont deux éléments à prendre en compte dans l'analyse de la relation (48).

1.3.3. Interrelation entre attachement et facteurs de risque

Claude Bisailon (14) expose trois modèles possibles pour interpréter le lien entre le système d'attachement et les facteurs de risque.

- Le modèle développemental-écologique (Modèle de Belsky et Cassidy, 1994)

L'attachement précoce exercerait un effet modérateur variant en fonction des facteurs de risque socio-contextuels. En situation de conditions de risque élevées, l'attachement serait moins stable et sa puissance prédictive plus faible. En situation de conditions de risque faibles, l'attachement serait plus stable et continue, sa puissance prédictive plus forte. Par ailleurs, il est suggéré un effet cumulatif des facteurs de risque.

- Le modèle organisationnel (Modèle de Sroufe, 1988)

L'attachement insécurisé dans la petite enfance est considéré comme un facteur de risque supplémentaire augmentant la probabilité de survenue de troubles psychologiques, et non comme à l'origine de troubles psychologiques. Ce modèle insiste sur l'influence réciproque des expériences

antérieures et actuelles, et sur l'adaptation antérieure. Les expériences ultérieures vont se construire sur les premières et les modifient. Il s'agit d'une vision en trajectoire, normale ou problématique. Ainsi, l'emprunt d'une voie jugée désadaptée augmente le risque de conséquences négatives, risque augmentant selon la durée de la trajectoire. Ce modèle permet également d'envisager le potentiel de changement que peut procurer un environnement plus sain pour un enfant.

- Le modèle écologique-transactionnel (Modèle de Cicchetti et Lynch, 1995)

Se concentrant sur la population d'enfants maltraités, les auteurs de ce modèle rapportent le poids relatif de facteur de risque et de protection à chaque niveau de l'écologie (du milieu immédiat de l'individu constituant le microsystème, au contexte culturel plus large constituant le macrosystème). En effet, la présence d'un ou de deux facteurs de risque a une faible valeur prédictive, alors que la présence de facteurs de risque multiple est un point plus important. A noter que les éléments du microsystème semblent avoir un effet plus direct sur le développement. Ainsi, deux concepts sont définis:

- le concept d'équifinalité : différentes combinaisons de facteurs de risque et de facteurs de protection peuvent entraîner les mêmes conséquences négatives ;

- le concept de multifinalité : les mêmes combinaisons de facteurs de risque et de facteurs de protection peuvent entraîner des conséquences différentes.

De plus, la maltraitance est le facteur de risque repéré avec la plus forte probabilité de conséquences développementales négatives et de psychopathologie.

1.4. Approche culturelle du système d'attachement

- Implication culturelle dans la relation d'attachement

Bien que les styles d'attachement insécurisés anxieux et évitants soient considérés comme des comportements adaptatifs et fonctionnels, ils questionnent étant donné qu'ils diffèrent du comportement le plus couramment attendu dans la relation. Cependant, comme le rappellent Spangler et Grossmann (66) puis Morelli (80), ces comportements peuvent être, selon le point de vue culturel, le plus attendu. En effet, l'enfant s'ajuste aux comportements parentaux eux même dépendants des attentes culturelles. Plusieurs points sont ainsi régulièrement soulevés par les auteurs comme dépendants des normes culturelles: les structures familiales (81), la place de la mère (82), les relations que doit avoir l'enfant avec les adultes de la communauté (80), le temps accordé à l'enfant et la distribution des soins (83), la période d'entrée dans l'âge adulte et dans le monde du travail, la contribution de l'enfant à la famille. Pour donner un exemple, Rothbaum et ses collègues (84), ainsi que Morelli (80) présentent les différences culturelles importantes pour l'évaluation de la relation d'attachement entre le Japon et les États-Unis. Aux États-Unis, un des critères important du "bon" *caregiving* est la réponse de l'adulte aux signaux de l'enfant. On y promeut l'exploration de l'environnement, le désir personnel de l'enfant et son autonomie, l'expression émotionnelle et la communication directe dans les conflits. Au Japon, un des critères les plus important du "bon" *caregiving* est la relation fusionnelle entre la mère et son enfant. La mère est

plus intrusive, anticipe les besoins de son enfant, communique ce qu'elle sait que l'enfant pense. On y encourage la dépendance, le contact prolongé mère-bébé, le désir d'union. Le père représente une figure d'autorité et est plus distant. L'harmonie sociale doit être préservée. Ainsi, lors de la Situation Étrange, les enfants japonais résistent péniblement et sont bouleversés par la séparation, initient plus de contact, explorent moins leur environnement. Bien évidemment, il faut garder à l'esprit que chaque individu a sa propre culture et l'interprète comme il le désire, ces comportements sont donc des courants généraux mais devront toujours être questionner.

Par ailleurs, il est important de préciser que le placement d'enfant et l'adoption visent, dans certains pays, à maintenir un équilibre social, culturel et foncier (85) ; les liens avec la famille biologique ne sont pas forcément rompus, les rapports de parenté sont différents.

- La distribution des styles d'attachement

Van Ijzendoorn et Kroonenberg (86) ont réalisé une méta-analyse mettant en évidence les différentes classifications d'attachement à travers le monde. Ils prennent en compte les études ayant utilisées une évaluation par la Situation Étrange, avec une classification ABC, et ne concernant que la relation mère-enfants. Ils ont ainsi pu réunir 32 échantillons de 80 pays différents regroupant 1990 évaluations. Pour rappel, la distribution dite standard provient des USA avec 70% de relation d'attachement de style sécurisé, 20% évitants et 10% résistants environ. Les pays européens tendent à avoir des profils relativement similaires de distribution. Concernant les styles d'attachement insécurisés, les études suggèrent un taux d'attachement A plus important dans les pays occidentaux, et un taux d'attachement C plus important en Israël et au Japon. Cependant, plusieurs limites ont été repérées : la plupart des pays n'ont pas été étudié, les échantillons sont différents dans leurs caractéristiques, peu d'études prennent en compte la variation intraculturelle aux USA, les procédures et les codages diffèrent, un seul échantillon ne peut être représentatif d'une culture ; autant d'éléments ne permettant pas de conclure sur la question.

- Les outils d'évaluation

Ainsi, on peut se poser la question de la validité des différents outils d'évaluation selon les caractéristiques culturelles des populations étudiées. Par exemple, concernant la Situation étrange de Ainsworth, méthode d'évaluation très souvent utilisée dans les études, Spangler et Grossmann (66) précisent qu'elle ne crée pas une expérience psychologique similaire pour tous les enfants. De plus, en fonction du comportement culturellement attendu de l'enfant par rapport à l'adulte et à l'étranger, et aux situations de séparation et de réunion, l'interprétation des résultats peut différer. Concernant les outils d'évaluation de la relation d'attachement et de ses représentations, Morelli (80) évoque l'importance de développer des évaluations sur des standards culturels concernant le *caregiving*, les capacités de l'enfant et les relations de proximité.

1.5. Approche neurobiologique et génétique

Dans un souci de compréhension globale du système d'attachement, dans ce chapitre, nous ferons un rapide état des lieux concernant les résultats des recherches en neurobiologie et en génétique sur le sujet. Bien que des études supplémentaires soient nécessaires, il a été mis en évidence que le système d'attachement implique de nombreux axes au niveau cérébral, intercorrélés entre eux, tels que l'ocytocine, l'axe corticotrope, le système de récompense et le système inflammatoire.

- Importance de l'ocytocine

Beaucoup d'auteurs ont étudié l'importance de l'ocytocine dans le système d'attachement. Il s'agit d'un neuropeptide sécrétée par les noyaux paraventriculaire et supraoptique de l'hypothalamus et excrétée par l'hypophyse postérieure, connue pour jouer un rôle sur l'utérus et les glandes mammaires, et modulée par les stéroïdes sexuels dont la progestérone et les œstrogènes. Comme le rappellent Saive et Guédénéy (57), l'ocytocine joue le rôle de neurotransmetteur dans plusieurs régions cérébrales cibles: l'hippocampe, l'amygdale, le striatum, l'hypothalamus, le noyau accumbens et le mésencéphale. De façon réciproque, le comportement de maternage et l'ocytocine sont positivement corrélés (58, 59, 60) via une augmentation de la liaison de l'ocytocine et de son récepteur. Par ailleurs, il y a l'idée de mécanismes complémentaires et synchrones entre le parent et l'enfant (61, 62) avec un taux d'ocytocine corrélé au comportement affectif chez la mère et au comportement de stimulation lors de jeux chez le père (59), ainsi qu'en modèle animal, l'idée d'une transmission mère-fille des comportements de maternage (59).

De façon plus large, l'ocytocine intervient dans le comportement affiliatif, la mémoire sociale, l'attachement ou la préférence sociale (63), augmente l'altruisme, la confiance en soi, l'empathie et permettrait une meilleure théorie de l'esprit (58, 59, 64).

Par sa fonction régulatrice adaptative sur la réponse au stress via une réduction de la production d'ACTH et de CRH, et donc de cortisol, l'ocytocine a un effet anxiolytique (57, 58, 65).

- Cortisol et réponse au stress

Le cortisol joue un rôle dans le développement neuronal dès les stades précoces de développement (61). Le relargage de cortisol représente une réponse adaptative au stress (33, 65). Des stress fréquents chez l'enfant vont varier la quantité des neurotransmetteurs régulant l'excitabilité de l'axe HPA (axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ou axe corticotrope) (57, 58). On retrouverait ainsi une différence de régulation du cortisol chez les enfants en situation de stress précoce comme les enfants en situation de maltraitance (33), mais sans effet direct du traumatisme infantile sur la réponse au stress (65).

Par ailleurs, les changements de l'activité cardiaque peuvent être utilisés comme une indication de l'activation du système comportemental ou de l'activation émotionnelle en l'absence d'indication du système comportementale (66). Durant des épisodes de séparation avec la mère notamment, on note une

accélération cardiaque chez les enfants quel que soit les styles d'attachement mais de façon plus importante chez les enfants insécurisés.

Ainsi les recherches ont pu mettre en évidence les profils suivants (65, 66, 67) :

- Les sujets ayant un style d'attachement sécurisé présentent un haut niveau d'ocytocine, une activité de l'axe HPA modérée (cortisol salivaire et ACTH plasmatique) et un bas niveau de stress ressenti. Concernant l'activité cardiaque, on retrouve une accélération cardiaque à la séparation avec la mère, et une décélération durant les manipulations d'objet.
- Les sujets ayant un style d'attachement insécurisé évitant présentent une activation importante de l'axe HPA et un haut taux de cortisol salivaire. Concernant l'activité cardiaque, on note une accélération cardiaque en réponse à la séparation, plus élevée comparativement aux enfants sécurisés; et l'absence de décélération cardiaque durant les manipulations d'objet.
- Les sujets ayant un style d'attachement insécurisé anxieux ont des niveaux relativement bas d'ocytocine, présente une activation de l'axe HPA et un taux moyen de stress subjectif ressenti. Concernant l'activité cardiaque, il y a une accélération très importante lors des situations de séparation avec la mère.
- Les sujets ayant un style d'attachement inclassifiable selon Pierrehumbert et ses collègues (65) tendent à présenter une absence de réponse de l'axe HPA et un haut niveau de stress subjectif ressenti. Spangler et Grossman (66) ont étudié les sujets ayant un style d'attachement désorganisé et rapportent une accélération très importante de la fréquence cardiaque lors des situations de séparation avec la mère, ainsi qu'une fréquence cardiaque basse durant les manipulations d'objet.

- Implication du système de récompense

Chambers (61) rappelle le lien entre le système de récompense, composé du système de recherche de nouveauté (médié par le striatum ventral) et le système connaissance déjà acquise (médié par le striatum dorsal); et la recherche du visage de la mère durant les trois premiers mois de vie.

- Génétique et épigénétique

Les études mettent en évidence l'implication de plusieurs gènes dans le système d'attachement, de façon non spécifique. Elles sont en faveur de l'hypothèse d'une vulnérabilité génétique, c'est à dire fortement dépendant de l'environnement de maternage (67, 68). On peut ainsi citer le gène transporteur de l'ocytocine (OXTR) (57), le gène du transporteur de la sérotonine (5-HTT) (68, 69, 70), le gène du récepteur à la dopamine (D1 ou D2), le gène du récepteur aux glucocorticoïdes (55), le gène du récepteur aux opioïdes (chez les primates; 71), le gène BDNF (70), le gène CAD1 impliquée dans la synthèse du GABA (72) ; avec un effet cumulatif de la plasticité du génotype.

Par ailleurs, les changements épigénétiques tels que la méthylation de l'ADN, l'acétylation des histones et l'érosion des télomères seraient des mécanismes influençant l'expression des gènes, influencés par les comportements de *caregiving* (58, 70, 73).

Enfin, le comportement maternel et la réactivité au stress se transmettraient d'une génération à l'autre par les marqueurs épigénétiques et certains comportements (72, 74). En effet, on hérite à la fois des allèles maternels et paternels, qui sont méthylés de façon différente, mais il y aura en plus les méthylations acquises après la naissance en rapport avec l'environnement, avec un caractère réversible de la méthylation (75).

- Rôle de la réponse inflammatoire

Chambers (61) évoque l'hypothèse de l'implication du système inflammatoire. Un style d'attachement insécurisé contribuerait à des changements précoces dans l'axe HPA, entraînant une augmentation des cytokines.

- Quelle implication chez les enfants placés ou maltraités ?

Chez les enfants placés, quelques études ont pu rapporter des différences à la fois dans la structure et dans la fonction neuronale. Cependant il s'agit d'études de faibles puissances et présentant des types d'échantillons différents. De plus, les résultats n'ont pour la plupart, pas été répliqués. Ainsi, Sheridan et ses collaborateurs (76) rapportent une différence concernant la substance blanche corticale, le volume de l'hippocampe, le volume de l'amygdale et le volume du corps calleux antérieur, sans différence retrouvée entre les enfants placés en institution et ceux placés en famille d'accueil. Cela dit, l'implication du système d'attachement dans la structure neuronale n'est pas encore clairement établie. Concernant le fonctionnement neuronal, ces mêmes auteurs rapportent une différence de l'onde alpha sur l'électroencéphalogramme (EEG) avec un effet âge du placement. Zeanah et Gleason (69) retrouvent eux aussi une atypicité de l'EEG, semblant prédire le comportement social indiscriminé. De plus, des différences dans l'activation de l'amygdale ont pu être mises en évidence (61, 69).

De façon similaire, chez les sujets ayant un passé de maltraitance avérée, des différences de structure et de fonction cérébrale ont été mise en évidence. Là encore, il s'agit d'études de faibles puissances, peu ou pas répliquées. Les auteurs (77) rapportent des anomalies structurelles du corps calleux, du néocortex gauche, de l'hippocampe et de l'amygdale ; ainsi que dans le fonctionnement de l'amygdale, du vermis cérébelleux, des anomalies de l'EEG en région fronto-temporale prédominant à gauche. Des phénomènes de méthylations ont pu être repérés au niveau des gènes du récepteurs aux glucocorticoïdes dans le cas des abus sexuels (72), et au niveau du gène FKBP5 régulateur des récepteurs aux glucocorticoïdes mais uniquement pour les allèles dits à haut risque (78). Mehta et ses collègues (79) précisent cependant que les différences dans les méthylations de l'ADN restent globalement inférieures à 5%.

*

Dans les chapitres précédents, nous avons pu préciser la théorie de l'attachement. Nous allons à présent nous intéresser aux troubles de l'attachement. Pour rappel, on ne pourra parler de troubles que

quand le comportement de l'enfant perturbe de façon significative ses capacités à interagir avec les adultes ou ses pairs.

2. Les troubles de l'attachement

Nous allons présenter dans les chapitres suivants les différentes classifications disponibles concernant les troubles de l'attachement. La démarche de classification a plusieurs buts : d'une part, lier les troubles observés chez un individu avec l'état actuel des connaissances scientifiques (étiologie, traitement, pronostic) ; d'autre part, faciliter la communication entre scientifiques et favoriser la recherche. Il est important de souligner que les classifications actuelles résultent de la pensée scientifique des pays occidentaux.

2.1. Classifications internationales : DSM-5 et CIM 10

Zephyr, Monette, Cyr et St-André (49) retracent l'histoire de la classification DSM du trouble de l'attachement.

- C'est en 1980 que le DSM-III définit le trouble réactionnel de l'attachement de la petite enfance, caractérisé par un ensemble de symptômes devant être manifestes avant l'âge de 8 mois, comprenant un manque de réponses sociales, une hyporéactivité physiologique et l'existence d'un retard de croissance, dans un contexte d'absence de soins normatifs.
- Le DSM-III-R définit le trouble réactionnel de l'attachement de la petite enfance et de l'enfance, repoussant le critère d'âge à 5 ans et précisant deux sous types, inhibé et désinhibé. Le retard de croissance n'est alors plus pris en compte dans le diagnostic.
- Le DSM-IV (1994) puis le DSM-IV-TR (2000) n'apportent pas de modification aux critères diagnostiques. C'est à la même période que le trouble de l'attachement sera défini dans la CIM-10, ainsi que dans la classification DC:0-3R que nous préciserons dans un second temps (chapitre 2.2. Autres classifications). Nous allons préciser les critères DSM-IV-TR qui sont ceux utilisés dans la plupart des études citées. Le trouble réactionnel de l'attachement était alors classé dans la catégorie des Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence.

Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance (codage CIM-10 associé : F94.x)

A. Mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge de 5 ans, comme en témoignent les manifestations (1) ou (2):

(1) incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade du développement, qui se traduit par des

réponses excessivement inhibées, hypervigilantes, ou nettement ambivalentes et contradictoires (p. ex., l'enfant se comporte vis-à-vis des personnes qui prennent soin de lui en alternant tentatives d'approche, réactions de fuite et refus de se laisser consoler, parfois il montre une « vigilance glacée »)

(2) liens d'attachement diffus, qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une incapacité marquée à faire preuve d'attachements sélectifs (p. ex., familiarité excessive avec des étrangers ou absence de sélectivité dans le choix des figures d'attachement)

B. La perturbation décrite dans le critère A n'est pas uniquement imputable à un retard du développement (comme dans le Retard mental) et ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement.

C. Carence de soins adaptés, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

(1) négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation ou l'affection

(2) négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l'enfant

(3) changements répétés des personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (p. ex., changements fréquents de nourrice ou de parents adoptifs)

D. On présume que la carence de soins décrite dans le critère C est responsable de la perturbation du comportement décrite dans le critère A (p. ex., la perturbation décrite en A a débuté à la suite de la carence de soins décrite en C).

Spécifier le type :

F94.1 Type inhibé : si le critère A1 prédomine dans le tableau clinique.

F94.2 Type désinhibé : si le critère A2 prédomine dans le tableau clinique.

- Enfin, le DSM-5 (2015) apporte des modifications dans la classification des troubles de l'attachement (1) et définit ainsi : le Trouble Réactionnel de l'attachement (TRA, associé par plusieurs auteurs au Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance, sous-type inhibé) et le trouble Désinhibition du contact social (TDCS, associé par plusieurs auteurs au Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance, sous-type désinhibé), tous deux classés dans la catégorie des Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.

◆ *Trouble réactionnel de l'attachement*

Les critères diagnostiques retenus par le DSM-5 sont les suivants :

- A. Mode relationnel durable vis-à-vis des adultes qui prennent soins de l'enfant, caractérisé par un comportement inhibé et un retrait émotionnel, comme en témoignent les deux éléments suivants :
1. L'enfant cherche rarement ou imperceptiblement le réconfort quand il est en détresse.
 2. L'enfant répond rarement ou imperceptiblement au réconfort quand il est en détresse.

- B. Perturbation sociale et émotionnelle persistante caractérisée par au moins deux des éléments suivants:
1. Diminution de la réactivité sociale et émotionnelle à autrui.
 2. Affects positifs restreints.
 3. Épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse ou de craintes qui sont évidents même lors d'interactions non menaçantes avec les adultes qui prennent soin de l'enfant.
- C. L'enfant a vécu des formes extrêmes d'insuffisance de soins comme en témoigne au moins un des éléments suivants:
1. Négligence ou privation sociale caractérisée par une carence chronique des besoins émotionnels élémentaires concernant le réconfort, la stimulation et l'affection de la part des adultes prenant soin de l'enfant.
 2. Changements répétés des personnes qui s'occupent principalement de l'enfant, limitant les possibilités d'établir des attachements stables (p. ex. changements fréquents de famille d'accueil).
 3. Éducation dans des conditions inhabituelles qui limitent sévèrement les possibilités d'établir des attachements sélectifs (p. ex. institutions comprenant un nombre élevée d'enfants par rapport au nombre d'adultes).
- D. Le manque de soins décrit dans le critère C est considéré comme étant à l'origine des comportements perturbés décrits dans le critère A (p. ex. les perturbations décrites dans le critère A ont débutés après le manque de soins adéquats décrits dans le critère C).
- E. Les critères ne répondent pas à un trouble du spectre de l'autisme.
- F. Le trouble est évident avant l'âge de 5 ans.
- G. L'âge de développement de l'enfant est d'au moins 9 mois.

Spécifier si :

Chronique : le trouble est présent depuis plus de 12 mois.

Spécifier la sévérité actuelle :

Le trouble réactionnel de l'attachement est spécifié **grave** quand l'enfant présente tous les symptômes du trouble, chaque symptôme s'exprimant à des niveaux relativement élevés.

Le DSM-5 précise par ailleurs que le trouble réactionnel de l'attachement ainsi défini concerne des enfants ayant bien la capacité d'établir des liens d'attachement sélectifs mais étant incapables d'en manifester les comportements du fait du manque d'occasions d'établir de tels liens durant la période de développement précoce. Cliniquement, le trouble est donc caractérisé par un ensemble de comportements d'attachement gravement perturbés. Les capacités d'interaction du jeune enfant avec les adultes ou les pairs sont alors fortement altérés et sont associées à des incapacités fonctionnelles dans de nombreux domaines. Du fait de l'absence d'un consensus sur la possibilité de développer un tel trouble après l'âge de 5 ans et de peu de données cliniques, il est conseillé de porter ce diagnostic avec

prudence chez les enfants plus âgés. Par rapport au trouble Désinhibition du contact social, le pronostic semble être plus favorable avec une évolution dépendante d'un système de soins adapté.

Trois diagnostics différentiels sont retenus : le trouble du spectre de l'autisme, le trouble du développement intellectuel et les troubles dépressifs. Cependant, Zephyr et ses collaborateurs (49) retiennent le trouble du spectre de l'autisme, le trouble anxieux et le trouble de régulation sévère.

Ces critères sont associés au code de la CIM-10 F94.1 que nous développerons plus bas.

◆ *Désinhibition du contact social*

Les critères diagnostiques retenus par le DSM-5 sont les suivants :

- A. Mode relationnel avec lequel un enfant s'approche activement et interagit avec des adultes inconnus et présente au moins deux des éléments suivants:
1. Réticence réduite ou absence de réticence dans l'approche ou l'interaction avec des adultes peu familiers.
 2. Comportement verbal ou physique excessivement familier (qui n'est pas en accord avec les limites sociales culturellement admises ou avec l'âge).
 3. Ne demande pas ou guère l'accord d'un adulte qui prend soin de lui avant de s'aventurer au loin, même dans des lieux inconnus.
 4. Accepte de partir avec un adulte peu familier avec un minimum d'hésitation ou sans aucune hésitation.
- B. Les comportements du critère A ne se limitent pas à une impulsivité (comme dans le déficit de l'attention/hyperactivité) mais incluent un comportement socialement désinhibé.
- C. L'enfant a vécu des formes extrêmes de carence de soins comme en témoigne au moins un des éléments suivants:
1. Négligence sociale ou privation dans le sens d'une carence chronique des besoins émotionnels élémentaires concernant le réconfort, la stimulation et l'affection de la part des adultes prenant soin de l'enfant.
 2. Changements répétés des personnes qui s'occupent principalement de l'enfant, limitant les possibilités d'établir un attachement stable (p. ex. changements fréquents de famille d'accueil).
 3. Éducation dans des conditions inhabituelles qui limitent sévèrement les possibilités d'établir des attachements sélectifs (p. ex. institutions comprenant un nombre élevée d'enfants par rapport au nombre d'adultes).
- D. Le manque de soins décrits dans le critère C est considéré comme étant à l'origine des comportements perturbés décrits dans le critère A (p. ex. les perturbations du critère A ont débuté après le mode de soins pathogène décrit dans le critère C).
- E. L'âge de développement de l'enfant est d'au moins 9 mois.

Spécifier si :

Chronique : le trouble est présent depuis plus de 12 mois.

Spécifier la sévérité actuelle :

La désinhibition du contact social est spécifiée comme **grave** quand l'enfant présente tous les symptômes du trouble, chaque symptôme s'exprimant à des niveaux relativement élevés.

Le DSM-5 précise par ailleurs que ce trouble a été décrit de la deuxième année de vie jusqu'à l'adolescence, et qu'il n'a pas été décrit chez les adultes, bien que l'âge ne soit pas précisé dans les critères. Les capacités d'interactions avec les adultes et les pairs sont perturbées. Il est ainsi repéré dans la petite enfance des comportements concernant les relations aux adultes visant à attirer l'attention ; puis entre 7 et 12 ans, une hyperfamiliarité verbale et physique et une inauthenticité dans l'expression des émotions. A l'adolescence, ce sont les relations entre pairs qui sont les plus affectés avec des comportements sociaux non discriminés et des conflits manifestes. Par ailleurs, les études suggèrent qu'il y aurait une période du développement plus sensible concernant le développement du TDCS (entre 6 mois et 2 ans), contrairement au TRA (49, 87).

Un seul diagnostic différentiel est retenu : le déficit de l'attention/hyperactivité. Cependant, Gleason *et al.* (11) ainsi que Zeanah et Gleason (72) précisent que les enfants souffrant d'un syndrome de Williams (anomalies du chromosome 7) peuvent présenter des comportements similaires.

Ces critères sont associés au code de la CIM-10 F94.2 que nous développerons plus bas.

Ces deux troubles présentent plusieurs critères communs. Il s'agit d'un ensemble de comportements concernant la relation à l'adulte en premier lieu, décrits chez les enfants, et altérant de façon significative les capacités d'interaction avec les pairs et les adultes. Ils sont induits par des situations de carence en soins sévères, et de ce fait sont classés dans les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.

Cependant, plusieurs points restent ouverts à la discussion.

- Il n'est pas précisé si ces difficultés dans les interactions concernent toutes les relations de l'enfant avec les adultes ou les pairs, ou bien si ce dernier pourra développer des relations jugées non pathologiques avec certaines personnes.
- Le trouble de l'attachement n'est pas décrit dans le DSM à l'âge adulte, bien que le système d'attachement soit actif tout au long de la vie.
- Le diagnostic Désinhibition du contact social est-il à considérer comme un trouble de l'attachement ou bien comme un trouble du fonctionnement social ? Comme le précisent Zephyr *et al.* (49) et Zeanah *et al.* (69), le DSM-5 ne considère plus les comportements de sociabilité indifférenciée comme un critère de trouble de l'attachement bien qu'il s'agisse d'interaction avec des adultes peu familiers. En effet, le trouble Désinhibition du contact social représente un manque de frontières dans les relations interpersonnelles de façon générale. La désinhibition concerne le comportement de l'enfant envers l'adulte étranger, et non pas le comportement d'attachement envers sa figure de soins. Pour ces auteurs, les études montrent que des

comportements d' « attachement indiscriminé » ou de « sociabilité indifférenciée » peuvent persister malgré l'instauration d'un lien d'attachement sécurisé avec une figure d'attachement secondaire. La construction d'un comportement social indifférencié se distinguerait donc de celui de l'attachement. Zeanah *et al.* (69) précisent dans une étude sur une population d'enfants de 42 mois placés en institution, que contrairement aux données sur le Trouble réactionnel de l'attachement, les enfants avec Désinhibition du contact social pouvaient présenter, ou pas, un attachement sélectif à un *caregiver*, quel que soit le type. Ces éléments expliquent sans doute pourquoi les critères « liens d'attachement diffus » et « incapacité marquée à faire preuve d'attachements sélectifs » ont été retirés, et classeraient ainsi plutôt ce trouble comme un trouble du comportement social plutôt que comme un trouble de l'attachement. Au contraire, pour Lyons-Ruth *et al.* (87), le fait que le trouble Désinhibition du comportement social varie selon la qualité des soins offerts d'une part, et qu'un enfant puisse présenter des comportements cliniquement sécurisés avec une figure de soins mais aussi avec un adulte non familial d'autre part, impliquent que ce trouble est bien un trouble de l'attachement.

- Le Trouble de l'attachement fait-il parti d'un continuum avec le système d'attachement tel que Attachement sécurisé > Attachement insécurisé > Attachement désorganisé > Trouble de l'attachement ; ou bien sont-ils deux notions totalement indépendantes ? Zephyr *et al.* (49), par exemple, se positionne contre un tel continuum, rappelant que le Trouble réactionnel de l'attachement et le trouble désinhibition du contact social sont des diagnostics posés sur l'enfant, alors que la classification des relations d'attachement concerne une relation donc deux individus. Zeanah et ses collaborateurs (69, 88) ont pu réaliser une étude sur des enfants âgés de 11 à 31 mois, placés en institution. Parmi les enfants présentant un haut score en faveur d'un Trouble réactionnel de l'attachement, 23% présentaient un comportement d'attachement de type sécurisé avec leur *caregiver* préférentiel, 5% un attachement de type évitant, 53% un attachement de type désorganisé, et 22% étaient inclassifiables. Aucune relation entre l'organisation de l'attachement et les signes cliniques de Trouble réactionnel de l'attachement n'avait été retrouvée. Par ailleurs, l'attachement de type désorganisé est souvent associé à la psychopathologie de l'enfant, du fait de leur absence de stratégie d'approche cohérente dans la relation. Les attachements de type insécurisé représenteraient donc plutôt des facteurs de risque dans le développement de difficultés d'adaptation ou de troubles psychopathologiques tels que le Trouble réactionnel de l'attachement ou le trouble Désinhibition du contact social. Bien que beaucoup des enfants maltraités et/ou des enfants placés en institution semblent présenter des attachements de type insécurisé ou désorganisé, tous ne développent pas de trouble de l'attachement, posant alors la question supplémentaire de la vulnérabilité clinique de chacun.

Le DSM-5 définit également des problèmes relationnels, pouvant faire l'objet d'un examen clinique, intéressant à relever dans le cadre de l'évaluation qui nous intéresse. Il les classe dans les « problèmes liés à l'éducation familiale ».

◆ *Problème relationnel parent-enfant* : (codage CIM-10 associé : Z62.820)

Il s'agit d'une altération du comportement dans les domaines comportementaux (« inadéquation du contrôle, de la supervision et de l'implication parentales, la surprotection parentale, la pression parentale excessive, les disputes »), cognitifs (« attribuer des intentions négatives à autrui, hostilité envers l'adulte ou le fait de faire de l'autre un bouc-émissaire, et les sentiments injustifiés de mise à distance ») ou affectifs (« sentiments de tristesse, d'apathie ou de colère envers l'autre personne dans la relation ») entre l'adulte exerçant un rôle parental et l'enfant. Le diagnostic est à évoquer quand le motif principal de l'examen clinique concerne la qualité de la relation ou lorsque la qualité de la relation affecte l'évolution, le pronostic ou le traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale.

◆ *Problème relationnel dans la fratrie* : (codage CIM-10 associé : Z62.891)

Le diagnostic est à évoquer chez un enfant ou un adulte quand le motif principal de l'examen clinique concerne la qualité de la relation au sein de la fratrie au sens large (fratrie biologique, famille recomposée, fratrie par adoption ou fratrie par placement au sein d'une même famille d'accueil) ou lorsque la qualité de la relation affecte l'évolution, le pronostic ou le traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale.

◆ *Éducation à distance des parents* : (codage CIM-10 associé : Z62.29)

Le diagnostic est à évoquer chez un enfant quand le motif principal de l'examen clinique concerne des problèmes chez un enfant qui est élevé à distance de ses parents (enfant confié à un proche ou placé) ou quand cette éducation affecte l'évolution, le pronostic ou le traitement d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale.

◆ *Enfant affecté par la souffrance relationnel chez les parents* : (codage CIM-10 associé : Z62.898)

Le diagnostic est à évoquer quand le motif principal de l'examen clinique concerne les effets négatifs de la mésentente parentale (p. ex. niveau élevé des conflits, détresse ou dénigrement), y compris les effets sur les troubles mentaux ou médicaux de l'enfant.

La CIM-10, utilisée le plus souvent pour le codage, n'est pas superposable aux diagnostics du DSM-5. La CIM-11, qui rentrera en vigueur au 1^{er} janvier 2022, ne prévoit pas, à notre connaissance, de modification concernant le codage du trouble de l'attachement. La CIM-10 décrit dans les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, les troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence (F94).

◆ *F 94.1 Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance*

Trouble apparaissant au cours des cinq premières années de la vie, caractérisé par la présence d'anomalies persistantes du mode de relations sociales de l'enfant, associées à des perturbations

émotionnelles et se manifestant à l'occasion de changements dans l'environnement (par exemple par une inquiétude et une hypervigilance, une réduction des interactions sociales avec les autres enfants, une auto-agressivité ou une hétéroagressivité, une tristesse, et, dans certains cas, un retard de croissance). La survenue du syndrome est probablement liée directement à une carence évidente, à des abus ou à des mauvais traitements de la part des parents.

Utiliser, au besoin, un code supplémentaire, pour identifier un retard de développement ou de croissance associé.

À l'exclusion de :

séviesses sexuels ou physiques infligés à un enfant, entraînant des problèmes psychosociaux (Z61.4-Z61.6)

syndrome d'Asperger (F84.5)

syndromes dus à de mauvais traitements (T74.-)

trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2)

variation normale du mode d'attachement sélectif

◆ *F94.2 Trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition*

Trouble caractérisé par un mode particulier de fonctionnement social anormal, apparaissant durant les cinq premières années de la vie, persistant habituellement en dépit de modifications importantes de l'environnement. Exemples : conduites d'attachement généralisé et non sélectif, demandes d'affection et sociabilité non discriminatives, interactions peu différenciées avec les autres enfants. Des perturbations émotionnelles et d'autres troubles du comportement peuvent enfin être associés, variables selon les circonstances.

Psychopathie de privation affective

Syndrome institutionnel

À l'exclusion de :

hospitalisme chez l'enfant (F43.2)

syndrome d'Asperger (F84.5)

trouble(s) :

- hyperkinétiques (F90.-)
- réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1).

2.2. Autres classifications

Classification des « troubles de l'attachement » selon Zeanah et collaborateurs (33, 88)

Trois grandes catégories de troubles de l'attachement sont ainsi proposés.

◆ *Les Troubles de distorsion de la base de sécurité*

Il surviendrait dans des conditions environnementales dites classiques, sans notion de placement de l'enfant ou de maltraitance sévère rapportés de façon spécifique. La relation d'attachement est très altérée avec le parent. On distingue quatre sous-catégories :

- *Le trouble de l'attachement avec mise en danger* : l'enfant ne vérifie pas la présence et la proximité de sa figure d'attachement quand il s'éloigne, ses activités en deviennent dangereuses. Des violences familiales sont souvent associées.

- *Le trouble de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée* : dans certaines situations seulement, le système exploratoire est inhibé. C'est parce que cette inhibition survient de façon spécifique qu'elle peut être différenciée du tempérament de l'enfant.

- *Le trouble de l'attachement avec vigilance et compliance excessive* : il s'agit d'une catégorie qui se rapproche au niveau comportemental de l'attachement de type désorganisé. L'enfant présente une hypervigilance, une compliance exagérée, est restreint au niveau de l'expression émotionnelle. Zeanah situe ainsi l'attachement désorganisé entre l'attachement de type insécure et le trouble de distorsion de la base de sécurité de type trouble de l'attachement avec vigilance et compliance excessive.

- *Le trouble de l'attachement avec renversement des rôles* : l'enfant présente un comportement de contrôle envers son parent, soit de façon punitive, soit avec une sollicitude excessive.

Un seul diagnostic différentiel est retenu par Guédény (33) : le trouble de la relation.

◆ *Le Trouble de la rupture du lien d'attachement*

Il s'agit d'une catégorie de trouble apparaissant dans un contexte de rupture de lien d'attachement tel que les pertes et les deuils des figures d'attachement.

◆ *Les Troubles réactionnels de l'attachement ou troubles de l'absence d'attachement*

Il s'agit de troubles associés à des conditions environnementales particulières telles que les carences en soins sévères, le rapprochant ainsi des catégories diagnostiques décrites dans le DSM-IV ou la CIM-10, avec deux sous catégories, inhibé et désinhibé.

Il est intéressant de noter que pour Zeanah et ses collaborateurs, les troubles de l'attachement sont organisés en continuum : la pathologie commence avec les troubles de la distorsion de la base de sécurité ; se poursuit avec le trouble de la rupture du lien d'attachement ; puis se termine par ses formes les moins fréquentes et les plus sévères, les troubles de l'absence d'attachement.

Classification diagnostique 0 à 3 ans (CD : 0-3, 1994 ; version révisée 2005)

La classification diagnostique 0-3 ans expose plusieurs catégories en lien avec les modalités d'attachement de l'enfant (89, 90).

◆ *Le Trouble réactionnel aux situations de Carence ou de maltraitance (150)*

Intitulé *Trouble de l'Attachement Réactionnel aux Situations de Carence ou de Maltraitance* dans sa première version, la version révisée souhaitait séparer le trouble réactionnel d'une part, et les patterns d'attachement d'autre part. L'indication de la qualité de la relation est alors pris en compte dans l'axe II de la classification. Il s'agit d'un trouble classé dans l'axe I - Troubles cliniques – Troubles liés à la privation/mauvais traitements. L'enfant n'a pas la possibilité d'établir un lien d'attachement du fait de l'absence de son *caregiver*, de négligences sévères, ou de changement de *caregiver*.

1) *En retrait émotionnel ou inhibé :*

L'enfant adresse un minimum de comportements d'attachement aux adultes qui s'occupent de lui.

L'établissement de ce diagnostic implique la présence de trois des comportements suivants :

- a) Recherche rarement ou de manière minimale le réconfort lorsqu'il est perturbé.
- b) Réagit peu au réconfort offert pour essayer de diminuer sa détresse.
- c) Expression d'affects positifs limitée et niveau excessif d'irritabilité, de tristesse ou de peur.
- d) Réciprocité émotionnelle et sociale absente ou réduite (par exemple une réduction dans le partage des affects, dans les conduites dites de référence sociale, la prise de tour ou les contacts oculaires).

2) *Indiscriminé ou désinhibé :*

L'enfant met en œuvre des comportements d'attachement de manière indifférenciée.

L'établissement de ce diagnostic requiert la présence de deux des comportements suivants :

- a) Comportement excessivement familier et manque ou absence de méfiance envers les adultes inconnus.
- b) Même dans les contextes non familiaux, l'enfant ne s'assure pas de la présence des adultes qui s'occupent de lui lorsqu'il explore l'environnement.
- c) L'enfant peut accepter de partir avec des adultes inconnus sans hésitation ou avec une hésitation minimale.

3) *Trouble mixte :*

Son diagnostic requiert que deux critères de chacune des sous catégories précédentes soient remplis.

Avant d'établir un diagnostic de Trouble Réactionnel aux situations de carence ou de maltraitance, le clinicien devrait s'assurer que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Trouble Envahissant du Développement. Il s'agit d'une condition nécessaire.

◆ *Axe II : Classification des relations*

L'axe II permet de qualifier les difficultés relationnelles entre l'enfant et un donneur de soins. Elle utilise deux outils.

- La *Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS)* permet, selon le score obtenu, d'évaluer la relation.

81 – 100 Relation adaptée.

La relation est harmonieuse et contribue au développement de l'enfant.

41 – 80 Présence de certaines propriétés d'une relation pathologique (indiquant qu'une intervention à visée thérapeutique pourrait être bénéfique).

La relation est dite « perturbée » de 61 à 80, il existe des difficultés transitoires mais la dynamique relationnelle n'est pas menacée. La relation est dite « altérée » de 41 à 60, les difficultés sont plus profondes et persistantes.

0 – 40 Relation pathologique.

On parle alors de trouble de la relation.

- La *Relational Problem Checklist* (RPCL) permet d'évaluer les caractéristiques relationnelles : relationnelles »: Sur-impliquée ; sous-impliquée ; anxieuse/tendue ; irritée/hostile ; abusive ; abusive verbalement ; abusive physiquement ; abusive sexuellement. Elle permet également d'appréhender la relation à travers trois dimensions : les interactions comportementales, la tonalité affective et l'implication psychologique (proche des MIO dans sa définition).

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA, 1988 ; dernière version révisée 2015)

Cette classification ne présente pas à notre connaissance de catégories spécifiques de trouble de l'attachement. On peut cependant retrouver dans l'axe I bébé (0 à 3 ans), en complément de l'axe I général intitulé « catégories cliniques », la catégorie « B6 - Distorsion du lien » (Source : CFTMEA, version révisée 2000) :

On ne peut pas décrire, dans l'absolu, une qualité du lien qui serait dite normale. Seuls comptent en fait les aspects dynamiques, ouverts et créatifs du lien parent-enfant et notamment du lien mère-enfant dont il importe ainsi de prendre en compte de nombreuses possibilités de variations de la normale.

Les distorsions du lien implique l'idée qu'une modalité particulière du lien devient prévalente, répétitive et monotone, imprégnant la relation adulte-enfant de telle sorte que celle-ci se fige en perdant alors tout degré de souplesse et de liberté.

On *inclura* pour l'instant les rubriques suivantes :

- contrôle intrusif
- relation adhésive
- troubles de la régulation (hypersensible, sous-réactive, impulsive, autre)
- relation chaotique (désorganisée, inclassable).

Autres classifications

D'autres auteurs ont pu proposer de façon anecdotique d'autres types de classifications des troubles de l'attachement.

En 2004, St Antoine et Rainville (91) proposent une troisième catégorie diagnostique en plus de celle du DSM-IV. Ils décrivent ainsi :

- Le type 1 : le trouble de l'attachement avec retrait ou trouble réactionnel de l'attachement de type inhibé (du DSM-IV). L'enfant est décrit comme triste, passif, en retrait. Il ne demande pas d'aide, voire peut avoir une présentation parentifiée. Il présente une forte hostilité, une méfiance voire un sentiment de persécution et des automutilations. Il est également décrit des retards dans une ou plusieurs sphères de développement, un retard ou un arrêt de croissance dans la petite enfance. Il s'agit cependant de type avec le meilleur pronostic.
- Le type 2 : le trouble de l'attachement avec sociabilité indifférenciée ou trouble réactionnel de l'attachement de type désinhibé (du DSM-IV). L'enfant se lie facilement, reste en position infantile bien qu'il soit dans le contrôle de la relation. Les adultes sont facilement interchangeables, l'enfant recherche l'exclusivité, il peut être intrusif et agressif.
- Le type 3 : le trouble de l'attachement avec sociabilité indifférenciée et perversion du lien ou les désinhibés pervers. Avec l'adulte présent, il cherche le contact physique, s'accroche, bouge et touche, parle beaucoup. Il ne tolère pas la distance, la limite ou la frustration. Tout changement provoque une désorganisation. Il ne garde pas de lien avec l'adulte absent.

Enfin, en 1983, Justin Call propose une classification basée sur la séparation et l'attachement et distingue dix catégories linéaires : les réponses saines, les troubles réactionnels, les troubles du développement sans anomalies somatiques, les troubles psychophysiologiques, les désordres de l'attachement, la perturbation des relations parents-enfants, les troubles du comportement, les facteurs étiologiques d'environnement, les troubles génétiques et les troubles de la communication.

*

Comme nous l'avons vu, définir et catégoriser les troubles de l'attachement n'est pas chose aisée et ce trouble ne semble pas pouvoir être défini au sein d'une seule catégorie diagnostique (33). De plus, les études n'utilisant pas toujours le même système de classification, leurs résultats en sont difficilement généralisables.

2.3. Les facteurs de risque et les comorbidités

Nous basant sur les catégories des troubles de l'attachement du DSM-5, seul un facteur de risque est retenu : la négligence sociale sévère, facteur de risque environnemental.

Plusieurs co-morbidités ont pu être identifiées (DSM-5, 2015) (1) :

- Concernant le Trouble réactionnel de l'attachement : les retards de développement (notamment dans les domaines cognitif et langagier), les stéréotypies et les signes physiques retrouvés dans le cas de négligences sévères (signes de malnutrition, signes de manques de soins physiques). Zephyr *et al.* (49) comme beaucoup d'autres auteurs, rajoutent à cette première liste des troubles du comportement internalisés ou externalisés tels que l'agressivité, la faible capacité de

régulation des émotions, le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble explosif intermittent, des symptômes dépressifs, le trouble oppositionnel avec provocation.

- Concernant le trouble Désinhibition du contact social : les retards de développement (notamment dans les domaines cognitif et langagier), les stéréotypies et les signes physiques retrouvés dans le cas de négligences sévères (signes de malnutrition, signes de manques de soins physiques), le Trouble Déficit de l'attention/hyperactivité. Zephyr *et al.* (49) rapportent également des troubles du comportement comme l'impulsivité isolée.

Par ailleurs et de façon plus générale, concernant les enfants maltraités qui peuvent être concernés par la situation de carence décrite dans les troubles de l'attachement du DSM-5, d'autres facteurs de risque ont pu être retenus dans le rapport de la Haute Autorité de Santé datant d'octobre 2014:

- Les facteurs de risque liés à l'enfant : le jeune âge, le genre, la prématurité, les troubles du comportement et de la conduite.
- Les facteurs de risque liés aux parents : le jeune âge de la mère, les antécédents personnels de violence dans l'enfance, l'isolement social, le niveau socio-économique faible.
- Le faible investissement affectif de l'enfant (retrouvé dans des situations de prématurité, d'hospitalisation en période néonatale, de dépression du post-partum).

2.4. Épidémiologie

Les différents documents et études ne semblent pas s'accorder sur la prévalence des troubles de l'attachement. De plus, les études de prévalence datant d'une année antérieure à 2015 se basait sur les critères DSM-IV-TR ou CIM-10, rendant difficilement comparable les résultats avec des études plus récentes. En effet, de façon générale, la prévalence du taux de TRA (DSM-IV) est estimée entre 0,9 et 2,37% que ce soit en population générale ou en population plus défavorisée jugée à haut risque. Le DSM-5 rapporte des taux de prévalence plus haut, mais précise que la population est celle d'enfants à haut risque ou ayant subi une négligence sévère. En population d'enfants placés en institution ou en famille d'accueil, les taux de prévalence varient de 1,6 à 38% selon les études, avec un taux plus important de TRA de type désinhibé (DSM-IV), quand les deux sous types sont distingués.

En effet, le DSM-5 (1) rapporte des prévalences inconnues pour le Trouble réactionnel de l'attachement ainsi que pour le trouble Désinhibition du contact social. Il précise que le Trouble réactionnel de l'attachement est rarement rencontré en pratique clinique, restant peu fréquent, survenant chez moins de 10% des enfants ayant souffert de négligences graves. Le trouble Désinhibition du contact social semble également rarement observé en pratique clinique, survenant chez environ 20% des enfants dits à haut risque.

En 2012, Tobin (92) rapporte une prévalence de TRA (DSM-IV) de 1% en population générale de moins de 5 ans.

Minnis et ses collaborateurs (93) rappellent dans un premier temps que le TRA (DSM-IV) avait été initialement décrit comme très rare par Skygaard avec une prévalence estimée à 0,9% en population générale à 1,5 ans, mais une prévalence restant inconnue plus tard dans l'enfance. Sur une population de 1646 enfants anglais jugé à haut risque, âgé de 6 à 8 ans, les auteurs retrouvent une prévalence du TRA (DSM-IV) de 1,4 %, et de 2,37% quand les enfants ayant un diagnostic jugé peu clair (enfants ayant à la fois des critères diagnostics des troubles borderline et TRA) sont pris en compte. Parmi les enfants ayant un diagnostic retenu de TRA ou un diagnostic douteux, on retrouvait que 45,5% d'entre eux étaient placés en famille d'accueil et 54,5% vivaient avec leur famille biologique. Tous excepté un avaient une histoire avérée ou suspectée de maltraitance. Parmi les 13 enfants ayant un diagnostic retenu de TRA de façon claire, un avait reçu le diagnostic de TRA de type inhibé, 12 le diagnostic de type TRA désinhibé. Tous présentaient au moins un diagnostic co-morbide (évalué par DAWBA) : 54% TDAH, 23% TOP, 31% troubles des conduites, 15% PTSD, 15% TSA, 31% phobie spécifique et 8% tic. Bien que ces chiffres ne soient pas généralisables, ils posent la question de l'importance de l'évaluation des comorbidités de façon systématique.

Concernant les enfants placés, Meltzer, Gatward, Goodman et Ford (94) ont évalué 523 enfants pris en charge en famille d'accueil en Angleterre. Prenant en compte une définition stricte CIM 10 du TRA de type inhibé ou désinhibé (au moins 3 des 5 critères CIM-10, dont au moins 4 critères rapportés par au moins les parents ou le professeur, par chaque sous type), ils retrouvent une prévalence estimée à 2,5% les deux sous types confondus. Prenant en compte une définition plus large du TRA (au moins 4 critères les deux sous types confondus), la prévalence estimée est alors de 20,2%. Concernant une population de 1039 enfants ayant des caractéristiques similaires mais pour lesquels des données d'évaluation étaient manquantes, 44,8% des enfants présentaient un trouble psychiatrique autre que le trouble de l'attachement, et de 44,9% à 47,4% (en fonction de la définition du trouble de l'attachement retenue) présentaient un trouble psychiatrique tout trouble confondu. Gleason *et al.* (11) ont pu eux aussi étudiés des enfants placés (de 122 à 130 enfants en fonction des âges d'évaluation), en Roumanie, en institution (86%) ou en famille d'accueil. Avec une stabilité globale dans le temps des TRA pour les deux sous types, ils retrouvaient des taux variant de 1,6 à 4,6% en fonction de l'âge pour le sous type inhibé, et de 17,6 à 31,8% pour le sous type désinhibé. Ils ne retrouvaient pas d'association entre les taux de troubles de l'attachement et la durée de prise en charge en institution. Par ailleurs, ils ne rapportaient pas de lien statistique entre les deux sous types diagnostic. Ils précisaient par contre un lien modérément significatif entre les signes de TRA type désinhibé et la sécurité de l'attachement uniquement à 42 mois de vie sur les 22 enfants pour lesquels le diagnostic avait été retenu : 9% présentent un attachement de type sécurisé, 18,2% évitant, 4,5% ambivalent, 13,6% désorganisé et 54,6% présentent un attachement de type insécurisé « autre ». Enfin, l'AACAP (9) rappelle un taux de

38% de TRA pour des enfants placés en famille d'accueil pour maltraitance ou négligence avant l'âge de 4 ans.

Les différents résultats de prévalence amènent donc plusieurs remarques.

- Les études de prévalence menées ne concernent pas les mêmes populations d'enfants (en population générale, à « haut risque », placés en institution et/ou en famille d'accueil), ni les mêmes contextes culturels (des contextes politiques, des niveaux socio-économiques, des causes de placement et des prises en charges différents) ; et n'utilisent pas les mêmes outils ni les mêmes critères diagnostics ; autant d'éléments rendant difficile une conclusion sur la question.
- Les études ayant pu prendre en compte les comorbidités psychiatriques autres relèvent un haut taux de comorbidité, là encore du fait des différences d'évaluation, difficilement quantifiable. Par ailleurs, une étude de Meltzer *et al.* (94) rapporte, en Angleterre, un taux proche des 50% de troubles mentaux chez les enfants placés la première année de placement, tous types de placement confondus. Ce taux semblent légèrement diminuer au cours du temps jusqu'à atteindre environ 30 % de troubles mentaux chez les enfants placés après au moins 5 années de placement. Ces résultats posent la question de l'évaluation psychiatrique systématique chez ces enfants (Annexe 1).

*

Dans le prochain chapitre, nous allons nous intéresser au cas plus particulier de l'attachement et des troubles de l'attachement dans le cas des enfants placés.

3. Attachement et troubles de l'attachement dans le cas des enfants placés

3.1. Placement d'enfants : évolution et dispositif actuel en France

Le système de placement en France a évolué au cours du temps en fonction du contexte historique et politique, de l'évolution de la représentation de la famille dans la société (95). De nombreuses modifications de décrets ont eu lieu au cours des deux derniers siècles en faveur de la protection de la santé et de la protection sociale des mineurs, définissant les situations de danger et d'intervention, permettant la mise en place de tutelle, le retrait de l'autorité parentale et la possibilité de placement ; en remplaçant progressivement l'enfant, ses intérêts et ses besoins au centre de la prise en charge.

Bien que les premiers placements d'enfants remontent au 17^{ème} siècle, au sein des congrégations religieuses puis des hospices, principalement pour des raisons économiques, ce n'est qu'en 1811 qu'un décret officialise un dispositif d'abandon. L'assistance publique est alors créée en 1849 suite à de nombreux abus en famille nourricière. En 1874, on voit apparaître une loi relative à la protection des

enfants du premier âge. En juillet 1889, l'état intervient pour la première fois pour la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés. Il peut désormais prononcer la déchéance de l'autorité paternelle quand le tribunal juge que les parents sont incapables d'élever leurs enfants. Son application est un échec. La loi de juillet 1912 sur les tribunaux pour enfants et sur la liberté surveillée permet le placement des enfants d'abord dans le cadre d'infractions commises par le mineur. Les propositions d'action éducative en milieu ouvert, c'est-à-dire le suivi de l'enfant maintenu dans sa famille, se fera à partir de 1945, date de la création de la sécurité sociale et de l'ordonnance sur la Protection Maternelle et Infantile. Bien plus tard, en 2004, date du dernier rapport officiel, on note la création dans chaque département d'un observatoire de protection de l'enfance (96). La loi de mars 2007 réforme la protection de l'enfance, elle permet ainsi l'application de la loi de 2004 et renforce les missions de l'ONED. Enfin, la loi de mars 2016 replace l'enfant au centre de son intervention, insiste sur la protection de l'enfant et la création d'un projet de vie pour chaque enfant, dans un but d'une meilleure cohérence des prises en charge.

Concernant le mode placement, il existe actuellement deux types de placement en France: le placement administratif ou l'accueil provisoire, et le placement judiciaire (97). Ces statuts se distinguent par leur objectif, leurs motifs, l'autorité chargée d'en contrôler l'application, le caractère volontaire ou non de la mesure, l'adhésion des parents. Il concerne des enfants en danger dans leur cadre familial, présentant des carences affectives ou pour lesquels leurs parents nécessitent un soutien de façon transitoire ou permanent. L'objectif principal reste de seconder le parent, son adhésion sera toujours recherchée, et il conservera son autorité parentale et ses droits de visite, sauf décision contraire du juge aux affaires familiales. D'après Guedeney (33 ; p.80), les deux objectifs de la prise en charge de l'enfant, et particulièrement concernant le placement de l'enfant de moins de 5 ans en famille d'accueil, sont de « *mettre l'enfant hors de danger physiquement et répondre aux besoins basiques de protection* » mais aussi « *répondre à ses besoins d'attachement et de développement de son autonomie, ce qui signifie permettre le développement de nouvelles figures d'attachement* ».

L'accueil provisoire est un placement dit administratif. Ce type de placement se fait en lien avec l'autorité parentale et intervient quand l'aide sociale à l'enfance ne peut intervenir en milieu ouvert ou que cette intervention est inefficace. Ce placement est à temps partiel ou complet et est temporaire, jusqu'à un an renouvelable. Si la modalité administrative est un échec, que les parents la refusent ou selon la gravité de la situation, le conseil départemental prévient l'autorité judiciaire. Le placement judiciaire est aussi une mesure temporaire, sa durée est déterminée par le juge des enfants, en général jusqu'à deux ans renouvelables sauf si décision contraire.

Il existe plusieurs types de structures permettant la prise en charge de l'enfant : elles peuvent accueillir à temps partiel ou à temps complet, l'accueil se fait au sein d'un établissement ou en famille d'accueil (98).

- Les maisons d'enfants à caractère social ou MECS : elles accueillent des enfants et jeunes majeurs, pour une durée variable, dans le cadre d'un placement administratif ou judiciaire. Elles permettent aussi un accueil d'urgence des mineurs. Elles sont gérées par des associations ou des organismes privés but non lucratif.
- Les foyers de l'enfance : Les foyers départementaux de l'enfance accueillent des mineurs en situation d'urgence, dans le cadre d'un placement administratif ou judiciaire, avec la mission principale d'évaluation pour une meilleure prise en charge ultérieure. Ils peuvent aussi proposer des prises en charge s'inscrivant dans la durée.
- Les pouponnières à caractère social : Les pouponnières à caractère social sont gérées par le département et gardent jour et nuit les enfants de moins de trois ans accomplis, dans le cadre d'un placement administratif ou judiciaire.
- Les villages d'enfants : Ils accueillent des fratries, dans le cadre d'un placement administratif ou judiciaire, est se composent de quelques maisons, permettant la constitution d'un cadre de vie de type familial de longue durée.
- Les lieux de vie et d'accueil : Il s'agit de structure d'accueil permettant une prise en charge de type familial, dont la famille d'accueil, dans le cadre d'un placement administratif ou judiciaire. Dans le cas particulier de la «famille d'accueil», celle-ci est définie comme *«l'ensemble des personnes résidant au domicile de l'assistante maternelle (maintenant désignée par le terme «assistant familial») agréée pour l'accueil de mineurs à titre permanent»* (99), c'est-à-dire l'assistant(e) maternel(le) formé(e), mais aussi son conjoint, ses enfants et les enfants éventuellement déjà placés. L'assistant familial s'insère dans un dispositif de protection de l'enfance et médico-social. Il héberge contre rémunération à son domicile des jeunes de moins de 21 ans le nécessitant, avec une durée variable. Les conditions d'accueil doivent garantir la sécurité, la santé et l'épanouissement des enfants accueillis à la fois sur le plan physique, intellectuel et affectif. Ils ont un statut particulier auprès de l'enfant accueilli, devant en théorie se dégager *« de toutes connotations parentales à l'égard des enfants accueillis»* (100). Les assistants familiaux ne doivent pas se substituer au parent qui garde ses droits parentaux, ils devront leur demander une autorisation parentale pour chaque acte important tel que les sorties scolaires ou les soins médicaux. Ils doivent s'insérer dans une équipe pluridisciplinaire autour de l'enfant et permettre le maintien du lien et de la collaboration des parents avec le service de placement. Le rôle concret de l'assistant familial et son implication restent difficiles à définir. En effet, pour Zeanah (101), les parents d'accueil peuvent devenir, si les conditions sont réunies, des figures d'attachement, ce qui signifie un engagement émotionnel de la famille d'accueil.

3.2. Population concernée en France

En décembre 2014, en France, 290000 mineurs soit 19.8 ‰ des moins de 18 ans, étaient pris en charge par la protection de l'enfance, ce qui représentait une légère augmentation par rapport aux années

précédentes (Annexe 2 ; 102). Également, 19,3 % des 18-21 ans étaient pris en charge par une prestation jeunes majeurs.

Selon les académies, 2,2 à 10,1 % enfants faisaient l'objet d'une Information préoccupante auprès du conseil général. Le taux de prise en charge en milieu ouvert reste supérieur aux prestations de placement, le rapport entre ces deux types de prise en charge évoluant de façon stable au cours du temps (Annexe 3 ; 102).

A la fin de l'année 2013, des disparités régionales existaient dans les prises en charge : pour trois quarts des départements français, le placement en famille d'accueil était majoritaire ; mais pour un quart des départements, c'est l'hébergement en établissement qui restaient le plus fréquent. De 2007 à 2013, la part des hébergements en MECS (Maisons d'enfants à caractère sociale) augmentait de 4.5%, et les hébergements en foyer à l'enfance diminuait de 13% au niveau national, mais avec des disparités départementales des modes d'hébergement (Annexe 4 ; 102).

Pour évaluer l'attachement chez des enfants placés dans une perspective écologique, il est nécessaire de connaître le type de placement et ses raisons, ainsi que le type d'institution dans lequel l'enfant est pris en charge puisque l'organisation, les intervenants et leurs relations entre eux y seront différents, influençant ainsi la formation d'une nouvelle relation d'attachement (103). Les causes de placement peuvent être divisées en trois catégories, nous renseignant sur les relations antérieures de l'enfant, son contexte de développement, son état d'esprit et son adhésion à la prise en charge ; et nous permettant de prendre en compte des facteurs plus graves comme des antécédents de maltraitance intervenant dans la constitution d'une nouvelle relation.

- Le cas des parents nécessitant un soutien : il peut s'agir d'un divorce, de conflits entre parents, d'un décès ou d'une hospitalisation d'un des deux parents, d'une affection somatique ou psychique du parent ou de l'enfant rendant difficile de façon transitoire le maintien à domicile de l'enfant.
- Le cas des enfants présentant des carences affectives : citons la négligence, mais aussi l'incapacité des parents à instaurer une relation de soins et affective du fait d'un trouble chez le parent.
- Le cas des enfants en danger dans leur cadre familial : par exemple, la maltraitance ou les abus physiques dont sexuels, ou psychologiques, la présence répétée de toxiques.

Concernant les cas de maltraitance, un rapport de la Haute Autorité de Santé datant de 2014 (104) rapporte une fréquence non connue en France. Avant 2007, 19 000 enfants étaient signalés comme maltraités dont 6 300 (33 %) pour des violences physiques, 4 300 (23 %) pour des violences à caractère sexuel, 5 000 (26 %) pour négligence lourde et 3 400 (18 %) pour des violences psychologiques ; 79 000 enfants étaient signalés en risque de danger. Ce rapport précise également les données retenues par l'Organisation Mondiale de la Santé pour la zone Europe concernant les prévalences de maltraitance infantile, basées sur une revue de littérature systématique des différentes revues européennes : des

maltraitements physiques pour 22,9 % pour les filles et les garçons, sexuelles pour 13,4 % des filles, et 5,7 % des garçons, et psychologiques pour 29,1% des enfants. Plus de 80% des mauvais traitements seraient infligés par les parents ; la maltraitance de type sexuelle pourrait, quant à elle, en plus être le fait de connaissance ou d'un autre membre de la famille.

3.3. Relation d'attachement dans le cas des enfants placés

Les premières études réalisées sur des enfants en situation de privation de soins précoce ne permettaient pas de conclure que ces enfants étaient capable de former de nouvelles relations d'attachement (105). Cependant, il s'agissait d'études de faibles échantillons et des enfants ayant des histoires de placements répétés. Au vu de la nécessité d'une stabilité du *caregiving* pour qu'une relation d'attachement se forme, c'est surtout la capacité de former des relations d'attachement pour les enfants placés en institution précocement qui a posé question et qui n'a toujours pas abouti à un réel consensus (46 ; 47 ; 88). On retient désormais que les enfants adoptés ou placés en famille d'accueil de façon stable constituent quasiment toujours une relation d'attachement avec cette famille qui les accueille (33).

Les différentes recherches montrent une répartition différente des styles d'attachement par rapport à la population générale.

- Cas des enfants placés en institution

Tout d'abord, concernant les enfants institutionnalisés, il semble qu'il y ait des taux d'attachement insécurisé plus important avec une surreprésentation du style d'attachement désorganisé (19 ; 33 ; 46 ; 47 ; 88 ; 105 ; 106).

O'Connor *et al.* (47) présentent une évaluation de l'attachement chez des enfants adoptés par des familles anglaises ayant expérimentés des situations de privation de soins sévères et précoces en Roumanie. Trois groupes sont comparés : des enfants adoptés avant 6 mois, des enfants adoptés entre 6 et 24 mois et des enfants nés en Angleterre adoptés avant 6 mois. L'attachement est évalué par une procédure de séparation-réunion à l'âge de 4 ans. Quatre-vingt-cinq pour cent des enfants étaient placés avant 1 mois de vie en institution. Les enfants roumains seraient moins enclins à développer un attachement sécurisé, par rapport au groupe contrôle, avec un effet âge de l'adoption retrouvé : pour les enfants adoptés avant 6 mois, on retrouve 41.5% d'attachement sécurisé, 7.7% évitant, 7.3% ambivalent, 9.8% désorganisés et 38.5% inclassables ; pour les enfants adoptés après 6 mois, 33.3% d'attachement sécurisé, 7.7% d'évitants, 0% ambivalent, 7.7% désorganisés et 51.3% inclassables. De plus, les auteurs ne mettent pas en évidence de période plus sensible qu'une autre à la formation d'une relation d'attachement durant les deux premières années de vie. L'étude de Chisholm (46) utilise une méthode similaire à l'exception du groupe contrôle représenté par des enfants n'ayant jamais été institutionnalisés et vivant dans leur famille biologique. Le système de codage est différent. Ils présentent des résultats différents. Ils ne trouvaient pas de différence significative entre les relations d'attachement du groupe

d'enfants adoptés avant 4 mois et le groupe contrôle. Ils réalisent deux mesures de l'attachement à plusieurs mois d'écart afin d'évaluer l'évolution des relations d'attachement. Le groupe adopté plus tardivement présente au temps 2 des taux supérieurs d'enfants classés comme sécurisé (37%) par rapport au temps 1. Il n'y a pas d'évolution dans les deux autres groupes. Carlson et ses collègues (105) rappellent également que les enfants ayant été institutionnalisés dans le passé, quelque soit le pays, ont des taux d'attachement sécurisé plus bas par rapport à des groupes contrôles d'enfant 11 mois après leur adoption, mais une absence de différence significative entre les deux groupes trois ans plus tard. Les enfants adoptés plus tardivement semblent donc capables de former des relations d'attachement avec leurs parents adoptifs au bout d'une durée plus longue, même si la majorité d'entre eux forment des attachements insécurisés et qu'il reste encore difficile de savoir à quelle vitesse cette relation d'attachement se forme.

Dans d'autres études (88 ; 106), parmi des enfants roumains institutionnalisés précocement et vivant encore en institution, on retrouverait environ 65% d'enfants présentant un attachement de type désorganisé, et 20 à 25% dans des groupes contrôles d'enfants élevés au sein de leur famille biologique. Vingt-quatre pour cent seulement présenterait un attachement de type sécurisé.

Pour résumer, on retrouve, si on les compare, une répartition différente des styles d'attachement avec un taux d'attachement insécurisé plus important par rapport à la population générale. Ces études présentent des résultats concernant des enfants à haut risque puisqu'ils ont été institutionnalisés précocement et ont subi des privations de soins sévères, les résultats ne sont donc pas généralisables. Les résultats de Chisholm (46) introduisent une possibilité d'évolution dans le style d'attachement pour des enfants, dans le cadre d'un changement de contexte de vie. MacClean (107) suggère, pour expliquer les différences de résultats des différentes études, la possibilité que les systèmes de codage développés sur des échantillons de population générale ne soient pas adaptés pour évaluer l'attachement dans des échantillons d'enfants institutionnalisés, à l'origine de résultats non interprétables. Leur classification reste difficile, beaucoup d'études présentant une catégorie d'attachement "inclassifiable".

Dans l'étude de Carlson et ses collègues (105), concernant des familles adoptives à faible risque à haut niveau socio-économique, on retrouve des résultats similaires avec une distribution de la classification d'attachement différente en fonction de la présence ou non d'un passé d'institutionnalisation. Sur 65 enfants adoptés entre 15 et 36 mois de vie, trois mois après l'adoption, seul un enfant n'avait pu former de relation d'attachement; 9 mois après l'adoption, tous avaient formés une relation d'attachement avec leurs familles adoptives, sans différence avec le groupe contrôle, et avec une stabilité dans la sécurité de l'attachement entre les deux temps. Les deux groupes présentaient également une différence dans la distribution des styles d'attachement avec un taux d'attachement désorganisé plus important. Les enfants qui avaient été institutionnalisés montraient durant les épisodes de séparation-réunion plus de recherche de proximité et à maintenir le contact plus longtemps, mais de façon plus immature. Cependant, une différence était retrouvée en fonction du pays natal de l'enfant, un

plus haut taux d'adversité du fait des conditions de vie antérieures étant associé à un plus bas taux de sécurité. L'âge d'adoption était également inversement corrélé à la formation d'attachement.

- Cas des enfants placés en famille d'accueil

Concernant les enfants placés en famille d'accueil, des résultats similaires ont été retrouvés. Smyke et ses collaborateurs (108, 109) étudient les conséquences sur les relations d'attachement d'un placement en famille d'accueil d'enfants institutionnalisés. Le placement en famille d'accueil serait bénéfique puisqu'il permettrait de développer plus de relations sécurisées par rapport aux enfants laissés en institution. Stovall-McClough et Dozier (103 ; 110) étudient la mise en place des relations d'attachement chez des enfants placés en famille d'accueil. En 2000, ils étudient les comportements d'attachement chez 10 enfants placés, âgés de 6 à 20 mois, par un recueil de données quotidien réalisé par la famille d'accueil dès les premiers jours de placement pendant 60 jours. Ils concluent quant à l'importance de l'âge de placement, les enfants placés après 12 mois auraient en effet plus de difficulté à nouer des relations d'attachement ; cette relation étant très fortement corrélée au style d'attachement du parent de la famille d'accueil. Les auteurs précisaient cependant que l'évaluation ne s'étendant que sur les deux premiers mois de placement, une durée supplémentaire semblait nécessaire pour évaluer au mieux les relations. En 2004, ils étudient 50 dyades enfants placés-mères d'accueil, pour des enfants placés entre la naissance et l'âge de 20 mois. Ils réalisent au domicile la Situation étrange entre 1 et 2 ans, au moins 3 mois après le placement de l'enfant. Les résultats mettent en évidence des taux plus importants d'enfants classés comme désorganisés (34%) par rapport à la population générale, avec des taux d'attachement sécurisé de 52%, évitant de 6% et résistant de 8%. Contrairement aux autres études, ils ne retrouvent pas d'effet de l'âge du placement de l'enfant, résultats que les auteurs interprètent avec prudence. Il est surtout noté, comme dans toute relation d'attachement, l'importance des représentations d'attachement du parent d'accueil.

- Cas des enfants maltraités

Cyr et ses collaborateurs (111) ont réalisé une revue de littérature concernant l'attachement chez les enfants ayant subi des maltraitances, qu'ils soient placés ou pas. Ils prennent en compte 155 études avec 69 échantillons d'enfants dont 59 échantillons (4336 enfants) d'enfants non maltraités mais issus de groupe à haut risque, et 10 échantillons (456 enfants) d'enfants maltraités issus de groupe à haut risque, utilisant des outils d'évaluation validés. Tous les types de maltraitance ont été retenus : les abus physiques, les abus sexuels, la maltraitance psychique, la négligence, et les maltraitances multiples. Les enfants ayant des troubles cliniques sont exclus. Par ailleurs, précisons que la notion de "risque" est défini comme un facteur socio-économique pouvant compromettre la qualité du *caregiving* (les auteurs citent l'éducation maternelle, le niveau de revenu, l'âge maternel au moment de la naissance, le statut marital, l'ethnie et les abus de substance chez le parent). Parmi les échantillons d'enfants maltraités issus de milieu à faible niveau socio-économique, les études retrouvent de 36 à 90 % d'enfants avec style d'attachement désorganisé et de 9 à 48 % avec styles d'attachement insécurisés organisés. Concernant

des milieux à hauts niveaux socio-économiques, des proportions plus hautes sur ces mêmes catégories seraient retrouvées, sans précision. De plus les auteurs précisent que les enfants ayant subi une négligence semblent plus à risque de développer un attachement insécurisé organisé (de 61 à 79 % selon les études, contre 20 à 32% des enfants classés comme désorganisés) alors que les enfants ayant subi des abus physiques semblent plus à risque de développer un attachement de type désorganisé (environ 50% selon une étude, contre 29% des enfants classés comme insécurisés organisés). Cependant peu d'études prennent en compte les différences entre les différents types de maltraitance et les résultats ont été obtenus sur des échantillons différents, ne permettant pas de conclure sur le sujet. Après analyse des différents résultats, concernant les enfants ayant subi des maltraitances, les auteurs retrouvent des proportions significativement plus basses d'enfants présentant un attachement de type sécurisé, et un taux d'attachement insécurisé (organisé ou désorganisé) augmenté de façon globale. Il y aurait un effet cumulatif des facteurs de risque concernant l'attachement de type désorganisé. Enfin, les enfants témoins de violence intrafamiliale seraient plus à risque de développer un attachement de type désorganisé, avec un effet dose repéré.

- Attachement de type fraternel dans le cas des enfants placés

Troupel-Cremel et Zaouche Gaudron (29), ainsi que Savard et ses collègues (20) ont étudié l'attachement au sein des fratries. Les enfants aînés peuvent devenir une figure d'attachement pour leur cadet, selon les mêmes types que les relations d'attachement envers les adultes. L'écart d'âge entre les deux enfants, le sexe de l'aîné et la composition de la fratrie sont trois facteurs mis en évidence influençant la relation fraternelle. Ainsi, on peut se questionner sur la place de la relation d'attachement entre deux enfants placés, ainsi que sur l'importance des relations d'attachement aux adultes sur les relations d'attachement de type fraternel.

*

Maccoby (112) soulignent ainsi plusieurs questions restant à éclaircir concernant l'attachement chez les enfants placés :

- Quelle est la réelle capacité de l'enfant à former des liens solides avec de nouveaux adultes prenant soin d'eux ?
- Quel est l'impact, à cet âge, d'une interruption des liens avec les premiers *caregivers* ? Dans quelle mesure les réactions de l'enfant face à une interruption des liens dépendent de la nature des liens interpersonnels formés aux âges plus précoces ?

3.4. Modèles internes opérants dans le cas des enfants placés

Il existe très peu d'études portant sur les représentations d'attachement dans le cas des enfants placés. Là encore, bien que les résultats ne soient pas généralisables du fait du peu d'études réalisées et

de leur faible puissance, on retrouve une répartition différente des styles d'attachement par rapport à la population générale.

- Cas des enfants placés en institution

Ongari et Tomasi (113) réalisent une étude sur 17 enfants, anciennement institutionnalisés et adoptés à un âge moyen de 22,5 mois. Au cours de l'étude, dix enfants sont d'âge préscolaires, sept ont entre 7 et 11 ans. Les auteurs retrouvent plus d'un tiers des enfants ayant une représentation d'attachement désorganisée. Les autres MIO insécurisés sont sous représentés par rapport à ce qui est attendu avec 2 enfants classés comme insécurisé ambivalent, et aucun enfant de la catégorie insécurisé évitant. Un tiers des enfants ont une représentation d'attachement sécurisée. Deux enfants montrent des comportements indifférenciés.

- Cas des enfants placés en famille d'accueil

Dans un travail antérieur de mémoire dans le cadre d'un master, nous avons pu étudier, à travers une approche qualitative, les représentations d'attachement de deux enfants placés en famille d'accueil, âgés de 8 et 9 ans. Cette recherche a permis de confirmer la possibilité de représentation d'attachement sécurisée qu'un enfant a envers les adultes de sa famille d'accueil, alors qu'il avait été placé tardivement dans sa famille d'accueil actuelle, confirmant les résultats de certains auteurs (35, 37). Les cas cliniques sont présentés en fin de thèse (Cas clinique 1).

Euillet et ses collaborateurs (114) analyse les MIO de 36 enfants français accueillis en familles d'accueil, en âge préscolaire (moyenne d'âge entre 4 et 5 ans), placés en moyenne à l'âge de 22 mois. Les auteurs utilisent une évaluation reposant sur la narration d'histoires, les histoires d'attachement à compléter de Bretherthon. Ils rapportent des représentations d'attachement sécurisées de 69.4 % des enfants, désactivées (correspondants aux styles d'attachement évitant) de 30.6% des enfants, mais pas d'enfants ayant des représentations d'attachement hyperactivées (correspondant au style d'attachement ambivalent) ou désorganisées. On retrouve donc une prédominance de représentations d'attachement sécurisé pour cette population d'enfants accueillis. Ces résultats diffèrent de ceux rapportés dans d'autres études citées plus haut, probablement du fait du contexte institutionnel et culturel très différent. L'étude retrouve également une répartition différente des représentations d'attachement insécurisées par rapport à la répartition estimée dans la population générale, ce qui rejoint certaines études déjà présentées (88, 103, 110). Elle évoque les résultats concernant les représentations d'attachement désactivées comme étant soit antérieurs à la mesure de placement, soit résultant d'une stratégie en conséquence du placement lui-même. Un effet âge a été mis en évidence mais sans relation significative : parmi les enfants placés avant l'âge de 1 an, 61.5% possèdent des représentations d'attachement sécurisées ; 88.8% parmi les enfants accueillis entre 13 et 24 mois et 64.2% parmi les enfants placés après l'âge de 25 mois. Ces résultats sont également en faveur d'une dynamique de construction ou de modification des MIO.

*

Comme nous venons de le voir, dans le cas particulier des enfants placés, à la fois le style d'attachement et ses représentations diffèrent quant à leur répartition par rapport à la population générale et du fait de leur particularité dans le contexte de survenue.

De façon générale, de nombreux facteurs interviennent sur le système d'attachement : les caractéristiques intrinsèques de l'enfant, le système familial et les représentations de l'enfant. Dans le cas des enfants placés, les études ont pu mettre en évidence des facteurs supplémentaires.

3.5. Facteurs influençant le système d'attachement dans le cas des enfants placés

3.5.1. Conditions de vie avant placement

Les conditions de vie avant le placement semblent un élément essentiel à prendre en compte (114), notamment les conditions d'éducation et la stabilité familiale antérieure (33, 115). Les causes du placement, ses objectifs ainsi que l'adhésion des parents et de l'enfant jouent un rôle dans la formation de nouvelles relations d'attachement (33) et devront être recherchés. De façon similaire, les caractéristiques des placement antérieurs devront être recueillies (14).

3.5.2. Contexte d'accueil

Plusieurs auteurs (20, 113) notent l'importance de l'âge de l'institutionnalisation et sa durée, ainsi que l'importance de la qualité des contextes institutionnels. Le nombre élevé de figures de soins, la moindre qualité des soins reçus selon l'institution, l'état d'esprit des accueillants et de l'enfant, leurs disponibilités et leurs propres représentations d'attachement constituent des éléments importants. De plus, il sera important de considérer la place et les relations avec la fratrie préexistante en cas de placement en famille d'accueil (enfants de l'assistant familial ou autres enfants déjà placés) (49). Le maintien de la relation avec la famille biologique et la construction d'un *co-parenting* dépendent des relations d'attachement antérieurs et peuvent se révéler être un facteur de protection (33, 116). Les antécédents de maltraitance institutionnelle devront être recherchés.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que des interventions auprès des familles d'accueil et des enfants placés ont pu montrer leur efficacité. Elles permettraient aux adultes d'avoir des réponses plus adaptées, et aux enfants une meilleure régulation comportementale et émotionnelle (117, 118, 119).

3.6. Troubles de l'attachement dans le cas des enfants placés

Rygaard (120) rappelle que nous ne savons pas encore exactement ce qui entraîne le développement des troubles de l'attachement. La population d'enfants placés est, par définition, à haut

risque de troubles de l'attachement, du fait d'antécédent fréquent de carence en soins d'une part et, d'autre part, du fait de l'histoire du placement (placements répétés, caractéristiques institutionnelles). Gauthier et ses collaborateurs (19) parlent d'incapacité à créer des liens de confiance envers les personnes qui prennent soin de lui. Bien qu'il soit admis par certains auteurs la possibilité de coexistence du trouble de l'attachement et d'un attachement sécurisé, le Trouble Désinhibition du Contact Social semble plus fréquent chez les enfants ayant un style d'attachement désorganisé. Par ailleurs, le fait qu'une relation d'attachement sélective ait pu se former chez ces enfants institutionnalisés questionne encore de nombreux auteurs (69, 87).

Les études concernant le trouble de l'attachement dans des populations d'enfants placés se centrent surtout sur l'évaluation du trouble de l'attachement de type désinhibé (critère DSM-IV). Elle rapportent des résultats pour des populations variées, et sont bien souvent de faible puissance.

Tout d'abord, concernant la distribution de ce trouble en population d'enfants placés, les études rapportent des taux différents. Guédénéy (33) évoque les recherches centrées sur les populations d'enfants roumains institutionnalisés et rapporte environ deux tiers d'enfants avec trouble désinhibition du Contact Social et sociabilité indiscriminée. Plusieurs études (121, 122) vont dans ce sens et retrouvent des taux de troubles de l'attachement plus hauts pour des enfants ayant été institutionnalisés. Kay et Green (122) étudient 153 adolescents âgés de 10 à 16 ans, placés en famille d'accueil ou en institution. Soixante-trois pour cent remplissent les critères du DSM-IV des troubles de l'attachement, 58% présentent des symptômes de type désinhibés et indiscriminés, 56% ont des relations interpersonnelles très superficielles et 20% ont des réponses imprévisibles aux situations de retrouvailles. Les auteurs ne retrouvaient pas de relation entre la durée ou le type de placement, et les symptômes des troubles de l'attachement. A ce sujet, une autre étude rapporte une association modestement significative (123). Un certain nombre d'enfants (38%) exposés à une privation de soins de façon prolongée ne présente aucun trouble de l'attachement (123), ces comportements résultent de conditions de fortes privations, mais ne persistent pas de façon systématique.

De plus, plusieurs auteurs (11, 69, 87) retrouvent une corrélation négative et modérée entre les symptômes de troubles de l'attachement et la sécurité de l'attachement dans la petite enfance, ainsi qu'avec la qualité du *caregiving*. En effet, l'hypothèse est que le bas niveau de qualité du *caregiving* potentialise le développement d'un trouble de l'attachement de type désinhibé. De façon similaire, avoir peu de prenant soin en institution est associé à une réduction du trouble.

Dans le cas particulier des enfants maltraités, on retrouve également une augmentation de ce trouble. Une étude sur 94 enfants maltraités rapportent un taux de 38% d'enfants remplissant les critères DSM-IV du trouble de l'attachement inhibé ou désinhibé, 40% si c'est la CIM 10 qui est utilisée pour le diagnostic, 17% des enfants remplissent les critères CIM 10 des deux troubles (122).

Chez les enfants institutionnalisés, on retrouve une stabilité importante des symptômes, qui se retrouvent à l'adolescence dans les relations avec les pairs (69). Les symptômes de désinhibition semblent toutefois s'améliorer après un changement d'environnement de *caregiving* (placement en

famille d'accueil ou adoption) : sur une première étude, on retrouve une amélioration de 54,2% des symptômes à 11 ans parmi les enfants qui avaient une désinhibition à l'âge de 6 ans (121) ; une autre rapporte une diminution de 31% des symptômes de 11 à 15 ans sur une population d'enfants roumains adoptés en Angleterre (122).

Nous allons préciser à présent les résultats concernant le symptôme de désinhibition sociale indiscriminée. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'interprétation de ce symptôme. En effet, les études montrent que des enfants peuvent à la fois être sécurisé dans leur relation d'attachement et présenter des relations indiscriminées au niveau social. Cependant, le comportement social indiscriminé est davantage retrouvé chez des enfants ayant des styles d'attachement insécurisés et notamment désorganisés (124). Ce symptôme ne serait donc pas spécifiquement un signe de trouble de l'attachement, mais plutôt une réponse adaptative dans des milieux institutionnels (124, 125). D'autres (126) arguent qu'il s'agit d'un indicateur d'un trouble de l'attachement à part entière, ce qui pose la question de ce qui est réellement mesuré. Des comportements similaires à ceux du trouble de l'attachement de type désinhibé sont plus fréquents chez les enfants institutionnalisés (42%), mais sont également observés chez les enfants adoptés (29%), les enfants anciennement institutionnalisés (39%) et chez les enfants de bas niveau socio-économique sans histoire d'institutionnalisation (20%) (123, 124).

Par rapport à des enfants n'ayant jamais été placés, on retrouve de hauts scores de comportements sociaux indiscriminés chez les enfants institutionnalisés ou en famille d'accueil (125, 126, 127). Gleason et ses collaborateurs (127) étudient des enfants roumains, âgés de 6 à 31 mois, 31 vivant en institution, 29 en famille d'accueil. Le groupe contrôle est constitué de 29 enfants n'ayant jamais été institutionnalisés. Les auteurs notent une différence significative concernant les comportements sociaux indiscriminés avec un taux plus important pour les enfants placés, sans différence entre ceux vivant en institution et ceux vivant en famille d'accueil. Cependant, les auteurs ne sont pas tous d'accord sur les différences retrouvées entre les sous-groupes, et certains rapportent une différence plus marquée de comportements sociaux indiscriminés chez les enfants institutionnalisés, avec des enfants placés en famille d'accueil plus proches au niveau comportemental des enfants jamais institutionnalisés (125). Chez les enfants placés avec des antécédents de maltraitance également, on note des taux de comportements sociaux indiscriminés plus élevé par rapport à la population générale avec un taux de 46% pour de 93 enfants placés en famille d'accueil en Roumanie (groupe contrôle: 19%) (122). Par ailleurs, les études retrouvent un effet durée de l'institutionnalisation (124, 125).

Malgré un changement d'environnement de *caregiving*, le comportement social semble se maintenir dans le temps (125, 126). Les différentes études (125, 128) suggèrent que la qualité du soin en institution joue un rôle dans le comportement social de l'enfant, et notamment le nombre de *caregiver*.

3.7. Cas du placement des mineurs non accompagnés

Peu de données sont disponibles concernant le placement des mineurs non accompagnés (MNA). Le mineur non accompagné peut être un mineur entré seul ou laissé seul sur le territoire français, privé ainsi temporairement ou définitivement de la protection de sa famille (129). C'est au conseil départemental désigné d'accueillir le MNA, selon une répartition territoriale. Rapidement après son accueil, le mineur est évalué sur les raisons de son départ du pays d'origine, ses conditions de vie depuis son arrivée, ses projets.

A notre connaissance il n'existe aucune étude portant sur l'évaluation du système d'attachement et du trouble de l'attachement des mineurs non accompagnés en France, ni sur leur prise en charge psychique globale. Pourtant, du fait de leur situation de migration, bien souvent pour fuir une misère sociale ou un état en guerre, leur système d'attachement est mis à rude épreuve. Guédeney (33) précise qu'il y a rupture du lien d'attachement. Concernant leur évaluation, plusieurs points posent question: la barrière de la langue et de la culture tout d'abord ; un placement dans un autre environnement culturel (bien souvent sur des foyers, mais aussi en famille d'accueil) ensuite ; enfin le type d'évaluation à proposer dans un contexte de forte anxiété pour ce jeune souvent en demande d'asile.

*

Dans cette première partie, nous avons pu définir et faire le point sur la question de l'attachement et les troubles de l'attachement de façon générale, puis dans le cas particulier des enfants placés. Au sujet de leur évaluation, les nombreuses questions qui restent en suspens et l'association à de nombreux autres troubles, rendant le diagnostic difficile en pratique clinique.

II. ÉVALUATION CLINIQUE DE L'ATTACHEMENT ET DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT DANS LE CAS DES ENFANTS PLACÉS

1. Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'évaluation des troubles de l'attachement

1.1. Recommandations HAS

Bien que la Haute Autorité de Santé (HAS) donne quelques repères sur la prise en charge globale des mineurs dans les services de Protection de l'Enfance, il n'existe pas, à notre connaissance, de recommandations concernant l'évaluation ou la prise en charge des troubles de l'attachement.

1.2. Autres recommandations

L'AACAP (9) ainsi que Chaffin et ses collaborateurs (130) proposent différentes recommandations permettant de poser le diagnostic de trouble de l'attachement. Ils utilisent la classification du DSM-IV-TR. Ils mettent ainsi en évidence les points suivants.

- Concernant l'entretien clinique:
 - Il est nécessaire de questionner le *caregiver* concernant l'histoire des comportements d'attachement de l'enfant envers ses premiers *caregivers* et envers les adultes en général. De même, il faut retracer l'histoire des différents comportements que l'enfant peut avoir dans des situations de stress. Il faut s'efforcer de recueillir auprès du *caregiver* ses propres comportements, l'environnement de *caregiving* et ses perceptions de l'enfant.
 - Bien que l'antécédent de maltraitance ne suffise pas au diagnostic, une attention particulière doit porter aux enfants ayant un passé de maltraitance, du fait de leur vulnérabilité aux problématiques d'attachement, mais également au retard de développement et aux mauvaises conditions médicales somatiques. La suspicion de maltraitance passée ou présente nécessite d'en informer les service de protection de l'enfance. A l'aide de plusieurs sources, il sera important de questionner l'histoire des maltraitances.
 - De façon générale, il faudra faire le point sur l'histoire développementale de l'enfant et sur ses antécédents somatiques.
- Concernant l'observation clinique: Il est nécessaire d'obtenir une série d'observation directe de l'enfant interagissant avec son *caregiver* principal et avec l'adulte non familial. Il faut alors combiner des situations de jeu, d'apprentissage et de séparation-retrouvailles. Les comportements affectifs, de recherche de réconfort, de dépendance à l'adulte, de coopération,

de comportements exploratoires, de comportements de contrôle de l'adulte, la réponse aux épisodes de séparation-retrouvailles envers le *caregiver* et l'étranger, devront être notés.

- De façon générale, il faudra prendre en compte l'ensemble des environnements dans lesquels l'enfant évolue, dont les éléments culturels.

1.3. Attachement et troubles de l'attachement : Que faut-il évaluer ?

Comme nous l'avons mis en évidence dans la première partie, la définition du trouble de l'attachement ne semble pas si claire, et notamment la classification du DSM-5 soulèvent de nombreuses questions. Trois points nous encouragent à ne pas nous limiter à l'évaluation stricte du trouble de l'attachement tel qu'il est défini dans le DSM-5:

- Le lien entre le système d'attachement et le trouble de l'attachement n'est pas encore clair. Bien que plusieurs études soulèvent l'absence de lien entre l'organisation de l'attachement et des signes cliniques d'un trouble de l'attachement, la possibilité d'une organisation en continuum n'est pas encore exclue.
- Le style d'attachement désorganisé est associé à une augmentation du risque de psychopathologie chez l'enfant et l'adolescent (7, 16, 106, 131). Par ailleurs, il rend les enfants particulièrement vulnérable au stress, ayant ainsi un impact sur le développement social et émotionnel (7). De façon plus générale, Main (16) rapporte 5 facteurs de risque en relation avec le système d'attachement, influençant la formation de troubles psychiques: l'incapacité à former un lien d'attachement entre les âges de 6 mois et 3 ans (carence maternelle), les formes «organisées» d'attachement insécurisé, les séparations majeures ou la perte permanente de figures d'attachement, l'attachement désorganisé à la suite de maltraitance, et l'attachement désorganisé résultant de l'effet intergénérationnel d'un traumatisme du parent.
- Il y a une forte prévalence de troubles comorbides dans les populations d'enfants placés d'une part, et également pour les enfants ayant un diagnostic de trouble de l'attachement d'autre part.

Ainsi, il apparaît nécessaire d'évaluer à la fois le système d'attachement et le trouble de l'attachement. Frankard (132) précise que l'évaluation doit être qualitative et quantitative. Dans ces deux cas, l'évaluation est basée sur la recherche de l'histoire développementale et des comportements d'attachement, ainsi que sur une observation clinique. L'évaluation psychique globale permettra d'intégrer ce trouble dans le fonctionnement psychique et l'environnement de l'enfant, mais aussi de mettre en évidence les comorbidités, afin d'aboutir à la meilleure prise en charge possible.

2. Évaluation clinique chez l'enfant placé

2.1. L'entretien clinique

2.1.1. Anamnèse et histoire développementale

La particularité de l'enfant placé réside dans le fait que son histoire ne nous sera pas toujours accessible. En effet, la non disponibilité des premiers *caregiver* et/ou la multiplicité des placements peuvent rendre difficiles l'accès aux informations. Au vu des éléments mis en évidence dans la partie I et des recommandations existantes concernant l'évaluation des troubles de l'attachement, les éléments suivants devront cependant être recherchés de façon systématique lors de l'entretien clinique. Le clinicien devra rechercher à obtenir ses informations par plusieurs sources (*caregivers*, enseignants, rapports d'institution).

- Rechercher les facteurs influençant le système d'attachement :

Les conditions de vie avant le placement :

- Les antécédents de maltraitance ou de négligence : le type de maltraitance, les personnes en cause, la récurrence des faits, la prise en charge ;
- Les caractéristiques du parent, le système et le fonctionnement familiaux : la composition de la famille, l'âge des *caregivers* principaux et leurs antécédents, les conditions d'éducation, le tempérament de l'enfant et des parents, les risques psycho-sociaux, la qualité du *caregiving*, l'état d'esprit du parent, l'engagement parental, la stabilité familiale, l'alliance parentale, les représentations de l'enfant ;
- Les enjeux culturels.

L'histoire de placement :

- Les causes du placement, ses objectifs, l'adhésion du parent ;
- Les placements antérieurs et leurs caractéristiques (institution, famille d'accueil), l'âge au moment du placement, la durée des placements, la qualité des soins reçus ;
- Le contexte d'accueil : l'état d'esprit de l'enfant et des nouveaux *caregivers* au moment du placement, l'adhésion de l'enfant au placement, la disponibilité et les représentations d'attachement des nouveaux *caregivers* ;
- Les antécédents de maltraitance institutionnelle.

- Le maintien de relations avec la famille biologique et la construction d'un *co-parenting* ;
 - Concernant le placement actuel: le type de placement, les *caregivers* repérés, les progrès fait pendant le placement ; si il s'agit d'un placement en famille d'accueil, les caractéristiques de l'assistant familial, le système et le fonctionnement familiaux, la place et les relations avec la fratrie préexistante (enfants de l'assistant familial ou autres enfants déjà placés).
- L'histoire développementale et les antécédents médicaux :
 - L'histoire développementale: l'existence de retard dans le développement global et particulièrement dans le développement de la communication ou de la reconnaissance des émotions ;
 - Les antécédents somatiques et notamment l'existence de difficultés physiques pouvant entraver la relation d'attachement et les capacités de communication de l'enfant ;
 - L'existence de troubles psychiques ou de pathologie psychiatrique de l'enfant ou de sa famille, et leurs prises en charge.
 - L'évaluation du fonctionnement psychique globale de l'enfant :
 - L'adaptabilité de l'enfant, les capacités de résilience, la vulnérabilité de l'enfant ;
 - Le tempérament et les éléments de personnalité de l'enfant ;
 - Les fonctions cognitives : une évaluation des fonctions exécutives, une évaluation des capacités attentionnelles, une évaluation des capacités mnésiques, une évaluation de la théorie de l'esprit, le niveau intellectuel ;
 - La thymie et la présence d'éléments anxieux ;
 - L'évaluation des fonctions instinctuelles : le sommeil, l'alimentation et, en fonction de l'âge, les comportements sexuels.
 - L'histoire des comportements d'attachement :
 - L'antériorité des relations d'attachement: les *caregivers* repérés et les comportements envers eux notamment en situation de stress (détresse, fatigue, maladie), les réactions face aux séparations ou aux retrouvailles, les comportements de proximité, les comportements d'exploration ;
 - Concernant le placement actuel : les interactions avec les nouveaux *caregivers*, les comportements d'attachement envers les parents et envers les nouveaux *caregivers* (en situation de stress, face aux séparations ou aux retrouvailles, les comportements de proximité, les comportements d'exploration) ;
 - Les comportements envers les adultes non familiaux et envers les pairs.

2.1.2. Les manifestations cliniques à rechercher en faveur d'un style d'attachement désorganisé

Il est intéressant de noter que les comportements retrouvés dans les enfants avec style d'attachement désorganisé peuvent se regrouper en grandes catégories comportementales (106), dont certaines se retrouveront également dans les manifestations cliniques d'un trouble de l'attachement.

- Des comportements contradictoires fonctionnels et simultanés ;
- Des comportements désorientés, en particulier au moment des retrouvailles avec le parent ;
- Des mouvements incomplets, mal dirigés ;
- Des comportements stéréotypés et des postures anormales ;
- Apparence de froideur affective ;
- Appréhension directe devant le regard du parent.

Quelques outils sous forme d'entretiens semi-structurés sont disponibles pour l'évaluation de la relation d'attachement, notamment par l'évaluation du *caregiving*. Nous pouvons citer :

- L'*Attachement Q-Sort* (AQ-sort) est un questionnaire pour l'adulte qui juge la qualité de la relation parent-enfant.
- La *Brief Attachment Screening Questionnaire* (BASQ) est un outil basé sur la AQ-sort et validé pour les enfants avec un trouble du spectre autistique.
- L'*Adult Attachment Interview* est un outil pouvant être utilisé chez le grand adolescent, permettant d'évaluer la qualité de la relation parent-enfant et l'état d'esprit du parent.
- L'entretien semi-structuré "c'est mon bébé" (Dozier et Lindhiem, 2006) permet d'évaluer l'engagement parental et l'état d'esprit du parent.
- La *Caregiving Interview* (CI) (George et Solomon, 2002) permet d'évaluer les représentations de la parentalité et la qualité de l'attachement parent-enfant.

2.1.3. Les manifestations cliniques à rechercher en faveur d'un trouble de l'attachement

Plusieurs éléments cliniques aspécifiques peuvent évoquer un trouble de l'attachement (1, 91, 120, 122, 130, 132, 133, 134). Des vignettes cliniques sont proposées en fin de cette thèse (Cas cliniques 2 et 3).

2.1.3.1. Chez le nourrisson

- Il présente des pleurs excessifs ou insuffisants par rapport à ce qui est attendu, ou bien des pleurs colériques. Il ne semble jamais vraiment détendu. Il a l'air triste ou le regard vide.
- Il résiste au réconfort et aux soins, ne présente pas de réaction face à des démonstrations d'affection.

- Il ne montre pas de réaction face à son *caregiver*, voire demande d'autres adultes, il ne fait pas de demandes à son *caregiver* et joue seul.
- Il résiste ou n'aime pas être tenu, il présente un mauvais ajustement tonico-postural.
- Il évite le contact oculaire.
- Il semble trop calme face aux stimulations.

2.1.3.2. Chez l'enfant

- Les troubles des interactions comportementales
 - Avec l'adulte prenant soin de lui : l'enfant cherche peu ou pas le réconfort quand il est en détresse, l'enfant répond peu ou pas au réconfort quand il est en détresse, il y a une réaction absente ou excessive à la séparation (par exemple, pour se rendre à l'école), il ne présente pas de préférence pour un adulte en particulier, il y a un inversement des rôles parents-enfants, il ne demande pas à l'adulte avant de s'aventurer au loin dans des lieux inconnus.
 - Avec un adulte non familial : Il présente une réticence réduite ou absence de réticence dans l'approche ou l'interaction avec des adultes peu familiers, il peut être trop affectueux ou trop familier.
 - Il présente des comportements de recherche de demande et d'attention excessive. L'enfant présente un collage ou un évitement physique excessifs, une réaction exagérée au toucher dans l'évitement ou l'indifférence.
 - La réponse aux séparation et aux réunions est imprévisible.
 - Les comportements peuvent être destructeurs, impulsifs, avec des mises en danger. L'enfant est dans le contrôle (intolérance à la frustration, enfant colérique, l'enfant cherche à attirer l'attention). L'adaptation aux nouvelles situations est trop rapide ou bien il présente une intolérance aux changements.
- Les troubles de la socialisation
 - L'enfant présente des comportements de relations sociales indiscriminés.
 - Les relations sociales sont superficielles, trop familières ; ou au contraire, la réactivité sociale est diminuée. Il a des difficultés à faire confiance à autrui.
 - Il évite le regard direct, ne fixe pas un objet pendant longtemps ou bien fixe n'importe quel objet en mouvement.
- La régulation émotionnelle
 - Diminution de la réactivité émotionnelle à autrui, l'enfant évite la proximité émotionnelle avec un adulte ou un pair familier. Les affects positifs sont restreints.
 - Il présente des difficultés de régulation émotionnelle avec des épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse ou de craintes qui sont évidents même lors d'interactions non menaçantes avec les adultes qui prennent soin de l'enfant, une réaction d'agressivité en réaction à la détresse, une hypervigilance.

- Difficultés dans la reconnaissance des émotions.
- Il peut sembler inattentif.
- Les troubles fonctionnels
 - L'enfant présente des troubles du sommeil.
 - Il présente une accumulation ou un gavage de nourriture.

2.1.3.3. Chez l'adolescent

L'adolescent avec un trouble de l'attachement peut présenter, en plus des éléments cliniques pouvant être retrouvés chez l'enfant plus jeune :

- Des vols ou des mensonges, il utilise l'autre pour arriver à ses fins ;
- Une fascination pour certains faits ou actes violents ou morbides ;
- Des comportements sexualisés ;
- Une tension interne corporelle.

2.1.3.4. Les outils disponibles

Quelques outils sont déjà disponibles pour aider le clinicien à évaluer la présence d'un trouble de l'attachement chez un enfant ou un adolescent. Cependant, la plupart sont basés sur les critères du DSM-IV et/ou de la CIM 10 et ce sont les symptômes du Trouble Réactionnel de l'Attachement de type désinhibé qui sont les plus évalués. De plus, ils n'ont pas été spécifiquement conçus ou validés pour l'évaluation de population d'enfants placés. Monette et ses collaborateurs (136), dans leur étude datant de 2018, en font une liste exhaustive.

◆ Les entretiens semi-structurés

- La *Child and Adolescent Psychiatric Assessment - Module Reactive Attachment Disorder (CAPA-RAD)* (Minnis *et al.*, 2009) permet d'évaluer à la fois les symptômes du TRA inhibé et désinhibé. En 2017, ce module a été actualisé au vu des nouveaux critères du DSM-5 ((Lehmann *et al.*, sous presse) et porte le nom de RAD And DSED Assessment (RADA).
- La *Disturbance of Attachment Interview (DAI)* (Smyke & Zeanah, 1999 ; Smyke *et al.*, 2002) permet d'évaluer la plupart des symptômes du TRA inhibé et désinhibé.
- La *Disinhibited attachment semi-structured interview (DASSI)* (O'Connor *et al.*, 1999, Rutter *et al.*, 2007) permet d'évaluer les symptômes du TRA désinhibé.
- La *DSED Interview* (Lawler *et al.*, 2016) permet d'évaluer les symptômes du TRA désinhibé.
- La *Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)* section RAD (Egger *et al.*, 1999) permet d'évaluer à la fois les symptômes du TRA inhibé et désinhibé.

- La *Five item indiscriminately friendliness behavior measure* (5FI) (Chrisholm *et al.*, 1995) permet d'évaluer les symptômes du TRA désinhibé.

◆ Les questionnaires à destination de la figure de soins

- Le *Development and wellbeing assessment* - module RAD (DAWBA-RAD) (Minnis & Goodman, n.d. ; Lehmann *et al.*, 2016) permet d'évaluer à la fois les symptômes du TRA inhibé et désinhibé.
- Le *Relationship problem questionnaire* (RPQ) (Minnis *et al.*, 2002; Vervoort *et al.*, 2013) permet d'évaluer à la fois les symptômes du TRA inhibé et désinhibé.
- Le Questionnaire sur les Troubles d'Origine traumatique Précoces - Version Courte (Q-TOP-VC) (Monette *et al.*, soumis) permettent d'évaluer à la fois le Trouble Réactionnel de l'Attachement et le Trouble Désinhibition du Contact Social selon les critères du DSM-5. Cet outils est en cours de validation. Les auteurs rapportent de bonne propriétés psychométriques concernant l'évaluation des enfants adoptés ou placés en famille d'accueil, mais questionne dans le cas de maltraitance parentale.

2.1.4. Les troubles associés

2.1.4.1. Styles d'attachements insécurisés et troubles associés

De façon générale, le style d'attachement insécurisé est associé à plusieurs troubles ou difficultés. On note plus de troubles du comportement, plus de difficultés dans la régulation du stress (111). Les enfants avec un style d'attachement insécurisé ont plus de difficultés dans l'évaluation de la réponse sociale et dans l'interprétation d'une situation sociale, ils semblent avoir un discours plus négatif mais les résultats restent limités dans ce domaine (137). Concernant les performances cognitives, ils présentent une moins grande motivation au niveau scolaire, une diminution des performances cognitives à la fois à l'école élémentaire et au lycée (138). Bien que le style d'attachement en âge scolaire soit associé à des différences dans la performance scolaire, cette relation est médiée par des expériences dans l'exploration et l'interaction parent-enfant (138). De plus, certaines études sur des enfants maltraités rapportent une altération du fonctionnement cognitif, notamment sur les plans de l'attention visuelle, de la motricité fine, des fonctions visuographiques et de la motivation à l'apprentissage (139, 140). Par ailleurs, les études n'ont pas retrouvé de lien entre la sécurité de l'attachement et la capacité en théorie de l'esprit de l'enfant. Ses performances semblent en effet dépendre de la capacité de la mère à commenter de façon appropriée l'état mental de son enfant (141). Milikovitch (142) étudie le lien entre troubles addictifs et l'insécurité de l'attachement. A ce sujet, il fait l'hypothèse que les sujets avec attachement insécurisé auraient besoin d'un objet de substitution pour réguler leurs affects.

De façon plus spécifique, le style d'attachement évitant est plus à risque de troubles du comportement internalisés (4 ; 143) et externalisés (144). Il est en effet rapporté des troubles des conduites alimentaires, des conduites addictives, des dépressions, des formes externalisées de troubles anxieux, des troubles de personnalité type antisocial (145), des comportements agressifs ou du retrait social (146). Il est également évoqué des plaintes somatiques (146).

Le style d'attachement anxieux ambivalent semble spécifiquement associé à plus de troubles internalisés tels que des troubles anxio-dépressifs, des personnalité de registre hystérique ou narcissique (145), une colère considérée comme exagérée (146). De plus, Tasca et Balfour (147) ont pu étudier, à travers une méta-analyse, le lien entre le style d'attachement et trouble du comportement alimentaire. Quatre domaines du fonctionnement de l'attachement sont retrouvés dans les troubles alimentaires : la régulation affective, le style interpersonnel, le cohérence de l'esprit et le mode de réflexion. La prévalence de l'attachement insécuré dans les échantillons TCA vont de 70 à 100 % selon les études, avec une plus grande incidence du style d'attachement évitant.

De plus, les styles d'attachement anxieux ambivalent et évitant sont reliés à plus de comportements violents en milieu conjugal à l'âge adulte, et à plus de troubles graves de la personnalité (148).

C'est surtout le style d'attachement désorganisé qui est le plus associé à la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Les enfants avec style d'attachement désorganisé sont plus à risque de présenter des troubles du comportement externalisés et internalisés (14, 143, 146). On note plus de comportements agressifs (4, 10, 14, 16, 146), une dysrégulation émotionnelle (106), une difficulté dans la gestion du stress (10), des symptômes de troubles obsessionnels compulsifs (4), des comportements dissociatifs à l'adolescence notamment dans les discours narratifs (7, 10, 14, 16). Aucun lien n'a été retrouvé entre le style d'attachement désorganisé et les tempérament jugé difficile (10). Ces enfants présentent des déficits dans le raisonnement déductif, des performances cognitives moindres et des performances académiques plus faibles (4, 14, 111). Enfin, en population clinique, on retrouve des taux d'attachement désorganisé plus élevés : 35 % quand l'enfant présente un trouble neurologique, un TSA ou une trisomie 21. Cependant, il n'y a pas de lien établi entre une anomalie physique et l'attachement désorganisé (10).

2.1.4.2. Troubles de l'attachement et troubles associés

Concernant les troubles de l'attachement, comme nous l'avons vu au sein de la partie I (2.4. Épidémiologie), nous disposons de peu d'éléments concernant les comorbidités psychiatriques. Les études ayant pu prendre en compte les comorbidités psychiatriques autres relèvent un taux important de comorbidité. Par ailleurs, de façon générale, une étude réalisée en Angleterre en 2002 (133) rapporte un taux proche des 50% de troubles mentaux chez les enfants placés la première année de placement, tous types de placement confondus ; avec une évolution dans le temps à 30 % de troubles mentaux chez les

enfants placés après au moins 5 années de placement (Annexe 1). De plus, il a été mis en évidence des anomalies de développement, des difficultés dans les performances scolaires et des anomalies de la sphère somatique. Pour rappel, les comorbidités retenues par le DSM-5 sont les suivantes:

- Concernant le Trouble réactionnel de l'attachement : les retards de développement (notamment dans les domaines cognitif et langagier), les stéréotypies et les signes physiques retrouvés dans le cas de négligences sévères (signes de malnutrition, signes de manques de soins physiques). Zephyr et ses collègues (49) comme beaucoup d'autres auteurs, rajoutent à cette première liste des troubles du comportement internalisés ou externalisés tels que l'agressivité, la faible capacité de régulation des émotions, le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble explosif intermittent, des symptômes dépressifs, le trouble oppositionnel avec provocation.

- Concernant le trouble Désinhibition du contact social : les retards de développement (notamment dans les domaines cognitif et langagier), les stéréotypies et les signes physiques retrouvés dans le cas de négligences sévères (signes de malnutrition, signes de manques de soins physiques), le Trouble Déficit de l'attention/hyperactivité. Zephyr *et al.* (49) rapportent également des troubles du comportement comme l'impulsivité isolée.

- Troubles du comportement internalisés et externalisés

Les enfants et adolescents avec un trouble de l'attachement présentent plus d'agressivité avec des crises de colère, une désorganisation, des attaques agressives (11, 148, 149), plus de troubles des conduites (149) et plus de crimes violents. L'agressivité serait une réponse de l'enfant face à une situation générant trop d'émotion (91). Sur des populations d'enfants avec un diagnostic de TRA (93, 150), sur des groupes d'enfants de 13 et de 67 enfants, on retrouve 49% à 54 % d'enfant avec TDAH (alors qu'une association très modérée est retrouvée avec le TDCS; 69), 27 à 31 % de troubles des conduites, 23% de trouble oppositionnel avec provocation, 15 à 19 % d'état de stress post-traumatique, 73% de troubles anxieux, 8% de tics moteurs, 5% de trouble obsessionnel compulsif, 31% de phobie spécifique. Les auteurs retrouvaient également 15% de Trouble du spectre de l'autisme (diagnostic compatible avec les critères DSM-IV de TRA). Il n'était pas retrouvé de trouble du comportement alimentaire, ni de dépression. Aucune relation n'a pu être retrouvée entre TRA et épisode dépressif (69, 151). Zeanah et Boris (151) questionnent d'ailleurs la différence entre l'absence d'attachement et le retrait émotionnel de l'état dépressif, et parle ainsi de dépression anaclitique.

- Développement psychomoteur

Les études n'ont pas mise en évidence de relation entre le trouble de l'attachement, quelque soit son type, et retard de développement ou trouble envahissant du développement (DSM-IV et CIM-10) (69, 152). Cependant, Rygaard (120) rapporte un développement sensori-moteur anormal avec hyper- ou hypo-sensitivité au niveau sensoriel, et un rythme corporel de base (sommeil, alimentation, respiration, pouls, attention) perturbé.

- Développement intellectuel et performance scolaire

Les résultats à la WISC-IV (*Wechsler Intelligence Scale for Children*) sont inégaux (120). L'auteur retrouve des résultats relativement bas en arithmétique, chiffre et codes. Les résultats sont moindres dans la partie verbale du test, par rapport à la partie performance. L'enfant a du mal à mettre en pratique les règles morales dans des situations pertinentes, bien qu'il les connaisse par cœur.

- Troubles somatiques associés

Rygaard (120) rapporte des crises épileptiques, des encéphalites et des otites précoces plus fréquentes chez les enfants avec un trouble de l'attachement.

- Les outils disponibles pour l'évaluation globale

De nombreux troubles sont associés aux troubles de l'attachement. Des outils variés sont disponibles et peuvent aider le clinicien à évaluer l'enfant dans sa globalité. Nous pouvons citer :

- Concernant l'évaluation globale des troubles du comportement, nous pouvons citer la *Child Behavior Checklist* (CBCL), la *Strengths and difficulties Questionnaire* (SDQ), la CAPA, la PAPA, la *Development and Wellbeing Assessment* (DAWBA), la Teacher Report Form (TRF), le Profil Socio-affectif ;
- Concernant l'évaluation des relations sociales, nous pouvons citer la *Relationship Pattern Questionnaire*, l'*Infant Toddler Social Emotional Interview* (ITSEI), la *Social Information Processing Interview* (SIPI), le quotient Amitié et Relation (QR) ;
- Concernant la communication, citons la *Children's Communication Checklist* (CCC) ;
- Concernant le tempérament de l'enfant citons la *Toddler Temperament Scale*.

2.1.4.3. Les troubles associés à l'institutionnalisation et à la maltraitance

Plusieurs études se sont intéressées aux troubles associés à l'institutionnalisation et à la maltraitance. Concernant l'évaluation des enfants placés, il nous paraît important de les préciser puisqu'ils représentent un biais d'évaluation.

Les études retrouvent un risque accru de troubles externalisés et internalisés, avec un effet durée de l'institutionnalisation cumulatif, y compris quand l'enfant est secondairement adopté ou placé en famille d'accueil (14, 33, 107). On retrouve également des comportements stéréotypés, des problèmes d'alimentation, des problèmes relationnels avec les pairs, plus d'inattention, plus de distractibilité, plus d'hyperactivité et plus de relations sociales indiscriminées. Concernant ce dernier point, l'effet durée n'est pas clair, et ce type de relation ne semble pas se dissiper avec le temps (107). L'auteur explique qu'elle servirait de fonction adaptative dans un environnement hostile au niveau émotionnel.

On retrouve également un risque accru de certains troubles mentaux, comme l'état de stress post-traumatique, retrouvé dans 1/3 des cas (14).

Concernant le développement général, on retrouve plus de risque de retard de développement (33, 153), une diminution de l'attention conjointe et des capacités en théorie de l'esprit (14, 33). MacClean (107) précise que les aires de développement touchées sont celles du développement social, de la motricité et du langage. Les scores de quotient intellectuel semblent aussi être plus bas, et les performances scolaires moindres.

Ces enfants sont également plus à risque de présenter une condition physique particulière (14, 107).

2.2. Observation clinique

2.2.1. Attachement et troubles de l'attachement : Que faut-il observer ?

Au vu des éléments mis en évidence dans la partie I et des recommandations existantes concernant l'évaluation des troubles de l'attachement, les éléments suivants devront cependant être recherchés de façon systématique lors de l'observation clinique. Du fait de la situation de placement, les *caregivers* ne seront pas forcément accessibles, soit parce que l'adulte accompagnant l'enfant n'est pas un adulte qui prend soin de l'enfant de façon préférentielle (par exemple, il peut s'agir d'un référent d'une institution), soit parce que l'enfant est placé depuis peu de temps. Il est nécessaire d'obtenir une série d'observation directe de l'enfant, sur plusieurs séances afin de réaliser une évaluation globale.

- Les relations à observer
 - L'enfant seul ;
 - L'enfant et ses figures d'attachement ;
 - L'enfant et l'adulte étranger.

- Les situations à observer
 - Des situations de jeu ;
 - Des situations d'apprentissage ;
 - Des situations de séparation-retrouvailles.

- Les comportements à observer
 - Les comportements d'attachement:
 - ◆ Les comportements de proximité et de recherche de réconfort, de dépendance face à l'adulte, de coopération, les comportements affectifs, afin d'évaluer la construction de la base de sécurité.
 - ◆ Les comportements exploratoires en fonction de l'âge.
 - Concernant l'évaluation globale:

- ◆ Les éléments permettant de situer le développement psychomoteur de l'enfant par rapport à ce qui est attendu pour son âge ;
- ◆ Les éléments en faveur de troubles internalisés ou externalisés du comportement.

2.2.2. Les outils disponibles

Concernant l'évaluation de la relation d'attachement et de ses représentations, Kerns et ses collaborateurs (154) étudient l'association des différentes approches entre elles. Dans la petite enfance, ils retrouvent une association faible à modérée entre différents types de mesure. Dans l'enfance, ils retrouvent une association forte entre les mesures par interrogatoire et les auto-questionnaires. Cependant, l'utilisation de plusieurs sources est tout de même recommandée afin d'évaluer différents aspects de la relation d'attachement. A l'adolescence, les approches par les narratifs d'attachement et les auto-questionnaires sont toutes deux bien validées.

2.2.2.1. Les outils d'évaluation de la relation d'attachement

Guédeney (3) rapportent plusieurs façons d'évaluer l'attachement de l'enfant. L'évaluation de la relation d'attachement peut se faire par des procédures de séparation-retrouvailles, par une évaluation des comportements d'attachement par le *caregiver*, et par l'évaluation des comportements de *caregiving*. MacClean (107) précise qu'aucune échelle n'avait été spécifiquement conçue pour l'évaluation d'une population d'enfants placés, au moment de son étude. Par ailleurs, les systèmes de codage utilisés n'ont pas été validés pour les enfants institutionnalisés, et pourrait ainsi aboutir à une mauvaise classification des styles d'attachement de l'enfant. Nous citerons les outils les plus couramment utilisés.

- Procédure de séparation-réunion

L'évaluation la plus usitée dans la petite enfance est fondée sur l'observation de la relation d'attachement, c'est-à-dire du comportement de l'enfant avec son *caregiver* au cours d'épisodes de séparation-réunion basés sur la Situation étrange de Mary Ainsworth (3). Ces différentes procédures présentent l'inconvénient de ne pas être validées au-delà de l'âge de 7 ans (tranche d'âge maximum possible toute procédure confondue) et d'être réalisées au cours de situation expérimentale faisant intervenir d'autres systèmes motivationnels tels que le système d'exploration et le système affiliatif (3).

- La Situation étrange de Mary Ainsworth : Elle est validée pour les enfants âgés de 12 à 20 mois. Malgré son utilisation fréquente au cours des études, son utilité en pratique clinique pose question (9). En effet, il s'agit d'une contrainte comportementale pour le parent, qui interroge la qualité d'une relation dyadique présumée existante.
- La procédure de séparation-réunion de Main et Cassidy (1988) basée sur la Situation Étrange, validée à l'âge de 6 ans ;

- La *Preschool Assessment of Attachment* (Crittenden, 1992) basée sur la Situation Étrange et validée pour les enfants de 18 mois à 5 ans ;
- La *Preschool Attachment Classification System* (Cassidy et Marvin, 1992) ;
- La *Secure Base Safe Haven Observation* (SBHO) list validée pour les enfants de 1 à 14 ans, et également pour les enfants avec déficience intellectuelle modérée à sévère ;
- Le *Paediatric Attachment Style Indicator* (PASI) (berger 1992, favez et berger 2011).
 - Les comportements d'attachement jugé par le parent
- La *Parent Diary Attachment* (Stovall-Mcclough et Dozier, 2000) ;
- L'Évaluation de l'attachement chez un nourrisson proposée par WD Buening. (Pétales).
 - L'évaluation de la qualité du *caregiving*

Nous pouvons citer l'*Observational Record of the Caregiving Environment* (ORCE).

2.2.2.2. Les outils d'évaluation des modèles internes opérants

L'attachement peut aussi être analysé à travers les représentations que l'enfant a de sa relation d'attachement. Plusieurs techniques peuvent être proposées en fonction de l'âge de l'enfant (3). Nous citerons les plus utilisées.

- Les narratifs d'attachement

Il s'agit de procédure d'histoires à compléter, faisant le présupposé que les représentations d'attachement de l'enfant peuvent être appréhender à travers les narratifs, quand les histoires proposées abordent des thèmes activant le système d'attachement. Les narratifs d'attachement sont faciles d'utilisation mais il existe de multiples procédures et systèmes de codage. De plus, ils nécessitent de choisir les thèmes des histoires en fonction des différents enjeux culturels (154).

- L'*Incomplet Stories With Doll Family* (Cassidy, 1988) ;
- La *MacArthur Story Stem Battery* (MSSB) (1990) validée pour les enfants de 3 à 8 ans ;
- La *Story Stem Assessment Profile* (SSAP) (1990) validée pour les enfants de 4 à 8 ans ;
- L'*Attachment Story Completion Task* (ASCT) (Bretherton *et al.*, 1990) validée à partir de l'âge de 3 ans ;
- La *Manchester Child Attachment Story Task* (MCAST) (Green *et al.*, 2000) validée pour les enfants âgées de 4 ans et demi à 8 ans et demi ;
- La *Secure Base Script Test* (Psouni et Apetroia, 2014), validée pour les enfants âgés de 7 à 12 ans ;
- L'*Attachment Doll Story Completion Task* validée pour la période de pré-adolescence.

- **Le questionnement direct**

Cette technique part du principe que l'enfant peut répondre quand on lui pose des questions, adaptées à son âge, sur ses relations d'attachement. (3)

- La Security Scale (Kerns *et al.*, 1996) validée pour des enfants de 8 à 14 ans ;
- La *Child Attachment Interview* (CAI) (Target *et al.*, 2003) est un entretien semi-structuré validé pour des enfants de 7 à 12 ans.
- La *Inventory of Parent and Peer Attachment* validée pour les adolescents de 12 à 19 ans, et permettant d'évaluer les représentations d'attachement envers les parents et également les pairs;
- L'*Attachment Interview for Childhood and Adolescence* (AICA) ;
- L'entretien AMMI (anciennement nommé ASSSI ; Miljkovitch, 2009; Miljkovitch, Moss, Bernier & Pascuzzo, en préparation).

- **Le dessin de la famille**

Cette technique suppose que les représentations des relations familiales qui seront révélées à travers le dessin de l'enfant reflètent l'organisation de l'attachement. (3)

- Le dessin de la famille avec système de codage de Kaplan et Main (1986) pour les enfants de 5-6 ans ;
- Le dessin de la famille avec système de codage Fury *et al.* (1997) validé pour des enfants de 8-9 ans.
- La *Separation Anxiety Test* (SAT) (1972) validée pour les enfants de 11 à 17 ans puis de 4 à 7 ans dans une version révisée.

2.2.2.3. Les outils disponibles pour l'évaluation des troubles de l'attachement

Monette et ses collaborateurs (136), dans leur étude datant de 2018, font une liste exhaustive des outils d'observation disponibles pour l'évaluation des troubles de l'attachement. Cependant, la plupart sont basés sur les critères du DSM-IV et/ou de la CIM 10 et ce sont les symptômes du Trouble Réactionnel de l'Attachement de type désinhibé qui sont les plus évalués. De plus, ils n'ont pas été spécifiquement conçus ou validés pour l'évaluation de population d'enfants placés.

- L' *Attachment formation rating scale* (AFRS) (Carlson, 2002) permet d'évaluer les symptômes du TRA inhibé ;
- La *Disinhibited social approach* (DSA) (Lawler *et al.*, 2014) permet d'évaluer les symptômes du TRA désinhibé ;
- La *Disinhibited Social Behavior Observational Measure* (DSBOM) (Bruce *et al.*, 2009 ; Tarullo *et al.*, 2011) permet d'évaluer les symptômes du TRA désinhibé ;
- La *Investigator rating of physical contact* (Rutter *et al.*, 2007) pour les enfants de 6 ans, permet d'évaluer les symptômes du TRA désinhibé ;

- La *Observation Schedule for RAD* (OSR) (Minnis et al., 2009; McLaughlin et al., 2010) permet d'évaluer les symptômes du TRA désinhibé ;
- La *Rating of children's interaction with the investigator* (Rutter et al., 2007) pour les enfants de 11 ans, permet d'évaluer les symptômes du TRA désinhibé ;
- La *Rating for Infant-Stranger Engagement* (RISE) (Riley et al., 2005) permet d'évaluer les symptômes du TRA désinhibé ;
- La *Stranger at the door procedure* (StrD procedure) (Gleason et al., 2014) permet d'évaluer les symptômes du TRA désinhibé.

2.3. Diagnostiques différentiels des troubles de l'attachement : Cas du TDAH et du TSA

2.3.1 Attachement, troubles de l'attachement et TDAH

De façon générale, les enfants avec un Trouble Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) présentent de plus haut taux de style d'attachement désorganisé (155). Il existe une association entre l'attachement désorganisé et le TDAH, à l'âge de 7 ans (156, 157). Notamment, il existe une corrélation entre le style d'attachement désorganisé dans la petite enfance, et des symptômes de TDAH et de troubles externalisés dans l'enfance. Par ailleurs, les enfants avec des formes cliniques de TDAH marquées par l'impulsivité et l'hyperactivité ont un taux plus élevé de style d'attachement insécurisé de type anxieux évitant, par rapport aux enfants présentant des formes cliniques de TDAH marquées par les troubles attentionnels (156). Concernant l'évaluation des MIO par les narratifs d'attachement, il est intéressant de noter que les enfants souffrant d'un TDAH rapportent des contenus négatifs et une certaine incohérence dans le discours (157). Ainsi, le style d'attachement pourrait avoir un impact sur l'expression et l'évolution clinique du TDAH, ou favoriser son apparition dans des populations vulnérables.

Concernant la qualité du *caregiving*, elle n'influence pas l'intensité des symptômes de TDAH, mais augmente le risque d'une association à un trouble des conduites chez l'enfant. Par ailleurs, la présence de symptômes très précoces peuvent entraîner des difficultés éducatives (156). Storeb et ses collègues (155) retrouvent, quant à eux, une association entre les difficultés dans le système d'attachement du parent, et le diagnostic de TDAH chez leur enfant.

Le TDAH est à la fois un diagnostic différentiel du TDCS mais aussi une comorbidité possible du TRA et du TDCS. Des facteurs de risque communs ont pu être identifiés : la dépression maternelle, la prématurité, le bas poids de naissance du bébé, la consommation de tabac et le style de vie maternel pendant la grossesse. De même, on retrouve des perturbations dans le métabolisme de la Dopamine (156). Une négligence précoce et de multiples expériences de soins peuvent être associés à ces diagnostics. Il présente également des comorbidités communes. Prenant en compte les études réalisées au sein d'orphelinats roumains, on note une corrélation positive entre la durée de la carence

précoce et l'apparition de symptômes de TDAH. Ces symptômes apparaissent alors somme toute stable dans le temps, à l'adolescence même si il y a eu un changement dans l'environnement de caregiving (adoption par exemple). Concernant le TDCS et le TDAH, on retrouve dans ces deux pathologies une désinhibition sociale, une inattention et une suractivité avec une difficulté de régulation interne (158). Quatre symptômes apparaissent comme discriminant ces deux pathologies: le comportement affectueux excessif envers l'étranger, la recherche de réconfort auprès de l'étranger, une réponse imprévisible face à une situation de retrouvailles avec l'adulte, une vigilance dit "froide". Cependant, seul le premier apparaît comme significatif. Concernant le fait de constituer des relations amicales de façon indiscriminée, il est retrouvé dans les deux pathologies mais les mécanismes diffèrent : chez les enfants avec un diagnostic de TDAH, il est lié à l'impulsivité ; chez les enfants avec un TDCS, il s'agit d'une façon d'obtenir l'approbation de l'adulte qu'il juge le plus important ou de contrôler une situation imprévisible pour lui (158).

2.3.2 Attachement, troubles de l'attachement et Trouble du Spectre Autistique

Les enfants avec un Trouble du spectre de l'autisme (TSA) sont capables de former des liens d'attachement avec leurs parents (159; 160). Cependant, ils présentent des difficultés dans la communication sociale et la compréhension (le contact oculaire, l'adressage, la conversation, l'attention conjointe) ne leur permettant pas de comprendre, prédire, ou contrôler le comportement du *caregiver*, et intervenant dans la qualité de la relation. En retour, le prenant soin sera moins disponible pour l'enfant (161). On retrouve, parmi les enfants avec un TSA, un taux d'attachement sécurisé variant de 40 à 63%, et un taux d'attachement insécurisé de 14 à 60%, selon les études (161). Les enfants avec des symptômes plus marqués et des retards développementaux associés semblent plus enclins à développer une relation d'attachement insécurisée. Les enfants dont l'interaction sociale réciproque est plus altérée semblent, quant à eux, plus lents à développer une relation d'attachement sécurisé. Par ailleurs, la sécurité de l'attachement apparaît comme étant un facteur protecteur concernant le développement social et cognitif de l'enfant avec un TSA (161). Concernant le style d'attachement désorganisé, Wahl, Isnard et Guedeney (162) concluent que c'est la comorbidité de l'autisme et du retard mental qui est associée à l'insécurité de l'attachement et notamment au style d'attachement désorganisé. La sévérité des symptômes n'accroît pas le risque de présenter un style d'attachement désorganisé (163). Deux éléments permettent de distinguer les éléments cliniques d'un enfant avec un style d'attachement désorganisé et ceux d'un enfant avec un TSA. Tout d'abord, les patterns comportementaux (les interactions stéréotypées et les interactions ritualisées) sont plus marqués chez les enfants avec un TSA. Chez les enfants présentant un style d'attachement désorganisé dans leurs relations, il sont peu présents et témoignent de la désorganisation de leur comportement social (163). De plus, un enfant avec un TSA ne présente pas de changement de fréquence cardiaque à la séparation d'avec le *caregiver*, alors que l'enfant avec un style d'attachement désorganisé présente bien ce type de changement (163).

Concernant la qualité du *caregiving*, le lien avec la sécurité de l'attachement n'est pas encore clair (161). Cependant, une relation positive parent-enfant semble être un support pour le développement de l'enfant avec TSA, notamment dans le domaine du langage (159).

Le TSA et le Trouble réactionnel de l'attachement (TRA) sont des diagnostics différentiels et ne peuvent coexister selon la classification du DSM-5. Wahl *et al.* (162) précisent que c'est bien souvent l'évolution et la mise en place de soins adaptés qui permettront de faire la différence entre ces deux troubles. Dans ces deux pathologies, on retrouve des déficits dans les domaines de la compréhension sociale (164) et des interactions sociales (165). Dans les deux cas, on peut retrouver également des troubles associés similaires tels que des troubles anxieux, des troubles comportementaux et notamment une agressivité, une hyperactivité. Concernant la distinction du TRA et du TSA, les études (150, 161, 164) ne sont pas encore tout à fait en accord. Cependant, il semble que, bien que dans les deux pathologies, les symptômes suivants puissent être retrouvés, les enfants avec un TSA ont plus de comportements répétitifs ou stéréotypés, plus de difficultés dans l'utilisation du langage pragmatique, et moins de comportements sociaux indiscriminés. Concernant l'évaluation clinique réalisée à l'aide de l'ADI-R (*Autism Diagnostic Interview - revised*), on note que 40% des enfants avec un diagnostic de TRA (critères DSM-IV) cotent positivement (161). Zephyr *et al.* (49) rapportent que, dans une étude portant sur des enfants âgés de 5 à 8 ans ayant un diagnostic de TRA et/ou de TDCS (critères DSM-5), 62% ont un score positif dans le domaine de la communication sociale, 46% ont un score positif dans le domaine des interactions sociales réciproques et 20% ont un score positif dans le domaine des comportements répétitifs et stéréotypés.

Cas du syndrome "quasi-autistique"

Le syndrome "quasi-autistique" est un pattern comportemental n'ayant pas encore été clairement catégorisé, retrouvé chez une minorité substantielle d'enfants ayant été institutionnalisés (166). Bien que l'étiologie de ce trouble ne soit pas encore connue, une des hypothèses avancées est qu'il reflèterait un TRA de type désinhibé (critère DSM-IV). Rutter *et al.* (2007) rapportent ainsi des déficits en théorie de l'esprit, des difficultés dans la reconnaissance faciale, et des mouvements moteurs stéréotypés. Ces enfants montrent cependant des capacités de communication plus flexibles par rapport à ce qui serait attendu pour un enfant avec TSA. Ils présentent également des éléments cliniques évocateurs de trouble de l'attachement (TRA type désinhibé) avec une approche sociale inadaptée et surtout un comportement social indiscriminé. C'est l'amélioration des symptômes après un changement d'environnement (par exemple, après une adoption ou un placement en famille d'accueil) qui permet de distinguer ce trouble d'un TSA (164)

2.4. Les bilans complémentaires

L'état actuel des connaissances scientifiques n'est pas en faveur de la réalisation d'examens complémentaires tels qu'un bilan sanguin, un examen de neuroimagerie ou un électroencéphalogramme.

Au vu des difficultés associées mises en évidence dans les paragraphes précédents, il apparaît nécessaire de proposer les bilans suivants, en fonction des symptômes cliniques présentés par l'enfant (167):

- un bilan psychologique : une évaluation des fonctions cognitives (une évaluation des fonctions exécutives, une évaluation des capacités attentionnelles, une évaluation des capacités mnésiques, une évaluation de la théorie de l'esprit, une évaluation du niveau intellectuel), une évaluation des éléments de personnalité et du tempérament ;
- un bilan psychomoteur ;
- un bilan orthophonique avec notamment une évaluation du langage.

CONCLUSION

Au fil des différentes lectures sur le sujet, il semblait nécessaire de faire le point sur la question de l'attachement et du trouble de l'attachement dans le cas particulier des enfants placés, notamment concernant les éléments cliniques à rechercher. Au travers d'une revue de littérature, l'objectif de cette thèse était donc de répondre aux questions suivantes: Dans le cas particulier d'un enfant placé, pour lequel un "trouble de l'attachement" est suspecté, quels éléments cliniques doivent être recherchés ? Dans ce cas, quelle est l'importance de l'évaluation globale de l'enfant et notamment du système d'attachement ?

Dans une première partie, nous avons redéfini le système d'attachement et les facteurs l'influençant. Dans un souci de compréhension globale, nous avons également présenter les résultats des recherches en neurobiologie et en génétique. Dans le cas particulier des enfants placés, il est désormais acquis que l'enfant peut développer une relation d'attachement avec son nouveau *caregiver*, sous certaines conditions. Concernant le trouble de l'attachement, de multiples classifications existent et plusieurs questions demeurent. Notamment, la classification du DSM-5, couramment utilisée en pratique clinique et en recherche, est peu claire sur certains points essentiels : Ces troubles existent-ils à l'âge adulte ? Concernant-ils l'ensemble des relations de l'enfant ? Le TDCS est-il réellement un trouble de l'attachement ? Par ailleurs, la vision du trouble de l'attachement en continuum avec le système d'attachement, tel que cela peut être décrit dans d'autres classifications, est encore sujet à questionnement. Dans le cas particulier des enfants placés, ils seraient plus enclins à développer un trouble de l'attachement mais les études portent bien souvent sur des populations d'enfants institutionnalisés avec carence de soins précoces et sévères. De plus, l'utilisation d'outils variés et l'existence de nombreux biais, rendent les résultats difficilement généralisables.

Dans une seconde partie, nous avons proposé une évaluation clinique pouvant être réalisée devant une suspicion de "trouble de l'attachement" chez un enfant placé. Au travers des lectures, d'une part, il est apparu que les manifestations cliniques associées au système d'attachement et aux troubles de l'attachement sont encore en discussion. D'autre part, les styles d'attachement insécurisés prédisposent l'enfant à la psychopathologie, et ses liens avec les troubles de l'attachement sont encore à l'étude. Ainsi, la prise en compte de l'individu dans sa globalité et dans son histoire est essentielle.

Il apparaît clair que l'examineur doit réunir des informations provenant de plusieurs sources (*caregivers*, enseignants, rapports d'institution) concernant les facteurs influençant le système d'attachement (les conditions de vie avant placement et l'histoire du placement), l'histoire développementale et les antécédents médicaux, le fonctionnement psychique globale de l'enfant, l'histoire des comportements d'attachement. La particularité de l'enfant placé réside dans la fait que son histoire ne nous sera pas toujours accessible. En effet, la non disponibilité des premiers *caregiver* et/ou la multiplicité des placements peuvent rendre difficiles l'accès aux informations. Concernant l'observation clinique, il devra obtenir une série d'observation directe de l'enfant interagissant avec son

caregiver principal et avec l'adulte non familial. Il faudra alors combiner des situations de jeu, d'apprentissage et de séparation-retrouvailles. Là encore, du fait de la situation de placement, les *caregivers* ne seront pas forcément disponibles, soit parce que l'adulte accompagnant l'enfant n'est pas un adulte qui prend soin de l'enfant de façon préférentielle (par exemple, il peut s'agir d'un référent d'une institution), soit parce que l'enfant est placé depuis peu de temps. Plusieurs outils existent concernant l'évaluation de l'attachement et des troubles de l'attachement, et peuvent aider l'examineur en pratique clinique. L'état actuel des connaissances scientifiques n'est pas en faveur de la réalisation d'examens complémentaires, mais des bilans complémentaires psychologique, orthophonique ou psychomoteur, doivent être demandés en fonction des manifestations cliniques.

Un lien entre attachement et conséquences neuro-développementales (à la fois du point de vue neurobiologique et du développement cognitif, émotionnel, sociale, scolaire et professionnel) apparaît clairement au travers des études. Notamment, les premières relations de l'enfant détermineront ses modalités relationnelles aux adultes et à ses pairs, tout au long de sa vie. Chez l'enfant placé, du fait du contexte, l'évaluation du système d'attachement et la recherche d'un trouble de l'attachement s'avèrent nécessaires, et représentent un point sur lequel s'appuyer en terme de prévention et de prise en charge à mettre en place.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) American Psychiatric Association. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème ed. Paris : Masson; 2015, 947p.
- (2) ONPE. Observatoire National de la protection de l'enfance. Groupement d'Intérêt public. Enfance en danger. 2018. [En ligne] <https://www.onpe.gouv.fr>
- (3) Guédeney N, Guédeney A. L'attachement: approche théorique, 4ème ed. Paris: Elsevier Masson ; 2016, 376 p.
- (4) Leblanc S. La théorie de l'attachement pour comprendre les difficultés d'apprentissage et les troubles du comportement chez les jeunes de milieux défavorisés à risque de mauvais traitements. thèse de sciences de l'éducation. Université de Montréal ; 2007, 330p.
- (5) Pierrehumbert B. Le premier lien, théorie de l'attachement. Paris: Odile Jacob ; 2003 ; 416p.
- (6) Golse B. Le développement affectif et cognitif de l'enfant. 5ème édition. France: Elsevier Masson, 2015, 368 p.
- (7) Carlson EA. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Dev.* 1998;69(4):1107-28.
- (8) Atger F. L'attachement à l'adolescence. *Dialogue.* 2007 ; 175(1): 73-86.
- (9) Zeanah CH, Chesher T, Boris NW, the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(11):990–1003.
- (10) Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol.* 1999; 11(2):225-49.
- (11) Gleason MM, Fox NA, Drury S, Smyke A, Egger HL, Nelson CA, *et al.* Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011; 50(3): 216-231.
- (12) Main M & Cassidy J. Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Dev Psychol.* 1988 ; 24(3): 415-426.
- (13) Cassidy J, Marvin RS, with the MacArthur Working Group. Attachment organization in preschool children: Procedures and coding manual (4th ed.). Unpublished manuscript ; University of Virginia ; 1992.
- (14) Bisailon C. Attachement et adaptation sociomotionnelle chez des enfants hébergés en centre jeunesse. Thèse de psychologie. Université de Montréal ; 2008, 163p.
- (15) Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol.* 1999; 11(2):225-49.

- (16) Main M. De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance*. 1998 ; 3 : 13-27.
- (17) Cassidy J. Child-Mother Attachment and the Self in Six-Year-Olds. *Child Dev*. 1988; 59(1): 121-134.
- (18) Dozier M, Stoval KC, Albus KE, Bates B. Attachment for Infants in Foster Care: The Role of Caregiver State of Mind. *Child Dev*. 2001; 72: 1467-1477.
- (19) Gauthier Y, Fortin G, Jéliu G. Applications cliniques de la théorie de l'attachement pour les enfants en famille d'accueil : importance de la continuité. *Devenir*. 2004 ; 16 : 109-139.
- (20) Savard N, Pinel-Jacquemin S, Oui A, Euillet S, Moridy R. La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance. Dossier Thématique. 2010. [En ligne] <https://www.onpe.gouv.fr/publications/theorie-lattachement-une-approche-conceptuelle-au-service-protection-lenfance>. Consulté le 18/01/2020.
- (21) Fox NA, Kimmerly NL, Schafer WD. Attachment to Mother/Attachment to Father: A Meta-Analysis. *Child Dev*. 1991; 62: 210-225.
- (22) Target M, Fonagy P, Shmueli-Goetz Y. Attachment representations in school-age children: the development of the child attachment interview (CAI). *J Child Psychother*. 2003; 29(2): 171- 186.
- (23) Grossmann K, Grossmann KE, Fremmer-Bombik E, Kindler H, Scheuerer-Englisch H, Zimmermann AP. The Uniqueness of the Child–Father Attachment Relationship: Fathers' Sensitive and Challenging Play as a Pivotal Variable in a 16-year Longitudinal Study. *Soc Dev*. 2002 ; 11 : 301-337.
- (24) Jones JD, Cassidy J. Parental Attachment Style: Examination of Links with Parent Secure Base Provision and Adolescent Secure Base Use. *Attach Hum Dev*. 2014; 16(5): 437-461.
- (25) Kouvo AM, Voeten M, Silvén M. Fathers' and mothers' attachment representations as predictors of preadolescents' attachment security: A ten-year follow-up of Finnish families. *Scand J Psychol*. 2015 ; 56 : 527-536.
- (26) Boldt LJ, Kochanska G, Grekin R, Brock RL. Attachment in Middle Childhood: Predictors, Correlates, and Implications for Adaptation. *Attach Hum Dev*. 2016; 18(2): 115-140.
- (27) Paquette D, Dumont C. The Father-Child Activation Relationship, Sex Differences, and Attachment Disorganization in Toddlerhood. *Child Dev Res*. 2013. Article ID 102860, 9 p. [En ligne] <https://www.hindawi.com/journals/cdr/2013/102860/>
- (28) Ruhl H, Dolan EA, Buhrmester D. Adolescent Attachment Trajectories with Mothers and Fathers: The Importance of Parent-Child Relationship Experiences and Gender. *Res Adolesc*. 2015; 25(3): 427-442.
- (29) Troupel-Cremel O, Zaouche Gaudron C. De l'attachement mère–enfant à l'attachement fraternel : évolution des paradigmes de recherche. *Psychologie Française*. 2006 ; 51(2) : 205-215
- (30) Belsky J, Rovine M. Nonmaternal Care in the First Year of Life and the Security of Infant-Parent Attachment. *Child Dev*. 1988; 59(1): 157-167.
- (31) Roggman LA, Langlois JH, Hubbs-Tait L, Rieser-Danner LA. Infant Day Care, Attachment, and the “File Drawer Problem”. *Child Dev*. 1994; 65(5):1429-43.

- (32) NICHD Early Child Care Research Network. Child care and mother–child interaction in the first three years of life. *Dev Psychol.* 1999; 35(6): 1399-1413.
- (33) Guédény N, Guédény A. L'attachement: approche clinique et thérapeutique, 2ème ed. Paris: Elsevier Masson ; 2016, 424 p.
- (34) Ahnert L, Pinquart M, Lamb ME. Security of Children's Relationships With Nonparental Care Providers: A Meta-Analysis. *Child Dev.* 2006; 77: 664-679.
- (35) Sagi A, Koren-Karie N, Gini M, Ziv Y, Joels T. Shedding Further Light on the Effects of Various Types and Quality of Early Child Care on Infant–Mother Attachment Relationship: The Haifa Study of Early Child Care. *Child Dev.* 2002 ; 73 : 1166-1186.
- (36) Shomaker LB, Furman W. Parent-Adolescent Relationship Qualities, Internal Working Models, and Attachment Styles as Predictors of Adolescents' Interactions with Friends. *J Soc Pers Relat.* 2009 ; 26 : 579-603.
- (37) Raikes H. Relationship duration in infant care: Time with a high-ability teacher and infant-teacher attachment. *Early Child Res Q.* 1993; 8: 309-325.
- (38) Ammaniti M, Speranza AM, Fedele S. Chapter 6: Attachment in Infancy and in Early and late Childhood: A Longitudinal Study. In Kerns KA, Richardson RA. *Attachment in middle childhood.* New York: The Guilford Press; 2005, 115-136.
- (39) Bacro F, Florin A. Spécificité des Modèles internes opérants : les représentations d'attachement au père et à la mère chez des enfants de 3 à 5 ans. *Enfance.* 2008 ; 60 : 108-119.
- (40) Pinel-Jacquemin S, Zaouche Gaudron C. Système familial et relations d'attachement entre parents et enfants perçues par les frères et sœurs. *Enfance.* 2012 ; 2 : 147-165.
- (41) Bacro F, Florin A. La relation père-enfant, la nature et l'organisation des relations d'attachement. *Can Psychol.* 2009; 50(4): 230-240.
- (42) Bretherton I, Ridgeway D, Cassidy J. Chapter 9: Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM. *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention.* Chicago, IL, US: University of Chicago Press;1990, 273-308.
- (43) Howes C, Spieker S. Chapter 15: Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In Cassidy J, Shaver P. *Handbook of attachment, Theory, Research, and Clinical Applications*, third edition. Edition: The Guilford Press New York London; 2016, 314-329.
- (44) Ammaniti M, Van Ijzendoorn MH, Speranza AM, Tambelli R. Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: an exploration of stability and change. *Attach Hum Dev.* 2000; 2: 328-346.
- (45) Planalp EM, Braungart-Rieker JM. Temperamental precursors of infant attachment with mothers and fathers. *Infant Behav Dev.* 2013; 36(4): 796-808.
- (46) Chisholm K. A Three Year Follow-up of Attachment and Indiscriminate Friendliness in Children Adopted from Romanian Orphanages. *Child Dev.* 1998; 69: 1092-1106.

- (47) O'Connor T, Marvin R, Rutter M, Olrick J, Britner P, The english and romanian adoptees study team. Child–parent attachment following early institutional deprivation. *Dev Psychopatho.* 2003 ; 15(1) : 19-38.
- (48) Sylva K, Stein A, Leach P, Barnes J, Malmberg LE. Family and child factors related to the use of non-maternal infant care: An English study. *Early Child Res Q.* 2007; 22(1): 118-136.
- (49) Zephyr L, Monette S, Cyr C & St-André M. Coup d'oeil sur les troubles de l'attachement. Les troubles de l'attachement durant l'enfance : état des lieux. 2015. [En ligne] http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_les_troubles_de_l'attachement_durant_%20l'enfance.aspx. Consulté le 03/03/2020.
- (50) Lickenbrock DM, Braungart-Rieker JM. Examining antecedents of infant attachment security with mothers and fathers: An ecological systems perspective. *Infant Behavior & Development.* *Infant Behav Dev.* 2015; 39: 173–187.
- (51) Pinel-Jacquemin S, Zaouche-Gaudron C. Système familial et attachement : revue de la question. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2009 ; 57(3) : 167-172.
- (52) Demers I, Bernier A, Tarabulsy GM. Représentations mentales maternelles : concepts et mesures liés à l'attachement. *Enfance.* 2009 ; 2 : 207-222.
- (53) Tran H, Weinraub M. Child care effects in context: Quality, stability, and multiplicity in nonmaternal child care arrangements during the first 15 months of life. *Dev Psychol.* 2006 ; 42(3) : 566-582.
- (54) Wong MS, Mangelsdorf SC, Brown GL, Neff C, Schoppe-Sullivan SJ. Parental Beliefs, Infant Temperament, and Marital Quality: Associations with Infant-Mother and Infant-Father Attachment. *J Fam Psychol*, 2009; 23(6), 828-838.
- (55) Rempel L, Rempel J, Nang Khuc T, Vui L. Influence of Father Infant Relationship on Infant Development: A Father-Involvement Intervention in Vietnam. *Dev Psychol.* 2017 ; 53(10):1844-1858.
- (56) Beebe B, Lachmann F, Markese S, Bahrack L. On the Origins of Disorganized Attachment and Internal Working Models: Paper I. A Dyadic Systems Approach. *Psychoanal Dialogues.* 2012; 22(2): 253–272.
- (57) Saive AL, Guédeney N. Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants. *Devenir.* 2010; 4(22): 321-338.
- (58) Miner-Williams W. The Neurobiology of Attachment. 2017. [En ligne] https://www.researchgate.net/publication/320344483_The_Neurobiology_of_Attachment. Consulté le 03/03/2020.
- (59) Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman J, Feldman R. Oxytocin and the Development of Parenting in Humans. *Biol Psychiatry.* 2010; 68: 377-82.
- (60) Feldman R, Gordon I, Schneiderman I, Weisman O, Zagoory-Sharon O. Natural variations in maternal and paternal care are associated with systemic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinology.* 2010; 35: 1133-41.

- (61) Chambers J. The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes. *Psychodyn Psychiatry*. 2017; 45: 542-563.
- (62) Fleming A, O'Day D, Kraemer GW. Neurobiology of mother-infant interactions: Experience and central nervous system plasticity across development and generations. *Neurosci Biobehav Rev*. 1999; 23: 673-85.
- (63) Nelson E, Panksepp J. Brain Substrates of Infant-Mother Attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine. *Neurosci Biobehav Rev*. 1998; 22: 437-52.
- (64) Weisman O, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Oxytocin Administration to Parent Enhances Infant Physiological and Behavioral Readiness for Social Engagement. *Biol psychiatry*. 2012; 72(12): 982-989.
- (65) Pierrehumbert B, Torrissi R, Ansermet F, Borghini A, Halfon O. Adult attachment representations predict cortisol and oxytocin responses to stress. *Attach Hum Dev*. 2012 ; 14 : 453-76.
- (66) Spangler G, Grossmann KE. Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants. *Child Dev*. 1993; 64(5); 1439-1450.
- (67) Donovan WL, Leavitt L. Physiologic Assessment of Mother-Infant Attachment. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1985; 24: 65-70.
- (68) Kochanska G, Philibert RA, Barry R. Interplay of Genes and Early Mother-Child Relationship in the Development of Self-Regulation from Toddler to Preschool Age. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009; 50(11) : 1331-8.
- (69) Zeanah C, Gleason MM. Annual research review: Attachment disorders in early childhood--clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 ; 56(3):207-22.
- (70) Drury S, Gleason MM, Theall K, Smyke A, Nelson C, Fox NA, Zeanah C. Genetic sensitivity to the caregiving context: the influence of 5httlpr and BDNF Val66Met on indiscriminate social behavior. *Physiol Behav*. 2011; 106: 728-35
- (71) Barr C, Schwandt M, Lindell SG, Dee Higley J, Maestripieri D, Goldman D, Suomi SJ, Heilig M. Variation at the -opioid receptor gene (OPRM1) influences attachment behavior in infant primates. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2008; 105: 5277-81.
- (72) Lutz PE, Turecki G. DNA methylation and childhood maltreatment: From animal models to human studies. *Neuroscience*. 2013; 264: 142-56.
- (73) Feldman R, Gordon I, Infuls M, Gutbir T, Ebstein R. Parental Oxytocin and Early Caregiving Jointly Shape Children's Oxytocin Response and Social Reciprocity. *Neuropsychopharmacology*. 2013; 38 (7):1154-62.
- (74) Francis D, Diorio J, Liu D, J Meaney M. Nongenomic Transmission Across Generations of Maternal Behavior and Stress Responses in the Rat. *Science*. 1999; 286: 1155-8.
- (75) Weaver I, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio A, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney MJ. Epigenetic Programming by Maternal Behavior. *Nat Neurosci*. 2004; 7: 847-54.

- (76) Sheridan M, Fox NA, Zeanah C, McLaughlin K, Nelson C. Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012; 109(32): 12927-32.
- (77) Teicher M, Andersen SL, Polcari A, Anderson C, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*. 2003; 27: 33-44.
- (78) Klengel T, Mehta D, Anacker C, Rex-Haffner M, Pruessner JC, Pariante CM, *et al*. Allele-specific FKBP5 DNA demethylation mediates gene–childhood trauma interactions. *Nat neuroscie*. 2013; 16 (1): 33.
- (79) Mehta D, Klengel T, Conneely KN, Smith A, Altmann A, Pace TW, Rex-Haffner M, Loeschner A, Gonik M, Mercer K, Bradley B, Müller-Myhsok B, Ressler K, Binder EB. Childhood maltreatment is associated with distinct genomic and epigenetic profiles in posttraumatic stress disorder. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013; 110(20): 8302-8307.
- (80) Morelli GA, Rothbaum F. Situating the child in context: Attachment relationships and self-regulation in different cultures. In Kitayama S, Cohen D. *Handbook of cultural psychology*. New York: Guilford Press; 2007, 500-527.
- (81) Van IJzendoorn MH, Sagi A, Lambermon MWE. The Multiple Caretaker Paradox: Data from Holland and Israel. *New Dir Child Adoles*. 1992; 57: 5-24.
- (82) Minuchin Patricia. Cross-Cultural Perspectives: Implications for Attachment Theory and Family Therapy. *Fam process*. 2002 ; 41 : 546-50
- (83) Keller H. Attachment. A Pancultural Need but a Cultural Construct. *Curr Opin Psychol*. 2015; 8: 59-63.
- (84) Rothbaum F, Rosen K, Ujiie T, Uchida N. Family systems theory, attachment theory and culture. *Fam Process*. 2002; 41(3): 328-350.
- (85) Pérouse de Montclos M, Ducamp M, Ridet B. Lien social et processus d'attachement chez l'enfant adopté en milieu kanak. *La psychiatrie de l'enfant*. 2001; 44(1): 233-265.
- (86) Van IJzendoorn M, Kroonenberg P. Cross-Cultural Patterns of Attachment: A Meta-Analysis of the Strange Situation. *Child Dev*. 1988; 59(1): 147-156.
- (87) Lyons-Ruth K, Zeanah C, Gleason MM. Commentary: Should we move away from an attachment framework for understanding disinhibited social engagement disorder (DSED)? A commentary on Zeanah and Gleason. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56: 223-7.
- (88) Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E, The Bucharest Early Intervention Project Core Group. Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Dev*. 2005; 76: 1015-1028.
- (89) Guédény N, Mintz AS, Rabouam C, Le Nestour A, Guédény A, Danon G, Morales-Huet M, Jacquemain F, Roujeau S. À propos des systèmes de classification en psychiatrie du très jeune enfant : utilisation de la classification diagnostique zero to three. *La psychiatrie de l'enfant*. 2002 ; 45 : 483-531.

- (90) Perret P. L'édition révisée de la Classification diagnostique 0-3 ans et sa traduction française: Notes du traducteur. *Devenir*. 2009 ; numéro spécial(5): 7-13.
- (91) St-Antoine M, Rainville S. Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic. *Prisme*. 2004 ; 44: 230-247.
- (92) Tobin C. Identifying and Diagnosing Autism Spectrum Disorders and Reactive Attachment Disorder. 2012. [Enligne] https://www.researchgate.net/publication/275020843_Identifying_and_Diagnosing_Autism_Spectrum_Disorders_and_Reactive_Attachment_Disorder/stats. Consulté le 03/03/2020.
- (93) Minnis H, Macmillan S, Pritchett R, Young D, Wallace B, Butcher J, Sim F, Baynham K, Davidson C, Gillberg C. Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *Br J Psychiatry*. 2013; 202 (5):342-6.
- (94) Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain, *Int Rev Psychiatry*. 2003; 15(1-2), 185-187.
- (95) Guidetti M, Lallemand S, Morel M. *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui : approche comparative*, 2ème ed. Paris: Armand Collin; 2002, 192p.
- (96) Observatoire National de la protection de l'Enfance. [Enligne] <https://onpe.gouv.fr>. Consulté le 03/03/2020.
- (97) Service Public. [Enligne] <https://www.service-public.fr>. Consulté le 03/03/2020.
- (98) Mainaud T. Les établissements et services en faveur des enfants et adolescents en difficulté sociale . *Activité, personnel et clientèle au 15 décembre 2008*. DREES, Document de travail, Série Statistiques. 2012 ; 173.
- (99) Legifrance. Article 123-3 du code de la famille et de l'aide sociale. [Enligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006681256&cidTexte=LEGITEXT000006072637&dateTexte=19860108>. Consulté le 03/03/2020.
- (100) Neyrand G. La parentalité d'accueil. *Dialogue*. 2005; 167: 7-16.
- (101) Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW. Practitioner review: clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(8):819–833.
- (102) Observatoire National de la protection de l'Enfance. [Enligne] <https://onpe.gouv.fr>. Consulté le 03/03/2020.
- (103) Stovall-McClough K, Dozier M. Forming attachments in foster care: Infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Dev Psychopathol*. 2004; 16(2), 253-271.
- (104) Haute Autorité de Santé. *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir*. Octobre 2014 : Rapport d'élaboration. [Enligne] Repéré à : https://www.has.sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
- (105) Carlson EA, Hostinar C, Mliner SB, Gunnar MR. The Emergence of Attachment following Early Social Deprivation. *Dev Psychopathol*. 2014; 26: 1-11.
- (106) Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachment disorders and disorganized attachment: Similar and different. *Attach Hum Dev*. 2003 ; 5 (3): 313-320.

- (107) Maclean K. The impact of institutionalization on child development. *Dev Psychopathol.* 2003 ; 15(4) : 853-884.
- (108) Smyke AT, Zeanah CH, Fox NA, Nelson CA, Guthrie D. Placement in Foster Care Enhances Quality of Attachment Among Young Institutionalized Children. *Child Dev.* 2010; 81(1): 212–2
- (109) Smyke AT, Zeanah CH, Gleason MM, Drury SS, Fox NA, Nelson CA, Guthrie D. A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *Am J Psychiatr.* 2012; 169(5): 508-514.
- (110) Stovall K, Dozier M. The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Dev Psychopathol.* 2000; 12(2): 133-156.
- (111) Cyr C, Euser E, Bakermans-Kranenburg M, Van Ijzendoorn M. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Dev Psychopathol.* 2010; 22(1): 87-108.
- (112) Maccoby EE. Socialization and developmental change. *Child Dev.* 1984 ; 55(2), 317–328.
- (113) Ongari B, Tomasi F. Représentations d'attachement chez des enfants adoptés et chez leurs parents. 2010 ; 22 : 109-131.
- (114) Euillet S, Spencer R, Troupel-Cremel O, Fresno A, Zaouche Gaudron C. Les représentations d'attachement des enfants accueillis et des enfants adoptés. *Enfance.* 2008 ;60 : 63-70.
- (115) Vorria P, Wolkind S, Rutter M, Pickles A, Hobsbaum A. A Comparative Study of Greek Children in Long-term Residential Group Care and in Two-parent Families: I. Social, Emotional, and Behavioural Differences. *J Child Psychol Psychiatry.* 1998; 39: 225-236.
- (116) Dozier M, Rutter M. Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. In Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* New York: The Guilford Press ; 2008, 698–717.
- (117) Dozier M, Lindhiem O, Lewis E, Bick J, Bernard K, Peloso E. Effects of a Foster Parent Training Program on Young Children's Attachment Behaviors: Preliminary Evidence from a Randomized Clinical Trial. *Child Adolesc Soc Work J.* 2009; 26(4): 321-332.
- (118) Jonkman CS, Oosterman M, Schuengel C, Bolle EA, Boer F, Lindauer RJ. Disturbances in attachment: inhibited and disinhibited symptoms in foster children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2014; 8: 21.
- (119) Lind T, Lee Raby K, Caron E, Roben C, Dozier M. Enhancing executive functioning among toddlers in foster care with an attachment-based intervention. *Dev Psychopathol.* 2017; 29(2): 575-586.
- (120) Rygaard NP. *L'enfant abandonné. Guide de traitement de troubles de l'attachement.* 2ème éd. Belgique : De Boeck supérieur, 2007, 261 p.
- (121) Croft C, Beckett C, Rutter M, Castle J, Colvert E, Groothues C, Hawkins A, Kreppner J, Stevens SE, Sonuga-Barke EJ. Early adolescent outcomes of institutionally-deprived and non-deprived adoptees. II: language as a protective factor and a vulnerable outcome. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007; Jan;48(1):31-44.

- (122) Kay C, Green J. Reactive Attachment Disorder following Early Maltreatment: Systematic Evidence beyond the Institution. *J Abnorm Child Psychol*. 2012; 41(4): 571-81.
- (123) O'Connor TG, Bredenkamp D, Rutter M, Inst of Psychiatry London U, English & Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*. 1999; 20(1), 10–29.
- (124) Lyons-Ruth K, Bureau JF, Riley CD, Atlas-Corbett AF. Socially indiscriminate attachment behavior in the Strange Situation: convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Dev Psychopathol*. 2009; 21(2): 355-72.
- (125) Zeanah CH, Smyke AT, Dumitrescu A. Attachment Disturbances in Young Children. II: Indiscriminate Behavior and Institutional Care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 41(8), 983-998.
- (126) Bruce J, Tarullo A, Gunnar MR. Disinhibited Social Behavior Among Internationally Adopted Children. *Dev Psychopathol*. 2009; 21: 157-71.
- (127) Gleason MM., Fox NA, Drury SS, Smyke AT, Nelson CA, Zeanah CH. Indiscriminate behaviors in previously institutionalized young children. *Pediatr*. 2014; 133(3): 657-65.
- (128) Oliveira P, Soares I, Martins C, Silva J, Marques S, Baptista J, Lyons-Ruth K. Indiscriminate behavior observed in the Strange Situation among institutionalized toddlers: Relations to caregiver report and to early family risk. *Infant Ment Health J*. 2012; 33: 187-196.
- (129) FAQ Mineurs Non Accompagnés. [Enligne]
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/FAQ_mineurs_isoles.PDF. Consulté le 03/03/2020.
- (130) Chaffin M1, Hanson R, Saunders BE, Nichols T, Barnett D, Zeanah C, Berliner L, Egeland B, Newman E, Lyon T, LeTourneau E, Miller-Perrin C. Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems. *Child Malt*. 2006; 11(1): 76–89.
- (131) Rutter M, Kreppner J, Sonuga-barke E. Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *J Child Psychol Psychiatry*. 2009; 50(5), 529-543.
- (132) Frankard,A. Pathologie du lien et attachement : aux sources de l'étayage. *Dialogue*. 2007; 176(2), 105-117.
- (133) Meltzer H, Gatward R, Corbin T, Goodman R, Ford T. The mental health of young people looked after by local authorities in England. 2002. [Enligne] Repéré à :
<https://pdfs.semanticscholar.org/3eaf/ad1b6d43dfd7d3199ee3002a4ffe3dc8ef66.pdf>. Consulté le 03/03/2020.
- (134) Minnis H, Macmillan S, Pritchett R, Young D, Wallace B, Butcher J, Sim F, Baynham K, Davidson C, Gillberg C. Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *Br J Psychiatry*. 2013;202(5), 342–6.
- (135) Hallet F, Beaufort M. L'enfant souffrant de troubles de l'attachement. [Enligne]
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/52057590/1-Lenfant-souffrant-de-.pdf?response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DLENFANT_SOUFFRANT_DE_TROUBLES_DE_L

ATTACH.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200303%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200303T220010Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=fe1d42ba241008fa91a353a920340cd7cbf36b5bf80dfaf3a556546ee4a5fdbc. Consulté le 03/03/2020.

- (136) Monette S, Terradas MM, Boudreault MY, Carrier A, Ruest-Bélanger A, Robert A, Couture S. Troubles de l'attachement : validation d'un questionnaire basé sur le DSM-5. *Enf.* 2018 ; 4(4), 511-532.
- (137) Ziv Y, Oppenheim D, Sagi-Schwartz A. Social information processing in middle childhood: relations to infant-mother attachment. *Attach Hum Dev.* 2004 ; 6(3):327-48.
- (138) Moss E, St-Laurent D. Attachment at school age and academic performance. *Dev Psychol.* 2001 ; 37(6) : 863-874.
- (139) Aber JL, Allen JP. Effects of maltreatment on young children's socioemotional development: An attachment theory perspective. *Dev Psychol.* 1987; 23(3), 406–414.
- (140) Nolin, P. Neuropsychologie et maltraitance chez l'enfant. 2002. Conférence présentée au congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.
- (141) Meins E, Fernyhough C, Wainwright R, Das Gupta M, Fradley E, Tuckey M. Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Dev.* 2002;73(6):1715-26.
- (142) Miljkovitch R. Chapitre 16. Les conduites addictives comme réponse à l'insécurité d'attachement. In Corcos M, Pham-Scottez A, Speranza M. *Troubles de personnalité borderline à l'adolescence.* Paris: Dunod; 2013, 227-236. [Enligne]
https://www.researchgate.net/profile/Raphaela_Miljkovitch/publication/263811407_L%27insecurite_d%27attachement_comme_facteur_de_vulnerabilite_a_l%27usage_excessif_d%27Internet/links/54b4fe6a0cf28ebe92e4a7b4/Linsecurite-dattachement-comme-facteur-de-vulnerabilite-a-lusage-excessif-dInternet.pdf
- (143) Bigras M, Paquette D, LaFrenière P. Pluralité des troubles socio-affectifs et attachement chez les petits. *Enfance.* 2001; 53(4), 363-378.
- (144) Moss E, Smolla N, Guerra I, Mazzarello T, Chayer D, Berthiaume C. Attachement et problèmes de comportements intériorisés et extériorisés auto-rapportés à la période scolaire. *Can Journal Behav Sci.* 2006; 38(2) : 142-157.
- (145) Atger F. L'attachement à l'adolescence. *Dialogue.* 2007;175(1), 73-86.
- (146) Gloger-Tippel G, König L, Lahl O. Représentations d'attachement évaluées avec les histoires à compléter et troubles du comportement chez des enfants de 6 ans. *Enfance.* 2008 ; 60 : 42-50.
- (147) Tasca GA, Balfour L. Attachment and Eating Disorders: A Review of Current Research. *Int J Eat Disord.* 2014 ; 47(7): 710-7.
- (148) Genest AA, Mathieu C. Lien entre troubles de personnalité, troubles de l'attachement et comportements violents : synthèse des écrits. *Santé mentale au Québec.* 2011; 36 (2), 161–180.

- (149) Levy TM, Orlans M. Attachment disorder as an antecedent to violence and antisocial patterns in children. In TM Levy. Handbook of attachment interventions. Academic Press; 2000, 1-26.
- (150) Davidson C, O'Hare A, Mactaggart F, Green J, Young D, Gillberg C, Minnis H. Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: Improving diagnostic validity through structured assessment. *Res Dev Disabil.* 2015 ; 40 : 63-72.
- (151) Zeanah CH, Boris NW. Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In Zeanah CH. Handbook of infant mental health. The Guilford Press; 2000, 353–368.
- (152) Giltaij HP, Sterkenburg PS, Schuengel C. Psychiatric diagnostic screening of social maladaptive behaviour in with mild intellectual disability: differentiating disordered attachment and pervasive developmental disorder behavior. *Intellect Disabil Res.* 2015; 59(2): 138-149.
- (153) Leslie L, Gordon J, Ganger W, Gist K. Developmental delay in young children in child welfare by initial placement type. *Infant Ment Health J.* 2002; 23. 496 - 516.
- (154) Kerns KA, Abraham MM, Schlegelmilch A, Morgan TA. Mother – child attachment in later middle childhood: Assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attach Hum Dev.* 2007; 9(1): 33-53.
- (155) Storebø OJ, Rasmussen PD, Simonsen E. Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. *J Atten Disord.* 2016; 20(2): 187–196.
- (156) Franc N, Maury M, Purper-Ouakil D. ADHD and attachment processes: are they related?. *L'Encéphale.* 2009; 35(3): 256-61.
- (157) Scholtens S, Rydell AM, Bohlin G, Thorell L. ADHD Symptoms and Attachment Representations: Considering the Role of Conduct Problems, Cognitive Deficits and Narrative Responses in Non-Attachment-Related Story Stems. *J Abnorm Child Psychol.* 2014 ; 42(6):1033-42.
- (158) Follan M, Anderson S, Huline-Dickens S, Lidstone E, Young D, Brown G, Minnis H. Discrimination between attention deficit disorder and reactive attachment disorder in school-aged children. *Research in developmental disabilities.* 2011; 32: 520-6.
- (159) Dolev S, Oppenheim D, Koren-Karie N, Yirmiya N. Early attachment and maternal insightfulness predict educational placement of children with autism. *Res Autism Spectr Disord.* 2014; 8(8): 958-967.
- (160) Vivanti G, Nuske H. Autism, attachment, and social learning: Three challenges and a way forward. *Behav Brain Res.* 2016; 325: 251-259.
- (161) Teague SJ, Gray KM, Tonge BJ, Newman LK. Attachment in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Res Autism Spectr Disord.* 2017; 35: 35-50.
- (162) Wahl E, Isnard P, Guedeney A. Attachement désorganisé et sémiologie autistique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2011 ; 59(3) :149-156.
- (163) Willemsen-Swinkels SH, Bakermans-Kranenburg MJ, Buitelaar JK, van IJzendoorn MH, van Engeland H. Insecure and disorganised attachment in children with a pervasive developmental disorder: relationship with social interaction and heart rate. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000 Sep;41(6):759-67.

- (164) Sadiq FA, Slator L, Skuse D, Law J, Gillberg C, Minnis H. Social use of language in children with reactive attachment disorder and autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 21, 267–276.
- (165) Davidson C, O'Hare A, Mactaggart F, Green J, Young D, Gillberg C, Minnis H. Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: improving diagnostic validity through structured assessment. *Res Dev Disabil*. 2015; 40, 63-72.
- (166) Rutter M, Kreppner J, Croft C, Murin M, Colvert E, Beckett C, Castle J, Sonuga-Barke E. Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(12),1200-7.
- (167) Roskam I, Kinoo P, Nassogne MC. L'enfant avec troubles externalisés du comportement : approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2007 ; 55(4) : 204-213.

ANNEXES

Annexe 1

Prévalence des troubles mentaux en fonction du temps, par type de placement

Non reproduit par respect du droit d'auteur

Source :

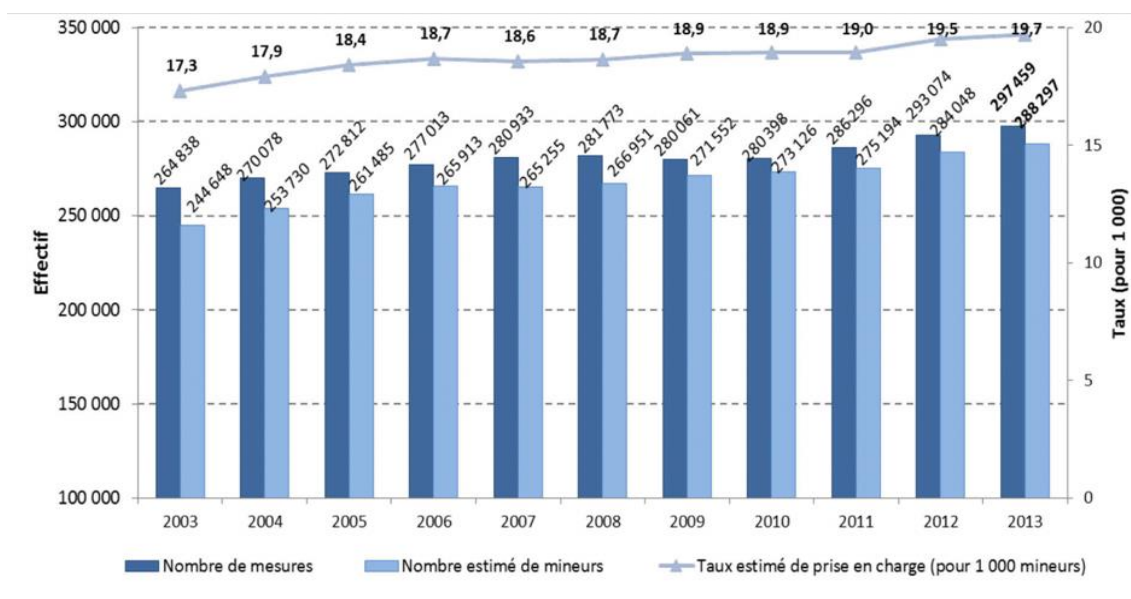
Meltzer H, Gatward R, Corbin T, Goodman R, Ford T. The mental health of young people looked after by local authorities in England. 2002.

Figure 4.7. Prevalence of mental disorder by placement type.

Repéré à : <https://pdfs.semanticscholar.org/3eaf/ad1b6d43dfd7d3199ee3002a4ffe3dc8ef66.pdf>

Annexe 2

Prise en charge des mineurs en protection de l'enfance – évolution de 2003 à 2013



Source :

Drees, DPJJ, Insee (estimations de population au 1er janvier 2014, résultats provisoires arrêtés fin 2014), calculs ONPE. Onzième rapport au gouvernement et au parlement, octobre 2016.

Fig.III.2-2 : Évolution des prises en charge des mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2003 à 2013)

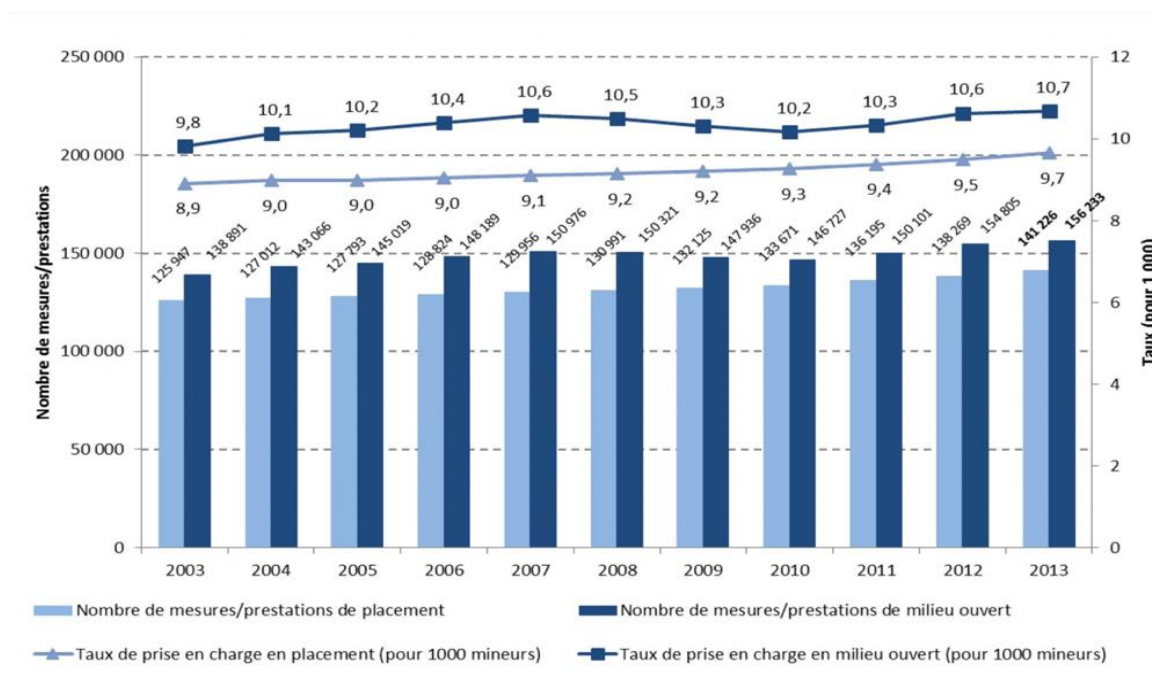
Champ : mineurs (0-17 ans) faisant l'objet d'au moins une mesure en protection de l'enfance, France entière.

Repéré à : <https://www.onpe.gouv.fr>.

Reproduit avec l'aimable autorisation de l'ONPE.

Annexe 3

Taux de prise en charge en milieu ouvert et placements des mineurs – évolution de 2003 à 2013



Source :

Drees, DPJJ, Insee (estimations de population au 1er janvier 2014, résultats provisoires arrêtés fin 2014), calculs ONPE. Onzième rapport au gouvernement et au parlement, octobre 2016.

Fig. III.2-9 : Nombre de mesures/prestations de placement ou de milieu ouvert, et estimation du taux de mineurs faisant l'objet d'au moins une mesure/prestation de placement ou de milieu ouvert au 31 décembre (de 2003 à 2013).

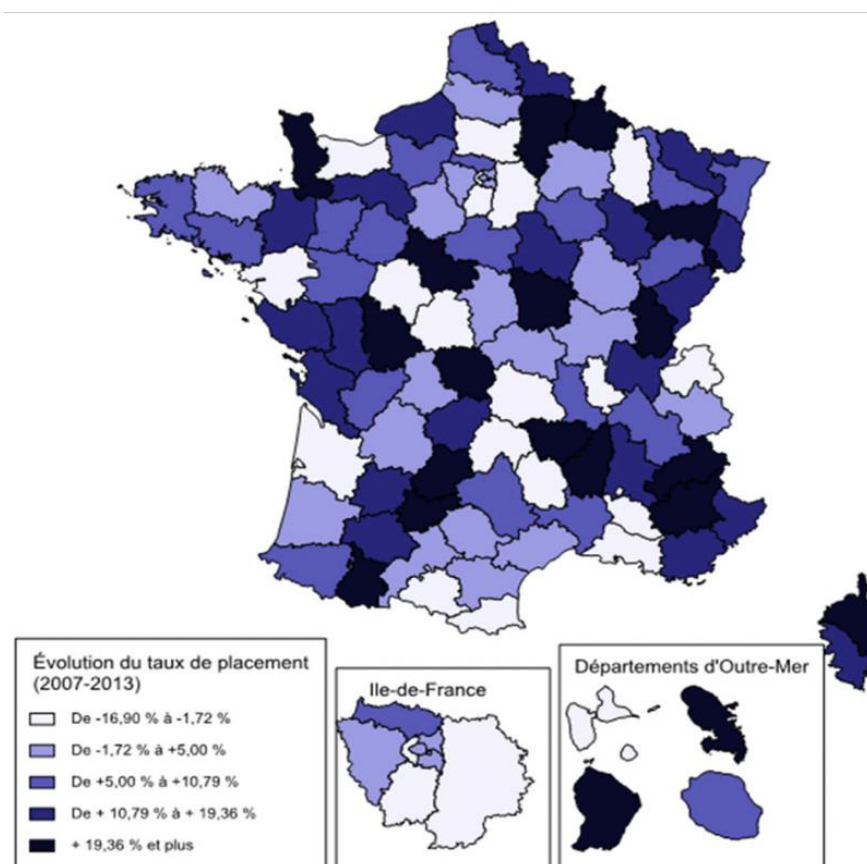
Champ : ensemble des mesures en protection de l'enfance pour les mineurs (0-17ans), France entière.

Repéré à : <https://www.onpe.gouv.fr>

Reproduit avec l'aimable autorisation de l'ONPE.

Annexe 4

Évolution du taux de prise en charge en placement des mineurs – 2007 à 2013



Source :

Drees, DPJJ, Insee (estimations de population au 1er janvier 2014, résultats provisoires arrêtés fin 2014), calculs ONPE. Onzième rapport au gouvernement et au parlement, octobre 2016.

Fig III.2-12 : Cartographie de l'évolution du taux de prise en charge en placement des mineurs entre 2007 et 2013 (en %).

Champ : mineurs (0-17 ans) faisant l'objet d'au moins une mesure de placement, France entière.

Repéré à : <https://www.onpe.gouv.fr>

Reproduit avec l'aimable autorisation de l'ONPE.

CAS CLINIQUES

Cas clinique 1

Cas de Clémentine et d'Antoine

Source : *Mémoire de Master 2 de Psychologie - Placement familial et relation d'attachement multiple :*

Étude exploratoire des modèles internes opérants chez les enfants âgés de 7 à 10 ans

Études de cas, dans le cadre d'un Master 2 en Psychologie du développement typique et atypique et de l'éducation de la petite enfance à l'adolescence, option recherche - Année universitaire 2017/2018 - Université de Bordeaux - Marie Boissière. Sous la codirection de : Véronique Rouyer, Professeure de Psychologie du Développement de l'enfant ; et de Camille Brisset, MCF en Psychologie du Développement et Psychologie interculturelle.

PROTOCOLE UTILISÉ DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE

- *Il s'agissait dans un premier temps d'obtenir des éléments du dossier social afin de repérer les informations liées à son parcours de placement et d'évaluer sa trajectoire développementale.*
- *Dans un second temps, nous avons proposé à l'enfant de réaliser un dessin de la famille afin de nous aider à appréhender sa place et ses liens dans la famille d'accueil. La consigne était la suivante : « Dessines les personnes avec qui tu vis ». Une feuille blanche A4 était présentée horizontalement. L'examineur fournissait les crayons de couleur en bois. L'enfant devait y noter son nom et son âge. Il devait également inscrire le nom, l'âge et le sexe de chacun des personnages, et expliquer son lien avec eux.*
- *Par la suite, nous reprenions avec l'enfant certains des points de son parcours de placement, puis nous réalisons un entretien semi-directif basé sur la Child Attachment Interview (Shmueli-Goetz et al., 2008), modifié pour la passation auprès d'enfants placés, afin d'évaluer des situations où le système d'attachement doit s'activer.*
- *Une double approche était utilisée: catégorielle et dimensionnelle.*

CLÉMENTINE

- Histoire de vie : Clémentine, 9 ans, a été placée une première fois à l'âge de 8 mois dans une première famille d'accueil, puis dans sa famille d'accueil actuelle à l'âge de 5 ans. Elle n'a jamais connu d'institution. Elle a été placée dans le cadre de difficultés sociales et d'une déficience intellectuelle des deux parents. Elle a un demi-frère maternel, pour lequel une mesure de placement est en cours, qu'elle voit ponctuellement. Elle a également une demi sœur du côté paternel, qui vit chez son père. Elle voit son père régulièrement, deux fois par mois. Elle voit peu sa mère. Les liens aux deux parents restent fragiles du fait de leur propres difficultés. Elle a pu voir, plus jeune, sa grand-mère maternelle et son grand-père paternel, mais les liens ont été rompu. Sa famille d'accueil est composé d'Hélène, son assistante familiale, Jacques, le conjoint d'Hélène, et Alexandre, 13 ans, un autre enfant accueilli. Elle bénéficie d'un accompagnement psychologique depuis l'arrivée dans sa famille d'accueil

actuelle, suite à ce changement important. Elle a également bénéficié dans le passé d'une prise en charge orthophonique et diététicienne.

- Résultats:

Dans le cas de Clémentine, les éléments du dossier social semblent indiquer que Clémentine a réussi à nouer une relation avec les adultes de la famille d'accueil. Bien qu'elle ait besoin d'être rassurée régulièrement dans sa relation avec son assistante familiale et son conjoint, Clémentine semble, au regard de son parcours, évoluer favorablement. La relation qu'elle a noué est cependant plus difficile à évaluer pour Jacques, qui intervient moins fréquemment auprès de Clémentine.

Durant l'entretien, Clémentine exprime facilement son attachement à son assistante familiale. Après l'entretien, nous avons eu l'occasion de voir Clémentine interagir avec son assistante familiale. Cette dernière est douce, prend le temps de lui expliquer les choses. Elles se montrent leur affection de façon adaptée. Cependant, Clémentine semble consciente du contexte professionnel de la situation, à la fois pendant l'entretien en précisant son parcours de placement ; puis après l'entretien, quand elle exprime son souhait de rester accueillie dans cette famille d'accueil « toute sa vie », tout en entendant facilement la réponse de son assistante familiale qu'elle restera accueillie « tant que cela sera nécessaire et possible ».

Le dessin ne donne que peu d'éléments concernant les représentations d'attachement. En effet, les éléments sont contradictoires si l'on compare ses réponses avec la grille de cotation du dessin de la famille. Il permet en revanche d'entrer en contact avec Clémentine et de lui faire décrire les trois personnes constituant sa famille d'accueil. Même si elle se dessine en dehors de cette famille, elle apparaît souriante.

Les réponses qu'elle apporte à l'entretien semi-directif sont en faveur de représentations d'attachement sécurisées envers son assistante familiale et son conjoint. La description qu'elle fait d'eux, peut-être « trop positive » est probablement à mettre en lien avec le contexte de recherche de notre rencontre, ainsi qu'avec son besoin de réassurance dans ses relations en général.

ANTOINE

- Histoire de vie : Antoine, 8 ans, a été placé à l'âge de 3 ans en famille d'accueil. Il n'a jamais connu d'institution et vivait avec sa mère auparavant. Il a été placé devant des difficultés relationnelles et sociales de cette dernière, il ne connaît pas son père. Deux autres enfants de sa fratrie sont placés, un autre vit avec son père, un dernier avec sa mère. Il ne voit que quelques membres de sa fratrie, en point rencontre. Il ne voit sa mère que ponctuellement, le lien semble fragile, le père est en difficulté pour maintenir une relation stable. Sa famille d'accueil est composée de Christelle, son assistante familiale, Maxime, 9 ans, un autre enfant accueilli il y a un an, et Élodie, la fille de son assistante familiale. Il a connu la séparation conjugale de Christelle et de son ex-conjoint. Il semble être assez proche de Maxime bien que son arrivée, un an auparavant, ait nécessité une réassurance dans sa relation avec son assistante familiale. Il bénéficie d'un accompagnement psychologique depuis qu'il a présenté, il y a quelques mois, une agitation et des troubles de l'attention.

- Résultats :

Dans le cas d'Antoine, les éléments du dossier social indiquent qu'Antoine a réussi à nouer une relation avec l'adulte de la famille d'accueil. Antoine semble, au regard de son parcours, évoluer favorablement. Pendant l'entretien, Antoine alterne des moments où il est d'apparence calme, répondant peu aux questions (« je ne sais pas », « c'est dur ») mais faisant tomber plusieurs son crayon par terre, corrigeant son dessin ; et des moments où il semble physiquement plus agité mais pendant lesquels il est plus informatif, sur sollicitations. Dès la fin de l'entretien, il apparaît plus détendu, le discours est fluide. Il exprime peu ses émotions et reste neutre dans la description des personnes vivant à ses côtés. Notamment, Antoine semble distant quand il s'agit d'exprimer ses émotions envers son assistante familiale, ce qui ne va pas dans le sens des éléments du dossier social. Cette observation est sans doute à mettre en lien avec le contexte de notre rencontre ; en effet, on peut supposer que ce cadre de recherche suscite de l'anxiété et le respect d'une certaine distance chez Antoine.

Il interagit peu avec son assistante familiale le temps de ma visite. Cependant, il a besoin d'être rassuré dans sa relation en exprimant le besoin de plus de temps en duel avec elle. Par ailleurs, il fait souvent référence à Maxime. Il l'évoque dans des situations où il a eu besoin d'aide, ainsi que quand il raconte des moments de plaisir. Après l'entretien, Maxime nous rejoint rapidement dès que nous ouvrons la porte, vient s'asseoir au bureau et jouer avec Antoine.

Les résultats obtenus sont moins francs le concernant. Le dessin ne donne que peu d'éléments concernant les représentations d'attachement. Les éléments sont en effet contradictoires si l'on compare ses réponses avec la grille de cotation du dessin. Il permet en revanche d'entrer en contact avec Antoine et de lui faire décrire les trois personnes constituant sa famille d'accueil. Même si il ne se dessine pas, tous les personnages apparaissent souriants.

Les réponses qu'il apporte à l'entretien semi-directif ne sont pas si claires concernant ses représentations d'attachement. En effet, certains scores obtenus ne sont pas ceux attendus pour une représentation d'attachement sécurisée.

Cas clinique 2

Trouble de l'attachement chez le nourrisson et l'enfant - Vignette clinique : Baptiste

Baptiste, 8 ans, est accompagnée par son assistante familiale au Centre Médico-Psychologique, pour une évaluation pédopsychiatrique, en décembre 2019.

Il a une grande sœur, Cléa, 10 ans, placée dans une autre famille d'accueil. Baptiste a été placé à l'âge de 9 mois, dans sa famille d'accueil actuelle, dans un contexte de négligence maternelle, et de violence intrafamiliale et notamment conjugale. Au moment du placement, Cléa est également accueillie auprès de la même assistante familiale que Baptiste. Cependant, au vu du retard psychomoteur global de Cléa, ainsi que des troubles du comportement avec agressivité physique répétée, elle est rapidement placée dans une autre famille.

A ce jour, Baptiste voit ses parents dans le cadre de visites médiatisées, et voit sa sœur en point rencontre. Sa famille d'accueil est composée de Mathilde, son assistante familiale, Gérard son époux, Timéo un des fils du couple âgé de 16 ans, et Louise 9 ans une autre enfant accueillie. Le couple a également 3 autres enfants biologiques, qui sont déjà partis du domicile parental.

A l'arrivée de Baptiste, celui-ci présentait des difficultés d'interaction avec un retrait passif, il pleurait peu, était peu expressif. Il est décrit comme un enfant très calme, bien qu'il soit tout de même capable de se signaler aux adultes si besoin. Au domicile parental, il avait l'habitude de prendre son biberon seul, calé entre des coussins sur le canapé. Il était régulièrement bousculé par sa grande sœur, très agitée. Il avait également failli se noyer à plusieurs reprises dans le bain, suite à un défaut de surveillance de sa mère. Ainsi, au domicile d'accueil, le maternage proposé a mis du temps à être accepté par Baptiste, il s'adaptait mal à la prise dans les bras. L'alimentation était difficile. Les soins d'hygiène, et notamment le bain, étaient source d'angoisse pour lui. Par ailleurs, Baptiste ne présentait de retard dans son développement psychomoteur. Son seul antécédent somatique notable est une convulsion fébrile, vers l'âge de 5 ans.

Actuellement Baptiste ne présente pas de retard dans les apprentissages, il a quelques bons copains. Il peut jouer seul ou avec d'autres enfants, a accès au symbolique. Il présente ce que l'assistante familiale appelle un trouble de l'oralité, pris en charge par une orthophoniste et un kinésithérapeute. Il reste méfiant de façon globale, toujours en retrait dans la relation, voire "froid" d'après son assistante familiale. On retrouve également quelques éléments anxieux.

Pendant le bilan, Baptiste s'est montré calme, de bon contact, euthymique. Le discours était organisé et adapté. Cependant, il s'est montré distant, a peu exprimé ses émotions. Le jeu était centré sur des conflits intrafamiliaux, sur une lutte perpétuelle entre un personnage qui vole les biens matériels de son frère, et qui n'aime pas la famille de ce frère "qui a tout en or". Le voleur finit dans un "lit-prison" au milieu de cette même famille qu'il a volé. Il y a beaucoup d'enfants dans cette famille, d'âges très différents, et que Baptiste tient à faire partir à l'école le matin, chacun dans une école adaptée à son âge, et tous dans une seule grande voiture.

Au terme de ce bilan, la poursuite des prises en charge déjà en place et la mise en place d'un suivi psychothérapeutique ont été préconisés.

Cas clinique 3

Trouble de l'attachement chez l'adolescent - Vignettes cliniques : Marion et Damien

MARION, 17 ans

Marion est une jeune fille de 17 ans. Elle a été placée à l'âge de 3 ans, en placement provisoire puis judiciaire suite à des révélations de violences sexuelles de la part des compagnons successifs de sa mère, avec l'accord de celle-ci. Elle a une grande sœur qu'elle voit peu, ne connaît pas son père. Sa mère est actuellement encore en prison pour les faits, elle a peu de contact avec Marion et a été déchue de l'autorité parentale.

Marion est initialement placée dans une famille d'accueil jusqu'à ses 13 ans, période à laquelle des troubles du comportement graves avec mises en danger répétées (des passages à l'acte hétéroagressifs, des fugues, des mises en danger au sein des relations avec les pairs) et une déscolarisation entraînent le placement en foyer départemental de l'enfance. Elle est rapidement hospitalisée du fait de la persistance de ces troubles en collectivité, pendant plusieurs mois, en unité de soins aigus puis de réadaptation. Une nouvelle tentative de placement en famille d'accueil y est réalisée mais est rapidement mise en échec. Le cadre institutionnel et la mise en place d'un traitement médicamenteux par un thymorégulateur avait permis une stabilisation clinique relative. Cet apaisement psychique avait par la suite permis à Marion d'être plus apaisée et accessible aux soins, le traitement médicamenteux avait donc pu être arrêté et elle avait pu reprendre une scolarisation adaptée.

A l'âge de 16 ans, elle est alors accueillie en M.E.C.S. Rapidement, les troubles du comportement reviennent. Marion présente en effet une dysrégulation émotionnelle majeure, associée à des comportements de mises en danger (consommation massive de toxiques, suspicion de prostitution). Elle présente également un comportement d'opposition, une difficulté croissante à s'insérer dans un groupe, une mise en échec des projets professionnels. Elle fugue à de nombreuses reprises. Dans ses relations sociales, elle peut être inadaptée envers ses pairs ou les adultes. En effet, elle peut être dans la manipulation, peut avoir des comportements sexualisés, par périodes. Lors d'une dernière fugue et après une consommation massive d'alcool, elle présente une crise clastique importante dans sa chambre, détruit également des véhicules et des vitrines à l'extérieur. Une plainte est déposée et Marion est reçue par le magistrat, une injonction de soins est ordonnée.

Dans ce contexte, elle accepte la reprise d'un traitement médicamenteux par un thymorégulateur, et la mise en place de suivis pédopsychiatrique, psychologique et psychomoteur. Cette reprise de soins permet doucement une stabilisation psychique. Marion est plus apaisée, dans l'alliance avec les professionnels. Son projet de vie, et notamment professionnel, peut à nouveau être travaillé avec elle.

DAMIEN, 17 ans

Damien a été placé pour la première fois à l'âge de 3 ans et demi. Il a dû changer à plusieurs reprises de famille d'accueil et de lieux de vie en collectivité du fait de troubles du comportement : une agitation psychomotrice, des crises clastiques, des passages à l'acte hétéroagressifs, des fugues. Les

relations y étaient compliquées avec les adultes et les pairs. Il n'est actuellement plus accueilli par sa mère à la demande de celle-ci, les relations avec le beau-père, malade, étant particulièrement tendues. Ils gardent cependant contact par téléphone. Avec sa mère, les relations sont difficiles, Damien rapporte des violences verbales entre lui, sa mère et son beau-père. Il a très peu de contact avec son père, il fugue souvent pour le rejoindre mais ce dernier le renvoie rapidement, parfois sans le voir. Du côté paternel, il a une demi-sœur, âgée de 31 ans, qui a elle-même une fille de 2 ans et demi, qu'il ne voit plus.

Sur le plan scolaire et professionnel, il a un niveau CM2, et a bénéficié de prises en charge en I.T.E.P., I.M.E. et I.M.Pro. Cependant, les projets n'ont jamais pu aboutir du fait de ses troubles. L'accompagnement est toujours difficile. Damien a besoin d'un encadrement permanent.

Concernant ses antécédents médicaux, il est noté plusieurs fractures, des séances de kinésithérapie suite à des douleurs dorsales chroniques, un surpoids dans l'enfance suivi par une diététicienne. Il a été hospitalisé à 2 reprises en hôpital psychiatrique à l'âge de 12 ans puis de 16 ans. Il a également bénéficié d'une prise en charge en hôpital de jour pendant plusieurs années. Plusieurs traitements médicamenteux par des neuroleptiques, des thymorégulateurs, des anxiolytiques et des sédatifs ont été essayé, sans amendement des troubles.

À l'heure actuelle, Damien peut se montrer calme et de bon contact, mais rapidement fatigable. Quand il est calme, le discours est organisé, sans trouble du cours ni du contenu de la pensée. Son moral est fluctuant, il se dit irritable. Sans traitement, il présente des troubles du sommeil avec un trouble de l'endormissement. Il présente également des épisodes d'anxiété majeure où il doit aller hurler à l'extérieur pour se soulager. Il menace souvent ses pairs ou les adultes. Il ne critique pas les passages à l'acte, ne semble pas avoir conscience de la gravité de ses actes. Il dit ne pas se contrôler dans ses états de "crise", la pensée se désorganisant dans ces moments. Même s'il finit par s'apaiser, sur une durée d'au maximum 1h nous dit-il, il a du mal à repérer les moments de tension interne. Il nous explique que le passage à l'acte permet de le soulager. Il dit ne pas supporter le regard des autres, qui est bien souvent négatif d'après lui, ainsi que les insultes. Il a besoin d'être revaloriser. Lors de sa dernière hospitalisation, il dit avoir présenté beaucoup de violences verbales et physiques envers les pairs et les soignants, il n'y supportait pas les comportements des autres, sans réelle raison. Il nous dit qu'il a dû être contenu physiquement à de nombreuses reprises. L'hospitalisation avait fini par être difficile à supporter. Il admet à demi-mot avoir besoin d'un traitement médicamenteux, ne le prend actuellement que partiellement. Par ailleurs, il dit consommer jusqu'à 1 paquet par jour de tabac. Les traitements substitutifs qui ont été essayés sont sans effet sur lui à ses dires. Il rapporte des consommations d'alcool qui restent assez ponctuelles mais massives. Au niveau familial, il y aurait également des problèmes d'addiction. De plus, il rapporte des céphalées fréquentes, pulsatiles avec une photophobie associée, depuis 1 an environ. Il prend très régulièrement des antalgiques de palier 1, partiellement efficace.

Damien ne s'inscrit dans aucun projet pour l'avenir. Il se dit inquiet, souhaiterait pouvoir travailler, mais il entend encore difficilement devoir dépendre d'un milieu protégé. Il dit être bien inséré socialement, ce qui ne semble pas être la réalité au vu des conflits répétés avec ses pairs. Il est capable de participer à certaines activités proposées, seul ou en groupe, mais les met rapidement en échec.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

RÉSUMÉ

Il est désormais acquis que l'enfant placé peut développer une relation d'attachement avec son nouveau *caregiver*, sous certaines conditions. Cependant, nous pouvons nous questionner sur sa continuité et sa stabilité dans le temps. De plus, on ne pourra parler de troubles que lorsque le comportement de l'enfant perturbe de façon significative ses capacités à interagir avec les adultes ou ses pairs. A ce jour, en France, il n'existe pas de recommandation de la Haute Autorité de Santé concernant l'évaluation clinique de l'attachement et des troubles de l'attachement dans le cas des enfants placés. Pourtant, le contexte de placement, l'utilisation d'outils variés dans les études et les nombreux troubles associés, rendent difficiles le diagnostic en pratique clinique. Le clinicien devra réunir des informations provenant de plusieurs sources concernant les facteurs influençant le système d'attachement, l'histoire développementale et les antécédents médicaux, le fonctionnement psychique globale de l'enfant et l'histoire des comportements d'attachement. Concernant l'observation clinique, il devra obtenir une série d'observation directe de l'enfant interagissant avec son *caregiver* principal et avec l'adulte non familial. Il faudra alors combiner des situations de jeu, d'apprentissage et de séparation-retrouvailles. Plusieurs outils existent concernant l'évaluation de l'attachement et des troubles de l'attachement, et peuvent aider le clinicien en pratique clinique. L'état actuel des connaissances scientifiques n'est pas en faveur de la réalisation d'examens complémentaires, mais des bilans supplémentaires (psychologique, psychomoteur, orthophonique) devront être demandés en fonction des manifestations cliniques.

MOTS CLÉS

Attachement, Troubles de l'attachement, Enfants placés, Diagnostic, Évaluation clinique.

ABSTRACT

It is now accepted that the child placed in institution or in foster family can develop an attachment relationship with his new caregiver, under certain conditions. However, we can question its continuity and its long term stability. In addition, attachment disorders are defined by a significant difficulty in interactions with adults or peers. To date, in France, there is no recommendation by the French National Authority for Health (HAS) concerning the clinical assessment of attachment and attachment disorders in the child placed. However, the placement context, the use of various tools in studies and comorbidities, make diagnosis very difficult in clinical practice. The clinician has to gather information from several sources regarding the factors that influence the attachment system, the developmental history and medical history, the psychological functioning, and the history of attachment behaviors. Regarding clinical observation, he has to obtain a series of direct observations of the child interacting with his caregiver and with the unfamiliar adult. It is necessary to combine situations of play, learning and separation-reunion. Several tools for assessing attachment and attachment disorders are available, and can assist the examiner in clinical practice. The current state of scientific knowledge is not in favor of carrying out additional examinations, but additional assessments (psychological, psychomotor, speech therapy) need to be requested depending on the clinical manifestations.

KEYWORDS

Attachment, Attachment Disorder, Placed Child, Diagnostic, Clinical assessment.