

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

2015

Thèse n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

MÉMOIRE
Du DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
DE PSYCHIATRIE
(Décret du 10 septembre 1990)

Présentée et soutenue publiquement
le 26 Juin 2015 à Poitiers
par **Constance SALOMON-HAQUETTE**

Les apports de la théorie de l'attachement dans la
clinique et l'accompagnement des enfants pris en
charge en hôpital de jour à l'EMPE de Poitiers.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres :

Monsieur le Professeur Jean Louis SENON

Monsieur le Professeur Guillaume LEVARD

Madame le Docteur Nicole PENARD

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nicole PENARD

Mais si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde.

Extrait du *Petit Prince* d'Antoine de Saint Exupéry

Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie – radiothérapie (**en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014**)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUT Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À ma maman et à Eric, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Vous avez toujours été aimants, présents et soutenant et je vous en serais éternellement reconnaissante.

À Madame le Dr PENARD, Directrice de cette thèse, qui a toujours été bienveillante, disponible et soutenant dans la vie personnelle comme dans la vie professionnelle.

À Monsieur le Pr GICQUEL, pour son accompagnement clinique et ses enseignements.

À Monsieur le Pr SENON, pour sa disponibilité et la richesse de ses enseignements théoriques comme de ses supervisions cliniques.

À Monsieur Pr GUEDENAY pour sa disponibilité et son enseignement lors du Diplôme Universitaire sur « la théorie de l'attachement et ses applications cliniques » qui ont largement influencé ma pratique.

À Monsieur le Pr. LEVARD, pour sa participation à mon jury de thèse.

À Monsieur le Dr BOYER, pour son aide dans la réalisation des statistiques.

À Monsieur le Dr FICHEUX pour m'avoir transmis son « amour » de la pédopsychiatrie dès mon premier semestre d'internat et sans qui je n'aurais pas pris cette voie aujourd'hui.

À Madame le Dr CESTAC et à l'équipe soin du groupe « Théia » de l'EMPE de Poitiers pour leur accueil, leur disponibilité, leur accompagnement et leur soutien dans la réalisation pratique de ce projet de thèse.

À mes amis fidèles, Delphine et Pauline, qui ont toujours été présentes.

À Geoffroy, mon parrain d'internat, pour son amitié fidèle, son soutien et ses précieux conseils.

À Nathalie, pour son soutien et sa bienveillance.

RÉSUMÉ

La théorie de l'attachement a été introduite par John BOWLBY dans les années cinquante. Elle s'intéresse à la qualité des interactions enfant caregivers sur le développement de comportements puis de représentations d'attachement chez l'enfant. BOWLBY définit l'attachement comme un « besoin primaire » dont la fonction principale serait de garantir la proximité et la survie de l'enfant. Cette théorie a montré l'implication de l'attachement dans le développement psychique de l'enfant, et les risques psychopathologiques associés aux troubles de l'attachement. Dans ce travail, nous nous intéresserons à un domaine encore peu exploré ; l'étude des représentations d'attachement chez les enfants suivis en hôpital de jour pédopsychiatrique. Nous étudions les représentations d'attachement par la méthode des « histoires à compléter ». Sur les 7 enfants inclus, six ont été analysés. Les résultats de cette étude montrent, contrairement à ce que l'on pourrait penser, des prototypes d'attachement variables, allant de représentations d'attachement sécuritaire à des représentations d'attachement insécure désorganisé. On retrouve un prototype d'attachement insécure désorganisé chez 4 enfants, un enfant a une typologie d'attachement insécure évitant et un sécuritaire. Ces résultats montrent que malgré la variabilité des diagnostics pour lesquels ces enfants sont pris en charge en hôpital de jour, un grand nombre présente des troubles de l'attachement. Il semble important de proposer, en complément des recommandations habituelles, un accompagnement de type « attachementiste » aux parents et aux enfants pris en charge en hôpital de jour pour prévenir l'apparition ou l'aggravation de troubles psychopathologiques ultérieurs en lien avec un trouble de l'attachement.

Mots-clés : « représentation d'attachement », « histoires à compléter », « enfant d'âge scolaire », « hôpital de jour », « modèle interne opérant », « patterns attachement », « narratif », « psychopathologie », « prise en charge ».

GLOSSAIRE

La notion de « figure d'attachement » (FA). Elle correspond à la personne vers laquelle l'enfant dirige ses comportements d'attachement (BOWLBY J., 2002).

Le « havre de sécurité » correspond à la zone exploratoire où l'enfant a un sentiment de sécurité (BRETHERTON I., 1992).

La notion de « Modèle interne Opérant » (MIO) est un concept associant simultanément un modèle de soi et d'autrui. Le modèle de soi correspondrait à une image de soi comme plus ou moins digne d'être aimé, alors que le modèle d'autrui renverrait à sa perception des autres comme étant plus ou moins attentifs et sensibles à ses besoins.

La « Strange Situation » qui se traduit en français par « la situation étrange » est un instrument de mesure de l'attachement. Il s'agit d'un protocole standardisé d'observation des comportements de l'enfant dans une situation d'activation du système d'attachement.

Le trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance ou de la petite enfance ou « reactional attachment disorder » (RAD) est une affection psychiatrique présente dans le DSM III et IV.

La Classification Internationale des maladies (CIM), est une classification médicale codifiée classifiant les maladies psychiatriques et non psychiatriques. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la santé.

TABLE DES MATIÈRES

1. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES	2
1.1 <i>LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT : ASPECTS THÉORIQUES</i>	2
1.1.1 Origines et implications développementales	2
1.1.2 Concepts associés à la théorie de l'attachement	8
1.2 <i>CONSTRUCTION ET DÉVELOPPEMENT DE L'ATTACHEMENT CHEZ L'ENFANT</i>	13
1.2.1 La construction et le développement de l'attachement	14
1.2.2 Méthode d'évaluation des comportements d'attachement : La situation étrange	18
1.2.3 Les comportements d'attachement	23
1.2.4 Des comportements aux représentations d'attachement : La notion de « Modèles Internes Opérants »	25
1.2.5 Neuropsychologie de l'attachement	28
1.3 <i>LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT : ASPECTS CLINIQUES</i>	35
1.3.1 L'attachement en clinique pédopsychiatrique	35
1.3.2 Psychopathologies dans l'enfance et l'adolescence et prototypes d'attachement	36
1.3.3 Nosographie des troubles de l'attachement chez l'enfant	39
2. HYPOTHÈSE DE LA RECHERCHE ET RÉSULTATS ATTENDUS	48
3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	49
3.1 <i>OBJECTIF PRINCIPAL</i>	49
3.2 <i>OBJECTIFS SECONDAIRES</i>	49
4. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE	50
4.1 <i>CRITÈRES D'ÉVALUATION</i>	50
4.2 <i>DESCRIPTION DE LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</i>	50
4.2.1 Type de l'étude	50
4.3 <i>POPULATION DE L'ÉTUDE</i>	51
4.3.1 Critères d'inclusion	51
4.3.2 Critères de non-inclusion	51
4.4 <i>POPULATION TÉMOIN</i>	52
4.5 <i>INSTRUMENT D'ÉVALUATION : "LES HISTOIRES À COMPLÉTER"</i>	52
4.6 <i>SCHÉMA DE L'ÉTUDE ET DÉROULEMENT</i>	56
4.6.1 Spécificités des modalités de passation chez les enfants en hôpital de jour	56
4.6.2 Procédure de passation	56
4.6.3 Procédure de cotation	64
4.6.4 Procédure de codage	66
5. ANALYSES STATISTIQUES	74
5.1 <i>ANALYSE EN CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL</i>	74
5.2 <i>ANALYSE EN CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE</i>	74
6. RÉSULTATS	75
6.1 <i>Présentation générale des résultats</i>	75
6.1.1 Scores obtenus par la population des enfants étudiés	75
6.1.2 Codes diagnostics des enfants étudiés	79
6.1.3 Scores obtenus par la population témoin	81
6.2 <i>Analyse descriptive et comparative des résultats pour la population étudiée</i>	83
6.2.1 Enfant n° 1 : AN.	83
6.2.2 Enfant n°2 : AR.	86
6.2.3 Enfant n°3 : KR.	89
6.2.4 Enfant n°4 : NO.	93

6.2.5	Enfant n°5 : MI.	97
6.2.6	Enfant n°6 : YA.	100
7.	DISCUSSION	104
7.1	<i>SYNTHÈSE</i>	<i>104</i>
7.2	<i>LES POINTS FORTS DE L'ÉTUDE</i>	<i>105</i>
7.3	<i>LES LIMITES DE L'ÉTUDE</i>	<i>106</i>
7.4	<i>CONFRONTATION À LA LITTÉRATURE</i>	<i>106</i>
7.4.1	Narratifs aux histoires à compléter et psychopathologie	106
7.4.2	Les prises en charge de type « attachementiste»	107
7.5	<i>APPORTS DE CETTE ÉTUDE CHEZ LES ENFANTS EN HÔPITAL DE JOUR</i>	<i>112</i>
	CONCLUSION	113
	BIBLIOGRAPHIE	115
	ANNEXES	122
	<i>SERMENT</i>	<i>141</i>

INTRODUCTION

La théorie de l'attachement permet de mieux comprendre la place des interactions « parents-enfants » dans la construction psychique de l'enfant, en mettant en lumière, les risques d'une distorsion dans les interactions précoces sur le développement de l'attachement. Elle souligne comment un attachement insécuré ou des troubles de l'attachement peuvent influencer ultérieurement le développement de troubles psychopathologiques chez l'enfant puis chez l'adulte.

Peu d'études ont été faites sur les enfants en hôpital de jour pédopsychiatrique sur le plan des patterns d'attachement et des représentations d'attachement. Il semble essentiel dans la prise en charge de ces enfants de s'intéresser à leur accompagnement, sur le plan personnel ou familial, dans une perspective « attachementiste ».

Les enfants sécurés ont une meilleure confiance en eux, une meilleure estime de soi, et de bonnes capacités sociales. Sur le plan scolaire, ces enfants ont une attitude plus positive face au travail ; ils participent plus et ont de meilleures compétences pour les apprentissages grâce à une exploration cognitive sécurée. Ils sont aussi moins déstabilisés par les challenges et les événements de vie négatifs.

Au niveau familial, les enfants sécurés ont de meilleures interactions avec leurs parents ou leurs figures d'attachement. Ils communiquent mieux avec leurs « caregivers », et les enjeux autour de la qualité de la négociation, de l'autorité, et de la gestion des désaccords, sont de meilleure qualité.

Les enfants pris en charge en hôpital de jour peuvent avoir des difficultés dans les apprentissages et les interactions. Dans ce contexte, il semble intéressant d'étudier les prototypes d'attachement de ces enfants pour mieux connaître leurs besoins en les accompagnant vers un attachement plus sécurée.

Dans ce travail, nous nous intéresserons, après une revue des connaissances actuelles sur la théorie de l'attachement, nous étudierons les prototypes et les représentations d'attachement chez des enfants, d'âge pré scolaire et scolaire, pris en charge en hôpital de jour de pédopsychiatrie à l'EMPE de Poitiers.

1. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

1.1 LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT : ASPECTS THÉORIQUES

1.1.1 Origines et implications développementales

La théorie de l'attachement a été développée par BOWLBY dans les années cinquante. Pour l'élaboration de la théorie de l'attachement, BOWLBY s'est appuyé sur plusieurs concepts scientifiques. La théorie de l'attachement trouve ses racines dans la psychanalyse puis s'en différencie en incluant d'autres modèles développementaux basés sur l'éthologie, le darwinisme, et la cybernétique. La cybernétique inspire BOWLBY avec le concept de "d'homéostasie". Elle considère que l'être humain maintient son équilibre par une autorégulation en fonction de son environnement. Dans le domaine de l'éthologie, BOWLBY a été marqué par la présence chez de nombreuses espèces, de comportements similaires assimilables à des comportements d'attachements. Ceci permet de proposer un mode explicatif du fonctionnement humain selon une perspective de survie de l'espèce. (BOWLBY John, 2002)

Proposé par HEINROTH en 1910, puis formalisé par LORENZ à partir de 1935, le concept « imprinting » ou « empreinte » s'est intéressé au rôle et la genèse de la construction du lien entre un petit et sa mère, chez les oiseaux puis les mammifères. Le concept « imprinting » se distingue en deux composantes :

- Un comportement inné de poursuite du premier objet en mouvement lors de la naissance d'une part.
- Et la présence, d'autre part, d'une discrimination sélective, élective et spécifique de proximité d'un objet permanent de protection et de nourrissage.

En effet, les jeunes apprennent à discriminer, connaître et reconnaître les particularités morphologiques, anatomiques et comportementales du premier individu protecteur rencontré en période postnatale dite critique ou sensible.

Cette théorie de l'imprinting a influencé BOWLBY pour l'élaboration de la théorie de l'attachement. Il postule que le bébé humain a, lui aussi, des comportements innés d'attachement dont les fonctions sont de réduire la distance, d'établir la proximité et de permettre un contact corporel. Il s'est également inspiré, pour élaborer sa théorie, des travaux de HARLOW et de ses collaborateurs (de 1958 à 1971) sur les conséquences de l'isolement social chez les jeunes singes rhésus. Il s'inspire des résultats de trois expériences qui ont marqué les travaux de HARLOW pour élaborer sa théorie. (BOWLBY John, 2002)

La première expérience porte sur l'étude de jeunes singes isolés de leur mère, et placés dans une cage, avec deux mannequins imitant un singe rhésus. Un des mannequins est en grillage métallique avec une tétine qui délivre du lait par succion et un autre en fourrure dépourvu de tétine et de fonction alimentaire. HARLOW observe que le jeune singe séparé de sa mère et isolé passe l'essentiel de son temps sur le mannequin en fourrure et ne le quitte que pour aller se nourrir aux tétines de l'autre mannequin. Il en déduit que la recherche de contacts corporels (obtenus par le « blottissement » du jeune contre sa mère) et la recherche de sécurité ne se confondent pas avec la recherche de nourriture ou la recherche du sein. Par extrapolation à l'espèce humaine, BOWLBY propose qu'il existe une dissociation chez le bébé entre les contacts corporels générateurs de sécurité et les contacts nutritifs. La tétée au sein maternel prend alors une fonction essentiellement nutritive et non « sexualisée ».

Dans la deuxième expérience, HARLOW étudie les conséquences d'un isolement prolongé des jeunes singes rhésus sur leurs développements. Il observe que les jeunes singes rhésus exposés à un isolement précoce et prolongé développent des déficits et des anomalies du comportement avec notamment l'apparition de traits autistiques.

BOWLBY, inspiré par les travaux de HARLOW, s'intéresse à l'étude des contacts corporels sur le développement des comportements sociaux. HARLOW observe que de jeunes singes rhésus élevés en isolement puis remis ultérieurement avec d'autres jeunes singes, eux aussi isolés, montrent des comportements de « collage » entre eux. Ces singes développent ensuite des comportements sociaux puis sexuels qui se rapprochent de la normalité, c'est-à-dire des singes n'ayant pas subi d'isolement, à condition que l'isolement de base n'ait pas été trop

prolongé. Par extrapolation à l'espèce humaine, les chercheurs considèrent que la mutualité des comportements d'attachement permet entre le bébé et à sa mère de développer des interactions ajustées et personnalisées qui vont permettre de construire un attachement différencié et sécurisé.

La théorie de l'attachement fournit un outil d'analyse et un indicateur d'évaluation comportemental des liens entre la mère et son bébé. Cet indicateur permet d'évaluer le retentissement des troubles de l'attachement en clinique en apportant un éclairage sur la genèse des troubles psychopathologiques et psychosomatiques de l'enfant, en prenant en compte les relations qu'un enfant a avec sa « figure d'attachement » (BOWLBY John, 2002). Il définit l'attachement de l'enfant à sa mère comme un « besoin primaire », comme un lien dont la fonction principale serait de garantir la proximité et la survie de l'enfant. Ce lien dure toute la vie sous des formes et des intensités différentes de celles qui se manifestent au cours des trois premières années de vie de l'enfant. Le développement du lien d'attachement implique une interaction entre deux systèmes comportementaux : le système filial d'attachement et le système parental de soins. Le système comportemental d'attachement correspond à un système de régulation interne activé par des situations de stress, de danger ou de nouveauté. Ce système comportemental a pour but de réguler les comportements pour maintenir une proximité et un contact avec une personne protectrice spécifique, correspondant à la « figure d'attachement ». (BOWLBY John, 2002)

BOWLBY définit le système d'attachement comme un système motivationnel activé par des indices de danger, de stress ou de nouveauté, et désactivé par la « figure d'attachement ». Inès BRETHERTON élargit ce concept en proposant de voir le système d'attachement comme continuellement actif, où la modification d'activation du système d'attachement régulerait les autres systèmes motivationnels en entraînant une activation ou une désactivation de ceux-ci.

Les études comparatives interculturelles de Mary AINSWORTH, sur les comportements d'attachement, confirment les travaux de BOWLBY, et retrouvent des comportements d'attachement similaires de façon interculturelle (AINSWORTH M., 1978).

La théorie de l'attachement propose que la création d'un lien d'attachement soit un « besoin primaire », qui se fera même si la figure d'attachement n'est pas disponible ou attentive de manière optimale pour l'enfant (BOWLBY J., 2002). La qualité des interactions aboutit à des

patterns relationnels différents, la situation étrange active ces patterns d'attachement afin de les observer (AINSWORTH M., 1978).

LEBOVICI, MAZET et VISIER, en 1989, proposent trois niveaux d'interaction entre le bébé et sa mère :

- Les interactions comportementales
 - Les interactions affectives
 - Les interactions fantasmatiques
-
- Les interactions comportementales

Les interactions comportementales ou « réelles » correspondent à la manière dont le comportement de l'enfant et de sa mère s'agence mutuellement l'un à l'autre selon trois niveaux :

- Les interactions corporelles

Les interactions corporelles concernent la manière dont le bébé est porté, manipulé, touché... WINNICOTT parle de « holding » physique et psychique ; c'est-à-dire la façon dont la mère porte son bébé physiquement au niveau des représentations psychiques qu'elle en a. Les interactions corporelles passent par un langage tonico-émotionnel au niveau de la dyade qui permet des ajustements harmonieux entre le bébé et sa mère (WINNICOTT D. W., 1970). MARCELLI souligne l'importance de la synchronisation dyadique chez le bébé en introduisant la notion de « macrorythme » et de « microrythme » (MARCELLI D., 2007).

- Les interactions visuelles

Les interactions visuelles correspondent au dialogue « œil à œil », à la « rencontre mutuelle des regards » entre la mère et son jeune enfant. Ces interactions sont un mode privilégié d'échange entre les deux partenaires de la dyade. Le regard est souvent considéré comme un des organisateurs qui fonde la première relation à l'objet. Le besoin d'un accrochage du regard avec un autre humain semble préempter sur toute autre attitude, y compris la tétée ; c'est ce que Daniel MARCELLI nomme le « besoin primaire d'engagement du regard » (MARCELLI D., 2007).

PILLIOT fait cette observation, à propos des échanges précoces mère enfant : « Si on laisse l'enfant et les parents tranquilles, leurs comportements sont assez stéréotypés pendant les deux premières heures. Le nouveau-né, après une période de repos, en état de veille calme pouvant durer quelques minutes, commence une activité oculomotrice impressionnante. Même si le sein est à portée de sa bouche, il sera d'abord beaucoup plus intéressé par le visage de sa mère et surtout ses yeux. Le regard du nouveau-né devient concentré, intense, profond avec un maximum vers vingt minutes de vie » (PILLIOT M., 2006).

BOSTON, TRONICK et leurs collaborateurs, entre 1977 et 1984, ont montré expérimentalement que les variations des expressions faciales du partenaire jouent un rôle important dans la régulation de l'ajustement comportemental et émotionnel du bébé. En effet le passage d'un visage maternel souriant à un visage maternel fermé, entraîne chez l'enfant des réponses d'évitement, de détresse et des comportements autocentrés. BRAZELTON souligne que les compétences perceptives et interactives du bébé sont particulièrement visibles et fonctionnelles lorsqu'il se trouve en face-à-face et « œil à œil » avec ses partenaires. (BRAZELTON T. B., 2000) (WENDLAND J., 2004)

- Les interactions vocales

Les interactions vocales sont un mode de communication privilégié entre les partenaires d'une dyade ; elles permettent au bébé d'exprimer ses affects et ses désirs. Elles jouent, également, un rôle important dans l'harmonisation des échanges et de la relation. (WENDLAND J., 2004)

- Les interactions affectives

Les interactions affectives portent sur le climat affectif vécu lors de la communication dyadique, que ce climat soit agréable ou désagréable. Les interactions visuelles passent par une influence réciproque entre la vie émotionnelle du bébé et de celle de la mère.

STERN parle, pour désigner ces interactions, « d'accordage affectif » entre les partenaires de la dyade mère bébé (STERN D., 2003). Les interactions affectives ont un rôle important, car les affects constituent l'objet même de la communication dans le jeu mère nourrisson. Pour STERN, les conduites « d'accordage affectif » peuvent être observées dès les premières interactions et sont pleinement développées vers neuf mois, moment où les bébés « découvrent qu'ils ont une psyché et que les autres personnes ont une psyché différente ». (STERN D., 2003)

- Les interactions fantasmatiques

Ce concept est proposé par LEOVICI et s'intéresse à l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère sur celle de son bébé, tant sur un aspect imaginaire et conscient que fantasmatique et inconscient. (LEOVICI S., 2009)

BRAZELTON et son équipe, entre 1973 et 2003, ont travaillé sur les comportements et les interactions qui nourrissent les processus d'attachement entre le bébé et ses parents. Ils soulignent que le bébé montre dès la naissance des capacités à orienter son regard en direction de celui de sa mère. Ils soulignent également que précocement le bébé montre une large gamme de compétences comportementales et perceptives pour interagir avec sa mère et construire un échange ajusté entre eux. La « lecture » interactive des compétences de l'enfant par le clinicien et les parents est une base thérapeutique de réassurance et de « renarcissisation » parentale. Cette dernière permet d'augmenter la sensibilité des parents et de faciliter des soins de qualité en installant des relations et des représentations interactives de

qualité entre l'enfant et ses parents nécessaires au développement d'un attachement sécurisé (CRAMER B., BRAZELTON T.B., 1994).

1.1.2 Concepts associés à la théorie de l'attachement

1.1.2.1 La notion de caregivers et de figure d'attachement

Un « caregiver » est un adulte, non différencié et non spécifique, pour un enfant qui est susceptible de lui apporter protection et réconfort.

La notion de « figure d'attachement » (FA) a été introduite par BOWLBY en 1969. Elle correspond à la personne vers laquelle l'enfant dirige ses comportements d'attachement (BOWLBY J., 2002). Même si souvent la « figure d'attachement principale » est la mère, en réalité, tout adulte sera susceptible d'être une figure d'attachement dans la mesure où il s'engage dans une interaction sociale, durable et animée avec l'enfant en répondant de façon rapide et adaptée à ses besoins, ses signaux et ses approches.

Pour HOWES (HOWES C., 1999), on peut repérer une « figure d'attachement » dans le réseau social d'un enfant à travers trois critères ;

- La personne prend soin de l'enfant physiquement et émotionnellement,
- La personne est présente durablement dans la vie de l'enfant,
- La personne est investie émotionnellement dans les soins et la protection de l'enfant.

Pour BOWLBY, l'enfant développe une hiérarchie de FA en fonction de l'intensité qualitative et quantitative de chaque relation d'attachement qu'il a avec ceux qui s'occupent de lui. La « figure d'attachement principale » est la personne vers laquelle l'enfant se tourne préférentiellement et automatiquement en cas de détresse. Les « figures d'attachement primaires » sont celles qui se forment au cours de la première année de vie. Les « figures d'attachement secondaires » sont celles qui se forment au-delà de la première année de vie et jusqu'à la fin de la vie (BOWLBY John, 2002). HOWES distingue deux grandes catégories de figures d'attachement : les « figures d'attachement alternatives » et les « figures d'attachement auxiliaires ». Les « figures d'attachement alternatives » sont celles qui se

trouvent dans le contexte de vie habituel de l'enfant (famille proche, nourrices, auxiliaires de crèche, enseignants, etc.) et les « figures d'attachement auxiliaires » sont celles qui sont associées aux contextes de vie de l'enfant (famille d'accueil, personnel de foyers d'hébergements, éducateurs, etc.) (HOWES C., 1999). L'enfant va progressivement hiérarchiser ses « figures d'attachement primaires » en « figures d'attachement principales » et en « figures d'attachements subsidiaires ».

1.1.2.2 La notion de « base de sécurité » et de « havre de sécurité »

La notion de « base de sécurité » dans l'idée qu'une figure protectrice et de soutien sera accessible et disponible en cas de besoin et en qui l'enfant a confiance. Si initialement, le bébé a un besoin physique de proximité pour se sécuriser, son développement cognitif lui permet de construire des représentations mentales qui vont le faire passer d'un besoin de proximité avec sa figure d'attachement à un besoin de disponibilité puis accessibilité à sa figure d'attachement en cas de détresse. (BOWLBY John, 2002) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (MILJKOVVITCH R., 2012)

La notion de *base de sécurité* correspond à un équilibre entre les processus d'attachement et les processus d'exploration. Lorsqu'un enfant a un lien d'attachement de qualité avec sa figure d'attachement, il est sécurisé et peut se tourner vers l'exploration. (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009)

En cas de détresse ou de stress au cours de son exploration, l'enfant revient vers sa figure d'attachement qu'il utilise alors comme « havre de sécurité » pour se sécuriser avant de repartir en exploration. (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) Le « havre de sécurité » est une notion développée par BRETHERTON en 1995, elle correspond à la zone exploratoire où l'espace où l'enfant a un sentiment de sécurité. Ce sentiment dépend de la disponibilité et de la réceptivité de sa figure d'attachement, qui devient alors une « base de sécurité » (BOWLBY John, 2002).

1.1.2.3 La notion de « systèmes motivationnels »

BOWLBY, avec la théorie de l'attachement, a proposé un modèle explicatif des comportements et des conduites de l'enfant, en introduisant la notion de « systèmes motivationnels » (BOWLBY John, 2002). Les comportements d'un enfant seraient le résultat d'un équilibre entre quatre systèmes motivationnels :

- Le système d'attachement,
- Le système exploratoire,
- Le système affiliatif
- Le système peur angoisse.

Dans ce modèle explicatif, chaque système motivationnel a une capacité d'activation ou de désactivation sur un ou plusieurs des autres systèmes (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (PRIOR V. ; GLASER D., 2010) (MILJKOVITCH R., 2009).

Le système d'attachement est un système inné qui vise à l'établissement d'une proximité physique entre l'enfant et le « caregiver » dans des conditions de danger ou de stress. Les éléments qui activent ce système peuvent être (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (MILJKOVITCH R., 2009) :

- Des facteurs internes, propres à l'enfant (fatigue, douleur, etc.)
- Des facteurs externes ou environnementaux (solitude, stimulus effrayant, absence de la FA, etc.).

Les comportements mis en place, par l'enfant, pour favoriser la proximité avec la figure d'attachement, sont variables selon l'âge et les capacités mentales de l'enfant.

Le système exploratoire, largement décrit par BOWLBY, est un système motivationnel qui permet à l'enfant de s'intéresser à son monde intérieur et extérieur. Ce système est essentiel pour le développement psychologique de l'enfant et sa disponibilité cognitive pour les apprentissages théoriques et pratiques, notamment durant la période pré scolaire et scolaire. (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (PRIOR V., GLASER D., 2010) (MILJKOVITCH R., 2009)

Le système peur angoisse est un système motivationnel qui correspond à la capacité, pour l'enfant, d'identifier des indices qui évoqueraient une situation de danger. Il existe une relation entre le *système peur angoisse* et le *système d'attachement*, dans le sens où une activation de l'un entraîne une activation de l'autre. (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (PRIOR V., GLASER D., 2010) (MILJKOVITCH R., 2009)

Le système affiliatif ou de sociabilité correspond à l'ensemble des manifestations de camaraderie et de bonne volonté, caractéristiques du désir de l'enfant à partager la compagnie des autres, c'est-à-dire la motivation de l'enfant à s'engager socialement. Le bon développement de ce système est essentiel pour la construction de la moralité et de la

sociabilité d'un enfant. (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (PRIOR V., GLASER D., 2010) (MILJKOVITCH R., 2009)

La *mentalisation* est définie par la capacité à comprendre son propre comportement et celui de l'autre en termes d'états mentaux sous-jacents. L'enfant ne naît pas avec la capacité de reconnaître les états mentaux primaires. Ils n'ont pas encore sens pour lui à la naissance. Le bon fonctionnement de ce système dépend de la réceptivité et de la disponibilité de la « figure d'attachement » à reconnaître et interpréter les besoins de l'enfant afin de lui renvoyer une version exagérée, mais réaliste de ses expressions émotionnelles afin qu'il puisse reconnaître ses propres états internes. Il se crée, par ce système, une expérience d'un lien entre affects, comportements, corps et expériences personnelles ce qui va permettre à l'enfant de distinguer l'imaginaire du réel. (TERRENO S. ; GUEDENAY A. ; TUBACH T. ; DUGRAVIER R. ; SAIAS T. ; WENDLAND J. ; LAMAS C. ; MISTYCKI V., 2012)

Les dernières recherches en neuro imagerie mettent en avant un lien entre l'activation du système d'attachement et la désactivation des systèmes motivationnels associés à la mentalisation (COZOLINO L., 2006).

1.2 CONSTRUCTION ET DÉVELOPPEMENT DE L'ATTACHEMENT CHEZ L'ENFANT

Les observations de Mary AINSWORTH montrent que la formation du lien d'attachement de l'enfant à sa « FA », pendant la première année, suit des phases pendant lesquelles une personne devient progressivement une personne différenciée et spécifique pour l'enfant : la « figure d'attachement ».

Les phases du développement de l'attachement sont, successivement (BOWLBY John, 2002) ;

- L'orientation des comportements d'attachement vers l'adulte sans discrimination pour une figure spécifique entre 0 et 3 mois.
- L'orientation des comportements d'attachement vers une figure spécifique entre 3 et 6 mois
- L'adaptation des comportements d'attachement à la FA entre 6-9 mois et 3 ans.
- Le développement du lien d'attachement entre 2 et 4 ans.

Les phases du développement du lien d'attachement sont corrélées avec les étapes du développement cognitif. Durant les huit premiers mois de la vie, l'enfant est dans la phase de développement sensoriel moteur. Il acquiert progressivement la capacité à se différencier de l'autre, à produire des comportements intentionnels. Il commence à s'approprier des relations de cause à effet entre différents événements, et acquiert la permanence de l'objet. (BOWLBY John, 2002) (GUEDENEY Nicole, GUEDENEY Antoine, 2009) (GUEDENEY A., 2014) (MILJKOVITCH R., 2012) (MILJKOVITCH Raphaële, 2011) (PRIOR V. ; GLASER D., 2010)

1.2.1 La construction et le développement de l'attachement

1.2.1.1 Les signaux d'attachement

Le bébé met en place trois types de comportements innés pour permettre le développement de l'attachement entre lui et son caregiver (BOWLBY J., 2002) :

- Les comportements de type aversifs (cris, pleurs, etc.)

Ces comportements ont pour but de mobiliser le « caregiver » pour l'attirer rapidement vers le bébé.

- Les comportements de signalisation (babillage, sourire etc.)

Ces comportements visent à attirer et maintenir le lien entre le « caregiver » et le bébé. Les comportements de signalisation ont pour but de commencer des échanges agréables entre le bébé et le « caregiver », en introduisant un plaisir réciproque dans l'échange, en n'en favorisant la qualité ainsi qu'un bon développement social.

- Les autres comportements actifs (agrippement, orientation active avec l'autre etc.).

Ce sont des comportements rudimentaires qui permettent le maintien du lien entre l'adulte et l'enfant.

1.2.1.2 Le développement des relations d'attachement

En 1970, John BOWLBY, propose un modèle théorique de développement de l'attachement chez l'enfant. Ce modèle propose que l'attachement se développe selon quatre phases successives sans limites nettes entre elles (BOWLBY J., 2002). Le développement de l'attachement humain se crée à travers une matrice organisée d'échanges qui s'organise autour d'un système de soins, entre FA et l'enfant. Cette matrice d'échanges s'exprime sous la forme de patterns de régulation dyadique dans lesquels le degré de participation de l'enfant est progressivement croissant (SROUFE A, 1990).

- Orientation et signaux d'attachement sans discrimination de figure : de 0 à 3 mois.

La phase dite « d'orientation et d'émission de signaux sans discrimination des figures » est la phase initiale de développement de l'attachement. Elle s'étend habituellement entre la naissance et trois mois, c'est-à-dire jusqu'à huit à douze semaines (BOWLBY J., 2002). À cette époque du développement, le bébé n'est pas encore capable de différencier les figures humaines hormis sur le plan olfactif et auditif. Même si le bébé n'a pas encore d'orientation spécifique vers une figure particulière, il a tendance préférentiellement à se tourner vers la figure humaine. Cette époque est marquée par des comportements d'attachement instinctif chez le bébé qui visent à promouvoir la proximité et le maintien du contact avec le « caregiver » dans le but d'assurer sa protection.

- Orientation et signaux d'attachement vers une ou plusieurs figures discriminées : de 3 à 6 mois

La phase dite « d'orientation et d'émission de signaux dirigés vers une ou plusieurs figures différenciées » est la seconde phase, qui se développe entre huit et vingt-quatre semaines (BOWLBY J., 2002). Cette époque est marquée par l'apparition d'une réponse différenciée du bébé centrée sur la ou les « figures d'attachement ». Le bébé commence alors à établir avec sa ou ses figures de soins des relations particulières. La différenciation des comportements d'attachement se fait de façon progressive, en fonction de la relation avec la figure de soins, et se termine généralement au-delà de six mois en fonction du contexte (BOWLBY J., 2002) (GUEDENEY A., 2014).

- Maintien d'une proximité avec la figure discriminée par la mobilité et des signaux d'attachement adaptés : de 6 mois à 3 ans.

La phase dite de « maintien d'une proximité avec la figure différenciée d'attachement par la locomotion et d'autres signaux », est la troisième phase développementale de l'attachement, qui dure entre 6 et 36 mois (BOWLBY J., 2002). Cette période développementale est marquée par des acquisitions significatives dans le développement moteur, cognitif, social et émotionnel ainsi que dans l'organisation des systèmes comportementaux.

Vers douze mois, les manifestations comportementales d'attachement atteignent leur paroxysme en termes de sociabilité. L'enfant commence à orienter ses comportements vers

des figures humaines spécifiques et développe un sourire intentionnel social (AINSWORTH M., 1978).

Les nouvelles compétences du jeune enfant, notamment dans le domaine de la locomotion, permettent à l'enfant une exploration intense de son environnement. L'activation du système exploratoire ne peut se faire qu'au bénéfice de la structuration d'un système d'attachement sécure qui permet à l'enfant d'explorer tout en se sentant en sécurité et protégé (GUEDENEY A., 2014) (BOWLBY J., 2002).

- La formation d'une association rectifiée quant au but : au-delà de 3 ans

La phase dite de « formation d'une association rectifiée quant au but » est la dernière phase de développement de l'attachement, elle se met en place généralement après 36 mois (BOWLBY J., 2002). À cette époque, l'enfant abandonne graduellement une position égocentrée et commence à être capable de prendre en compte le point de vue de la figure d'attachement. Le développement cognitif de l'enfant lui permet d'accéder à des capacités de mentalisation et à la « théorie de l'esprit », c'est-à-dire que l'enfant commence à pouvoir penser que ses sentiments, ses motivations, et ses buts peuvent être différents de ceux de sa figure d'attachement et qu'il est possible de les influencer et d'influencer les comportements de sa FA en faisant un compromis entre ses motivations, ses envies, ses buts et ceux de sa figure d'attachement.

L'enfant commence à développer les représentations de sa figure d'attachement, comme quelqu'un de permanent et indépendant dans un continuum spatio-temporel avec des comportements plus ou moins prévisibles (GUEDENEY A., 2014).

1.2.1.3 Les stratégies d'attachement

Pour BOWLBY, la manière dont réagit un enfant à la séparation a une fonction stratégique qui vise à promouvoir l'attachement en s'adaptant aux conditions environnementales. Les stratégies comportementales d'attachement ont un caractère adaptatif, vis-à-vis de la réponse de la FA, pour permettre à l'enfant de gérer ses affects. (BOWLBY John, 2002) Mary MAIN propose de différencier les « stratégies d'attachement primaires » des « stratégies d'attachement secondaires » (MAIN M., 1990).

- Les stratégies d'attachement primaires

Les « stratégies d'attachement primaires » sont présentes dès la naissance ; elles sont l'expression du système comportemental d'attachement. Entre la naissance et trois mois elles ne sont pas dirigées ou focalisées vers une figure spécifique, on ne parle donc pas encore de « figure d'attachement ». Elles ont pour objectif d'activer le « système de caregiving » de l'adulte pour assurer au bébé protection et soins. (MILJKOVVITCH R., 2012). Elles sont maintenues, au-delà de trois mois, si le « caregiver » donne des réponses adaptées aux besoins d'attachement de l'enfant. Dans les cas où les « stratégies d'attachement primaires » ne sont pas adaptées, le bébé développe des « stratégies d'attachement secondaires », qui passent par une modification des comportements d'attachement primaire. (GUEDENEY A., 2014) (MILJKOVVITCH R., 2012)

- Les stratégies d'attachement secondaires

Ces stratégies sont des stratégies comportementales adaptatives et évolutives qui se développent entre 3 mois et 3 ans. Elles dépendent de l'environnement et des relations interpersonnelles que l'enfant a avec son entourage. Le bébé oriente activement ses comportements d'attachement de façon discriminée vers des figures familières et notamment vers la personne s'occupant le plus de lui : la « figure d'attachement ». (GUEDENEY A., 2014) (MILJKOVVITCH R., 2012)

Les stratégies d'attachement secondaire sont une modification des stratégies d'attachement primaires. Face au désir d'être sécurisé par la figure d'attachement, l'enfant peut soit renoncer soit continuer à espérer du réconfort. Dans le cas où « les stratégies d'attachement primaires » ne suffisent pas à attirer la mère, et que l'enfant continue à espérer du réconfort maternel, il adapte ses comportements d'attachement avec une maximisation de ses signaux d'attachement. Au contraire, si les stratégies d'attachement primaires menacent le lien mère bébé, l'enfant s'adapte en minimisant ses signaux d'attachement. La désactivation défensive du système d'attachement n'est pas aisée et demande à l'enfant de se dégager de ses émotions ; l'enfant se dégage de ses émotions en détournant son attention vers autre chose, telle que l'exploration de l'environnement, mais il explore son environnement de façon non authentique et sans se préoccuper de sa sécurité comme le témoignent les signes biologiques de stress (pas de décélération du rythme cardiaque et un taux élevé de cortisol) (COZOLINO L., 2006).

Le bébé est donc porté à inhiber ou à accentuer ses comportements d'attachement en fonction des chances qu'il pense avoir à regagner un contact avec sa mère (GUEDENEY A., 2014) (MILJKOVITCH R., 2012).

1.2.2 Méthode d'évaluation des comportements d'attachement : La situation étrange

La théorie de l'attachement propose la création d'un lien d'attachement comme un besoin primaire, qui se fera même si elle la figure d'attachement n'est pas disponible ou attentive de manière optimale. La qualité des interactions aboutit à des patterns relationnels différents. La « situation étrange » active ces patterns d'attachement pour les observer. (BOWLBY J., 2002) La « situation étrange » est un instrument de mesure de l'attachement proposé par M. AINSWORTH en 1978 (AINSWORTH M., 1978) (AINSWORTH M.D., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S., 1978). Il s'agit d'un protocole standardisé d'observation des comportements de l'enfant dans une situation qui est source de stress pour lui. Elle a été créée à l'origine pour des enfants entre 12 et 18 mois. Des procédures adaptatives ont été ensuite mises au point pour évaluer les comportements d'attachement pour des enfants en âge préscolaire (3 à 5 ans) et scolaire (jusque 7 ans). C'est une situation en 8 épisodes, de 3 minutes chacun, qui crée un stress progressif pour l'enfant par des séquences de séparation /réunion durant lequel on observe les réponses de l'enfant et de la figure d'attachement (tableau 1) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (KARMANIOLA A., 2010) (ATTILI G., 2013) (SAVARD Nathalie, 2010) (PRIOR V., GLASER D., 2010).

La « Situation Étrange »
<u>Épisode 1 (3 min)</u> : L'enfant et la mère sont amenés dans une pièce qui contient un ensemble de jouets.
<u>Épisode 2 (3 min)</u> : L'enfant a la possibilité d'explorer la pièce en présence de sa mère et de jouer avec elle.
<u>Épisode 3 (3 min)</u> : Un étranger (un des expérimentateurs) rentre silencieusement puis, pendant une minute, parle avec la mère et invite l'enfant à jouer avec lui.
<u>Épisode 4 (3 min)</u> : Suite à un signal convenu (l'expérimentateur toque sur le mur) la mère sort et l'enfant reste avec l'étranger.
<u>Épisode 5 (3 min)</u> : La mère revient et l'étranger s'en va sans faire de bruit.
<u>Épisode 6 (3 min)</u> : La mère sort à nouveau mais cette fois l'enfant reste tout seul.
<u>Épisode 7 (3 min)</u> : L'étranger rentre et il essaye de consoler l'enfant si nécessaire.
<u>Épisode 8 (3 min)</u> : La mère revient.

Tableau1. Les différentes séquences de la situation étrange

Mary Ainsworth propose deux systèmes de codage pour la situation étrange (AINSWORTH M., 1978) (AINSWORTH M.D., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S., 1978) :

- Un codage par catégorie d'attachement

Il passe par l'évaluation du degré d'évitement et de manifestation d'anxiété de l'enfant, lors des retrouvailles avec l'adulte, pour évaluer la qualité de l'attachement de l'enfant à sa FA (sécurisé, évitant, ambivalent résistant et désorienter désorganisé).

- Un codage selon des comportements de l'enfant et de la figure d'attachement

Les comportements sont cotés, selon une échelle interactive cotant de 1 à 7, en fonction de l'intensité du comportement observé (annexe n°1) :

- 1 - > Recherche et proximité du contact
- 2 - > Maintien du contact
- 3 - > Résistance au contact
- 4 - > Évitement du contact
- 5 - > Interaction à distance
- 6 - > Recherche de la personne disparue

Les réponses comportementales de l'enfant, tant vers la figure d'attachement que vers l'étranger, lors de la séparation et de la réunion, sont censées refléter le modèle interne d'attachement de l'enfant. Les patterns observés constituent des stratégies adaptatives qui visent à réduire l'anxiété en fonction des comportements prévisibles de la figure d'attachement (AINSWORTH M., 1978).

En 1978, Mary AINSWORTH et son équipe proposent, dans un premier temps, trois patterns d'attachement (AINSWORTH M., 1978) :

- sécure (groupe B)
- Insécure évitant (Groupe A)
- Insécure ambivalent résistant (groupe C)

En 1985, MAIN, KAPLAN et CASSIDY (*MAIN et AL. 1985*) observent que certains enfants entrent difficilement dans la catégorie ABC, et proposent une nouvelle catégorie d'attachement, l'attachement insécure désorganisé désorienté (groupe D)

Les comportements observables à la situation étrange en fonction de la typologie d'attachement sont résumés dans le tableau 2.

D'autres études de FONAGY, TREVARTHEN et STERN ont montré une corrélation entre le type d'attachement et la construction du schème de l'objet permanent, soit une intériorisation des interactions précoces, mais aussi avec la mentalisation et l'intersubjectivité. Il semble également que le comportement d'attachement joue un rôle dans un certain nombre de régulations physiologiques. (STERN D., BRUSCHWEILER-STERN N., LYONS-RUTH K., MORGAN A., et al., 2004) (FONAGY P., 2000) (TREVARTHEN C., AITKEN K., 2003).

Dans ce travail, nous n'avons pas retenu la situation étrange comme test d'évaluation pour l'étude sur les représentations d'attachement chez les enfants en hôpital de jour, car ce test évalue les comportements d'attachement et non les représentations d'attachement. Par ailleurs, ce test ayant été créé à l'origine pour les enfants entre 12 et 18 mois, il n'est pas adapté pour l'étude d'enfants en âge scolaire.

<u>SÉCURE B</u>	B1. Signaux de mise à distance quand la figure d'attachement réapparaît. Au moment des retrouvailles l'enfant ne recherche pas le contact mais fait des vocalises, sourit, montre les jouets. Peu de réactions au moment de la séparation. Quelques signes d'évitement. B2. Ils évitent la figure d'attachement à lors des premières retrouvailles et ils cherchent la proximité des secondes. Ils évitent dans un premier temps alors que dans un deuxième temps ils cherchent fortement la figure d'attachement. B3. Très sécures. Pas de résistance au contact. Ils se calment rapidement au moment des retrouvailles et ensuite recommencent à jouer. B4. Le contact est maintenu plus tenacement que chez les B3. Réaction très intense au moment de la séparation. Ils ont besoin d'un temps plus important pour se calmer.
<u>INSÉCURES/ANXIEUX</u> <u>Ambivalents/résistants C</u>	C1. Résistants, colère ouverte, hostilité. Ils expriment la colère envers la mère et envers l'étranger. Au moment des retrouvailles, ils recherchent activement le contact avec la mère pour la repousser tout de suite après. Pendant la séparation ils peuvent jouer tout seul. Ils ne s'apaisent pas au moment des retrouvailles. Beaucoup de colère. C2. Résistance passive. Très forte réaction au moment de la séparation. Au moment des retrouvailles, ils ne recherchent pas vraiment le contact. Peu de signes de colère. Pas d'exploration. Ils ne s'apaisent pas au moment des retrouvailles.
<u>INSÉCURES/ ANXIEUX</u> <u>Évitant A</u>	A1. Sujets extrêmement évitant. Pas de signe de détresse quand ils se retrouvent seuls. Au moment des retrouvailles, ils s'éloignent activement de la mère et ils ne montrent ni découragement ni colère. A2. Sujets moyennement évitants. Ils peuvent donner des signes de détresse s'ils sont seuls mais pas en présence de l'étranger. Au moment des retrouvailles, ils évitent la figure d'attachement mais ils peuvent donner quelques signes de colère. Ils peuvent s'approcher occasionnellement de la figure d'attachement.
<u>INSÉCURES</u> / <u>DÉSORGANISER D</u>	Ils s'approchent de la mère avec le visage tourné ailleurs. Quand ils la regardent, ils portent la main à la bouche, ferment les yeux ou bien les cachent. Ils se jettent par terre. Ils se pelotonnent. Ils se balancent sur les genoux. Ils restent immobiles (freezing). Ils deviennent soudainement muets (stilling). Ils s'approchent de la mère puis, avec indifférence, ils rompent le contact.

Tableau 2. Typologies et sous typologies de l'attachement aux cours de la première enfance lors de la « Situation Étrange » (AINSWORTH et AL., 1978 ; MAIN et AL. 1985)

1.2.3 Les comportements d'attachement

C'est à BOWLBY que l'on doit la première description des comportements d'attachement chez le bébé et l'enfant humain en s'inspirant des modèles déjà décrits chez les primates. Pour BOWLBY, la manière dont réagit l'enfant à la séparation a une fonction stratégique adaptative, qui est de promouvoir l'attachement tout en s'adaptant aux conditions de l'environnement. Les comportements d'attachement ont pour but de réduire le stress et d'assurer la sécurité du nouveau-né. Ils sont innés et ont pour fonction d'attacher l'enfant à sa mère par un lien réciproque, en activant les capacités de « *caregiving* » de l'adulte puis des figures d'attachement (BOWLBY J., 2002) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (MILJKOVVITCH R., 2012) (KARMANIOLA A., 2010) (PRIOR V., GLASER D., 2010).

1.2.3.1 L'attachement « sécuritaire »

Lorsque les expériences relationnelles « *caregivers-enfant* » sont de bonne qualité, c'est-à-dire que le « *caregiver* » apporte des réponses rapides, sensibles, adaptées aux signaux de stress de l'enfant, l'enfant peut construire des stratégies d'attachement primaire adaptées et sécuritaires. Ainsi, les erreurs dans les relations interpersonnelles sont systématiquement corrigées et non systématiquement répétées, lui permettant, en cas de détresse, de rapidement retrouver la proximité de sa FA, de désactiver son système d'attachement, de se sécuriser et de reprendre l'exploration (BOWLBY J., 2002) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (MILJKOVVITCH R., 2012) (KARMANIOLA A., 2010) (PRIOR V., GLASER D., 2010). L'attachement sécuritaire est un mode d'attachement que l'on retrouve chez 60 % de la population générale (GUEDENEY N., 2011).

1.2.3.2 L'attachement « insécuritaire »

Lorsque l'enfant a fait l'expérience de relation interpersonnelle où les réponses environnementales ne sont pas satisfaisantes en termes de sécurité et réassurance, il a recours à la mise en place de processus adaptatifs ou conditionnels visant à obtenir la meilleure réponse possible de la part du « *caregiver* » (BOWLBY J., 2002) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (MILJKOVVITCH R., 2012) (KARMANIOLA A., 2010) (PRIOR V., GLASER D., 2010).

1.2.3.2.1 L'attachement « insécure évitant »

Dans cette modalité d'attachement, le *caregiver* est peu sensible aux appels de l'enfant en cas de stress et l'incite à ne pas le solliciter en cas d'activation de son système d'attachement. L'enfant met alors au point une stratégie adaptative visant à inhiber son système d'attachement pour désactiver sa réponse émotionnelle (BOWLBY J., 2002) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (MILJKOVVITCH R., 2012) (KARMANIOLA A., 2010) (PRIOR V., GLASER D., 2010). L'attachement insécure, est un mode d'attachement que l'on retrouve chez 20 % de la population générale (GUEDENEY N., 2011).

1.2.3.2.2 L'attachement « insécure ambivalent résistant »

Il concerne 10 % de la population générale (GUEDENEY N., 2011). Il se manifeste par des comportements issus d'expériences relationnelles répétées avec des « *caregivers* » dont les comportements sont imprévisibles, tantôt sensibles et adaptés, tantôt indifférents ou irrités. La proximité relationnelle avec le « *caregiver* » est alors marquée par une stratégie de maximisation des signaux d'alerte. L'attachement « insécure ambivalent résistant » correspond à une stratégie d'hyperactivation du système d'attachement (BOWLBY J., 2002) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (MILJKOVVITCH R., 2012) (KARMANIOLA A., 2010) (PRIOR V., GLASER D., 2010).

1.2.3.2.3 L'attachement « insécure désorganisé »

L'attachement insécure désorganisé est présent chez 10 % de la population générale (GUEDENEY N., 2011). Il correspond aux cas inclassables issus de la situation étrange. Il correspond à des comportements liés à des comportements parentaux violents ou terrifiants alors que l'enfant réclame du réconfort à sa figure d'attachement. Il concerne des enfants qui ne parviennent pas à construire des stratégies comportementales stables. Ainsi apparaissent des comportements contradictoires, désorganisés et désorientés (BOWLBY J., 2002) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (MILJKOVVITCH R., 2012) (KARMANIOLA A., 2010) (PRIOR V., GLASER D., 2010).

1.2.4 Des comportements aux représentations d'attachement : La notion de « Modèles Internes Opérants »

Les modèles internes d'attachement ont été définis en référence à de nouvelles conceptions de la mémoire introduite par TULVING, puis expliqués, en faisant appel à des notions issues des premières recherches de SCHANK, sur l'intelligence artificielle (ATTILI G., 2013).

Après 2 ans, l'enfant acquiert de nouvelles capacités cognitives, langagières, mnésiques et motrices qui entraînent des changements dans l'expression des comportements d'attachement. Sur le plan cognitif, la capacité de mentalisation se développe ; ceci lui permet de prendre en compte les pensées de l'autre et que ces pensées peuvent être différentes de la sienne. L'enfant peut alors développer un partenariat corrigé quant au but, c'est-à-dire que parents et enfant pourront atteindre un but commun, en adaptant mutuellement leurs intentions et leurs comportements aux buts et aux états émotionnels de chacun, pour organiser des stratégies logiques et atteindre ce but. Le développement de la métacognition, vers 6 ans, est à l'origine de la formation de « MIO » (modèles internes opérants) plus complexes et élaborés. Les premiers modèles de relation qu'un jeune enfant construit ne sont pas similaires à ceux de l'adulte, car moins complexes et moins élaborés. MAIN définit la métacognition comme la capacité à saisir et à comprendre les intentions d'un individu (MAIN M., 1990).

Avant 3 ans, l'enfant n'a pas accès à la pensée représentationnelle ; il n'a pas de réflexion sur ses fonctionnements psychiques et ne peut imaginer que certaines croyances ne soient pas fondées. Il a donc des difficultés à distinguer l'imaginaire de la réalité (MILJKOVVITCH R., 2012). L'apparition du langage permet à la fois de faciliter et de compliquer la formation des « MIO ». Le langage permet à l'enfant d'exprimer ses états émotionnels, mais le langage peut aussi être une source de dissociation entre son vécu émotionnel et la réinterprétation faite par les parents (MILJKOVVITCH R., 2012).

Avant 5 ans, l'enfant ne se souvient pas de la source de ses pensées et donc l'origine parentale de certaines pensées (MILJKOVVITCH R., 2012).

Pour STERN, le langage introduit un espace entre l'expérience interpersonnelle telle qu'elle est vécue et l'expérience telle qu'elle est représentée (STERN D., 2003).

La communication parentale peut modifier ou réinterpréter les vécus sensori-moteurs de l'enfant en modifiant le contenu de la pensée et la capacité à réfléchir à ce contenu. Le plus souvent, ce sont les expériences les plus insécurisantes qui sont les plus réinterprétées par les parents. Cette réinterprétation entraîne une dissociation entre l'expérience interne et son expression vécue ce qui peut être à l'origine de processus défensifs (MILJKOVVITCH R., 2012) (ATTILI G., 2013) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009).

Sur le plan moteur, l'enfant acquiert une certaine autonomie qui lui permet de réguler la distance nécessaire entre lui et sa figure d'attachement. L'enfant a moins besoin de proximité avec le *caregiver*. Il est plus dans une demande de disponibilité lui permettant à la fois l'exploration et la réassurance (MILJKOVVITCH R., 2012) (ATTILI G., 2013) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009).

1.2.4.1 Définition

Les premières représentations se constituent et se mettent en place en fonction du contexte interpersonnel dans lequel évolue l'enfant. L'apparition de la pensée représentationnelle permet à l'enfant à la fois une meilleure et une moins bonne perception de la réalité. La pensée représentationnelle permet à l'enfant de concevoir des objets en eux-mêmes, en dehors des interactions qu'il a avec eux, et sa représentation de soi prend une forme symbolique qui existe indépendamment de la relation dans laquelle il est intervenu. Avant la pensée représentationnelle, l'enfant vit dans l'espace et le temps présent et pour STERN ils « ne peuvent que refléter l'empreinte de la réalité ». Ce mode de pensée peut créer une autre version de la réalité en se plaçant dans un espace et un temps autres que ceux du moment présent (STERN D., 2003). Cette capacité à se mettre à distance de l'expérience présente s'accompagne d'une possibilité de déformer la réalité par intériorisation de deux modèles différents : un modèle sensori-moteur (qui est le reflet exact de l'expérience vécue) et le modèle représentationnel (qui est le reflet de la construction symbolique que l'enfant a fait de cette expérience). En effet, le jeune enfant ne peut manipuler des représentations différentes d'un même objet : un même objet ne peut avoir à la fois une représentation de bon et de mauvais objet, de même un enfant ne peut se concevoir en même temps comme un bon et un mauvais objet (MILJKOVVITCH R., 2011) (MILJKOVVITCH R., 2012) (KARMANIOLA A., 2010) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (ATTILI G., 2013).

En 1979, BOWLBY propose de remplacer le terme psychanalytique « d'objet interne » par le concept de « modèle interne opérant ». Ce concept de « modèle interne opérant » (MIO) emprunté par BOWLBY au psychologue Kenneth CRAIK pour désigner les modèles internes de relation que l'enfant forme à partir des échanges avec son entourage. Ils lui servent à comprendre et interpréter le comportement de ses proches pour anticiper leur réaction (BOWLBY J., 2002).

Les « MIO » se développent d'une manière continue et dynamique, en formant des guides inconscients des comportements relationnels. Ces « MIO » correspondent à des représentations qui guident l'enfant dans sa manière de percevoir et de se conduire dans les relations interpersonnelles en donnant un sens à l'information et en sélectionnant des événements spécifiques pour les encoder au niveau mnésique. Ils forment simultanément un modèle de soi et des autres. Le modèle de soi correspondrait à une image de soi comme plus ou moins digne d'être aimé, alors que le modèle d'autrui renverrait à sa perception des autres comme étant plus ou moins attentifs et sensibles à ses besoins (MILJKOVITCH R., 2011) (MILJKOVITCH R., 2012) (KARMANIOLA A., 2010) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009).

MAIN et son équipe, en 1985, proposent de définir les « MIO » comme un ensemble de règles conscientes et inconscientes visant à organiser l'information relative à l'attachement, et obtenir ou limiter l'accès à cette information, c'est-à-dire à l'information liée aux expériences, aux sentiments et aux idées relatives à l'attachement. Les « MIO » renverraient donc non seulement à des contenus de représentation d'attachement, mais aussi à une organisation cognitive spécifique.

1.2.4.2 La construction des représentations d'attachement

L'origine des représentations d'attachement se trouve dans les interactions (réelles ou fantasmatiques) du sujet avec son environnement, tandis que leur formation dépend du développement des systèmes de mémoire. Pour chaque relation d'attachement, l'individu forme deux modèles complémentaires : un pour soi et un pour le partenaire de l'interaction (KARMANIOLA A., 2010) (MILJKOVITCH R., 2012) (MILJKOVITCH R., 2011) (GUEDENEY A., 2014).

La formation des « MIO » est un processus continu et actif qui évolue avec les changements de maturation chez l'enfant et les changements environnementaux.

BOWLBY en s'inspirant de la notion d'accommodation et d'assimilation de PIÉGER, propose de distinguer deux phases dans le développement des « MIO » : La première phase dite d'accommodation se construit à partir des expériences vécues. La deuxième phase, dite d'assimilation, correspond à un modèle où les nouvelles expériences sont assimilées au modèle déjà existant, même si la correspondance entre les expériences est imparfaite, et cela peut conduire à un traitement biaisé de l'information (BOWLBY J., 2 002).

Pour CRITTENDEN, sur le plan cognitif, les « MIO » auraient une double fonction : la première serait d'assister l'individu dans ses interprétations et ses anticipations, avec un modèle dit « ouvert » qui tiendrait compte des nouvelles informations fournies par le comportement des autres, ainsi qu'un modèle « fermé » qui interpréterait toutes les nouvelles informations et nouveaux comportements dans les termes du modèle déjà existant. La seconde fonction au niveau cognitif des « MIO » serait de guider la personne lors de l'organisation des comportements et des attitudes à adopter dans la relation avec un modèle dit « opérant ». Il permet de considérer plusieurs alternatives comportementales à la fois, et de sélectionner celle qui a la plus grande chance de provoquer le résultat désiré dans une situation donnée. Au contraire le modèle dit « non opérant » ne permet pas ce type de manipulation cognitive (ATTILI G., 2013).

1.2.5 Neuropsychologie de l'attachement

Pour Stern, la formation des représentations d'attachement dépend des mécanismes de la mémoire qui permettent l'encodage, le stockage, et la recherche de l'information pertinente (STERN D., BRUSCHWEILER-STERN N., LYONS-RUTH K., MORGAN A., et al., 2004).

Au sein des systèmes mnésiques, on distingue la « mémoire à court terme » et la « mémoire à long terme ». Ce sont deux systèmes différents par leur capacité de stockage et leur rôle fonctionnel.

Les modèles mentaux fonctionneraient à deux niveaux : les modèles de représentation issus de situations anciennes seraient stockés au niveau de la mémoire à long terme et les modèles issus de nouvelles expériences seraient stockés au niveau de la mémoire à court terme.

La mémoire à court terme est une structure qui emmagasine des événements qui se sont produits très récemment. Elle possède des possibilités de révision mentale. Elle a une capacité limitée de stockage qui dépend du déclin mnésique. La répétition des événements permet un transfert vers la mémoire à long terme. La mémoire à court terme répondrait pour GATHERCOLE au modèle de la mémoire opérante de BADDELEY et HITCH (ATTILI G., 2013) (MILJKOVITCH R., 2011) (KARMANIOLA A., 2010).

La mémoire à long terme est une structure organisée, sans limites de stockage, qui emmagasine les événements survenus dans les heures, les jours, les mois et les années précédentes. Pour TULVING (1985), la mémoire à long terme est constituée de trois systèmes ou processus mnésiques : la mémoire procédurale, la mémoire sémantique et la mémoire épisodique.

- La mémoire procédurale est le premier système à se développer. Celui-ci est lié aux patterns comportementaux développés dans des situations spécifiques qui se répètent. Les modèles internes issus de ce processus mnésique sont préconscients et sont peu maniables face à des informations contradictoires. Chez le jeune enfant, les informations sont traitées de façon inconsciente au niveau du système procédural.
- La mémoire sémantique contient des faits impersonnels non datés, relatifs au monde, encodés verbalement. Dans les relations d'attachement, la mémoire sémantique contient des généralisations sur la nature des relations spécifiques ou sur le type de relation. Ce processus mnésique ne contient pas de souvenir spécifique. La mémoire sémantique est alimentée par les expériences directes et les informations verbales perçues. La mémoire sémantique est un système conscient qui peut être déployé verbalement.
- La mémoire épisodique est une mémoire qui se développe plus tardivement vers 5 ans après la mémoire sémantique. Elle mémorise des événements survenus dans un passé proche. Ce système contient des informations liées à des événements très personnels. Il est chargé affectivement, mais possède une faible interprétation des événements.

- La mémoire autobiographique, introduite par GATHERCOLE en 1998, est un autre processus mnésique de la mémoire à long terme. La mémoire autobiographique s'applique aux événements qui se sont produits plusieurs années auparavant et qui ont suscité une interprétation personnelle. La mémoire autobiographique est caractérisée hiérarchiquement par trois aspects : des événements spécifiques survenus dans le passé lointain, les classes générales d'événements et les périodes de vie.

Selon CRITTENDEN (1995), les différents systèmes de mémoire interviendraient dans la régulation des types de comportements. Les comportements quotidiens, préconscients, seraient régulés par les modèles internes procéduraux.

Lorsque le sujet n'arrive pas à obtenir les résultats attendus par l'utilisation du système procédural, le sujet peut se focaliser consciemment sur la situation et faire appel aux modèles sémantiques pour essayer de construire une nouvelle solution. Si l'événement est trop chargé affectivement, le sujet peut activer des modèles épisodiques (se référant à des événements affectifs similaires) ; ce qui provoque une réponse moins mature que celle issue des modèles sémantiques (MILJKOVITCH R., 2011) (KARMANIOLA A., 2010) (ATTILI G., 2013).

Pour BOWLBY, les souvenirs autobiographiques (encodés, selon lui, par le système de la mémoire épisodique) sont construits à partir de l'expérience du sujet, tandis que le savoir généralisé dépend de la mémoire sémantique et peut être basé sur l'information verbale fournie par les autres à propos de l'expérience. Lorsque les deux sources d'informations enregistrées sont contradictoires, un conflit psychique peut s'installer. Les conflits mentaux sont à l'origine de processus d'exclusion défensifs. Ces processus d'exclusion défensifs sont des mécanismes qui consistent à ne pas traiter les informations gênantes et les exclure de son système de représentation. Il y aurait deux origines d'activation des processus d'exclusion défensifs : soit, l'information est trop douloureuse, soit l'information correspond aux grands interdits transmis par les parents : l'enfant intériorise ces interdits, il va alors dans le sens des attentes parentales pour ne pas être confronté à un sentiment de culpabilité et de honte ; d'autant qu'aller à l'encontre des désirs parentaux risquerait de menacer la relation qu'il a avec eux (BOWLBY J., 2002) (BOWLBY J., 2002) (BOWLBY J., 2007). Certains éléments peuvent être exclus de la mémoire sémantique pour faire place à une vision biaisée de la

réalité. Le traitement inconscient des informations de la mémoire épisodique peut introduire une incompatibilité avec celui de la mémoire sémantique. Les personnes insécures sont susceptibles de développer des modèles sémantiques et épisodiques cohérents dans leur structure interne, mais incohérents entre eux.

CRITTENDEN, en 1995, émet l'hypothèse que ce qui différencie les personnes sécures des personnes insécures, est d'une part le type d'informations (affectives ou cognitives) utilisé et d'autre part, la manière dont cette information est traitée (intégration ou exclusion).

Les enfants sécures utilisent tant les informations cognitives que les informations affectives. Ils peuvent intégrer les informations des différents systèmes mnésiques. Ils développeraient des modèles procéduraux qui intégreraient les deux types d'information dans les patterns comportementaux qui prédisent à la fois son sentiment de sécurité et sa sécurité actuelle. Ils utiliseraient, de façon automatique et préconsciente, la nouvelle information discordante pour réviser et réorganiser les modèles internes existants et créer des modèles plus appropriés (tableau 3).

Fonctionnements mnésiques chez les individus avec un MIO « sécures »	
Modèles opérants internes du Moi et de l'autre avec une hiérarchie organisée de schémas	
<i>Mémoire autobiographique et épisodique</i>	
« Quand je me fais mal, ma maman me console toujours. »	
« Ma maman est toujours présente quand j'ai besoin d'elle. »	
<i>Mémoire sémantique</i>	
« Ma mère est affectueuse. »	
« Je suis aimé. »	
<i>Modèles internes accessibles à la conscience</i>	
Moi _____	Aimable
Figure d'attachement _____	Digne de confiance
Réalité externe _____	Rassurante

Tableau 3. Le fonctionnement de la mémoire chez les sujets avec un MIO sécure. Théorie des processus défensifs.

Les enfants insécures privilégient un type d'informations dans l'organisation de leurs figures d'attachement. Les enfants, avec un pattern d'attachement insécure évitant, ont fait l'expérience d'un rejet des signaux affectifs par leur figure d'attachement. Dans ce type d'interaction, l'enfant insécure inhibe ses comportements affectifs au profit d'une organisation cognitive afin de prévenir le rejet parental. Les « enfants insécures évitants » apprennent à falsifier l'expression de l'affect et à se montrer satisfaits même quand ils sont effrayés ou en colère. Les enfants « défensifs » apprennent à utiliser l'information cognitive pour organiser leur comportement, pour inhiber l'expression de leurs sentiments et pour exprimer de faux sentiments positifs (tableau 4). (MILJKOVITCH R., 2011) (KARMANIOLA A., 2010) (ATTILI G., 2013).

Fonctionnements mnésiques chez les individus avec un MIO « insécure évitant »	
Modèles opérants internes du Moi et de l'autre sont clivés et mal organisés avec une dissociation dans les schémas.	
<i>Mémoire autobiographique ou épisodique.</i>	
« Quand je me fais mal, ma maman refuse de me consoler. »	
« Ma maman n'est pas présente quand j'ai besoin d'elle »	
<i>Mécanisme de clivage mnésique, avec deux systèmes de mémoire sémantique fonctionnant en parallèles</i>	
<i>Mémoire sémantique</i>	<i>Mémoire sémantique (stockage des interprétations parentales)</i>
« Je suis seul. Ma mère ne m'aime pas. »	
« Ma mère est méchante. »	« Ma mère se comporte comme ça parce qu'elle veut que je sois vite autonome. »
	« Je ne me comporte pas comme un grand garçon et je ne suis pas digne d'être aimé. »
<i>Modèles opérants hors de la conscience</i>	<i>Modèles opérants accessibles à la conscience</i>
mais qui influencent les processus de pensée	- Moi _____ Méchant,
- Moi __ Contraint de faire seul (Non aimable)	autonome
- FA _____ Méchante	Capable de faire seul
- Réalité externe _ Hostile	- FA _____ Bonne

Tableau 4. Modèles opérants internes évitant/distants et fonctionnement de la mémoire. Théorie des processus défensifs.

Les « enfants insécures ambivalents résistants » ont des parents avec des comportements inconsistants où l'affect n'est ni renforcé ni puni. Ils expérimentent à la fois le désir de satisfaction, la colère et la peur. Les « enfants insécures ambivalents résistants » n'utilisent pas l'information cognitive au profit de demandes affectives intenses, alternant des comportements de domination et de soumission (tableau 5) (MILJKOVITCH R., 2011) (KARMANIOLA A., 2010) (ATTILI G., 2013).

Fonctionnements mnésiques chez les individus avec un MIO « insécure ambivalent résistant »	
Les Modèles opérants internes du Moi et de l'autre sont clivés et mal organisés. Les modèles sont organisés en une hiérarchie de schémas dissociatifs.	
<i>Mémoire autobiographique et épisodique</i>	
« Quand je me fais mal, ma maman parfois s'inquiète beaucoup et me console et d'autres fois s'énervé et me repousse. »	
« Ma maman est présente quand j'ai besoin d'elle. »	
« Ma maman n'est pas présente quand j'ai besoin d'elle. »	
<i>Mécanisme de clivage mnésique, avec deux systèmes de mémoire sémantique fonctionnant en parallèles</i>	
<i>Mémoire sémantique (Processus mnésique 1)</i>	<i>Mémoire sémantique (Processus mnésique 2, stockage des interprétations parentales)</i>
« Ma mère se comporte comme ça parce qu'elle m'aime. »	« Ma mère se comporte comme ça parce qu'elle a beaucoup de problèmes. »
« Je ne peux pas faire confiance à ma mère. »	« Je suis capricieux et incapable et je ne sais pas m'occuper de ma maman. »
« Je suis en danger. »	
<i>Modèles internes accessibles à la conscience</i>	
Moi _____	Méchant, capricieux et non aimable
Figure d'attachement _____	Bonne, faible, dans le besoin
Moi _____	Dans le besoin, incapable, faible
Figure d'attachement _____	Méchante, imprévisible, indigne de confiance
Réalité externe _____	Dangereuse

Tableau 5. Modèles opérants internes ambivalents/enchevêtrés et fonctionnement de la mémoire. Théorie des processus défensifs

Les personnes insécures ne peuvent intégrer et utiliser les informations issues des systèmes mnésiques ; ce qui limite les capacités de révisions et de réorganisations des modèles internes. Finalement les enfants « insécures évitants » rencontrent des discordances entre leurs modèles sémantiques idéalisés (accessible et présentés verbalement) et leurs modèles procéduraux et épisodiques (dénies verbalement) sans être capables d'intégrer toutes ces divergences dans un modèle qui tient compte de l'ensemble des informations disponibles. Les « enfants ambivalents résistants » sont facilement enclins à des débordements émotionnels et ont donc plus recours à leur mémoire épisodique, d'autant que leur mémoire sémantique est confuse et limitée (MILJKOVITCH R., 2011) (KARMANIOLA A., 2010) (ATTILI G., 2013).

Fonctionnements mnésiques chez les individus avec un MIO « insécure désorganisé »	
Modèles opérants internes du Moi et de l'autre sont dissociés, multiples, incohérents, avec une désorganisation et une incompatibilité entre les schémas.	
<i>Mémoire autobiographique ou épisodique.</i>	
« Quand je me fais mal, ma maman me tape. » « Ma maman me regarde effrayée quand j'ai besoin d'elle. »	
<i>Mécanisme de clivage mnésique, avec deux systèmes de mémoire sémantique fonctionnant en parallèles</i>	
<i>Mémoire sémantique</i>	<i>Mémoire sémantique</i>
« Je suis terrorisé, personne ne me protège, j'ai besoin de ma mère. »	(stockage des interprétations parentales) « Ma mère se comporte comme ça à cause de moi. »
« Ma mère m'effraie, ma mère me déteste, elle ne m'aime pas. »	« J'effraie ma mère et je la contraigns à me taper, je ne suis pas digne d'être aimé. » « Ma mère est terrorisée par quelque chose et je ne l'aide pas. »
<i>Modèles opérants hors de la conscience</i> mais qui influencent les processus de pensée	<i>Modèles opérants accessibles à la conscience</i>
Moi _____ Persécuté, effrayé et victime	Moi _____ Méchant, dangereux
Moi _____ Capable de réconforter, sauveur	Persécuteur, vulnérable
FA _____ Effrayante, persécutrice	FA _____ Bonne et victime
FA _____ Victime des autres	
Réalité externe _____ catastrophique	

Tableau 6. Modèles opérants internes désorganisés/non résolus et fonctionnement de la mémoire. Théorie des processus défensifs

Il semble exister une relative stabilité des comportements attachement et des représentations dans le temps en l'absence d'événement majeur dans la vie de l'enfant.

Au niveau mnésique, les individus sécures sont dotés d'un système principal unifié, capable d'autoréflexion et permettant d'accéder à toute information enregistrée dans la mémoire à long terme, dans la mémoire épisodique ou dans la mémoire sémantique. Les individus insécures ont un système de mémoire désuni, ne leur permettant pas la communication et les

échanges entre les informations conservées. BOWLBY rattache l'origine de cette séparation entre les systèmes de mémoire aux processus d'exclusion défensive.

La théorie des processus défensifs rend compte du fait qu'être forcé à agir avec un modèle inadéquat de la réalité peut mener à des comportements inappropriés ou pathologiques. Cette théorie se réfère à des mécanismes inconscients, ce qui explique que certaines informations ne sont pas directement accessibles et en quoi les modèles internes opérants peuvent traiter et analyser de façons préjudiciables de nouvelles informations issues de l'environnement.

1.3 LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT : ASPECTS CLINIQUES

1.3.1 L'attachement en clinique pédopsychiatrique

À partir des premières relations d'attachement, l'enfant forme des schémas cognitifs, des modèles internes opérants qui s'expriment sous forme de patterns comportementaux et émotionnels pour garder le lien entre l'enfant et sa figure d'attachement. En fonction du contexte interpersonnel et de l'environnement social dans lequel grandit l'enfant, il développe un style attachement propre, adapté, à cet environnement. Lorsque le contexte environnemental est carencé ou dysharmonieux, les stratégies comportementales d'attachement se rigidifient en limitant ainsi la capacité adaptative de ces stratégies. Il peut exister dans ce contexte des processus d'exclusion défensifs vis-à-vis des informations susceptibles d'activer dans le système d'attachement. Le maintien des mécanismes défensifs inconscients est à l'origine de dysfonctionnements et de troubles psychopathologiques.

L'attachement inséure et plus spécifiquement l'attachement inséure désorganisé sont pourvoyeurs de troubles pédopsychiatriques pendant l'enfance et jusqu'à l'âge adulte. Néanmoins, il est important de prendre en compte l'origine multifactorielle de la psychopathologie. L'attachement inséure est un facteur de vulnérabilité à la pathologie, qui ne conduit pas nécessairement à l'apparition de symptômes. (BOWLBY J., 2002) (BOWLBY J., 2007) (ATTILI G., 2013) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2010) (MILJKOVITCH R., 2012) (MILJKOVITCH R., 2011) De nombreuses études ont mis en évidence une corrélation entre un attachement inséure et la survenue de troubles pédopsychiatriques (ATTILI G., 2013) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2009) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2010) (MILJKOVITCH R., 2012) (MILJKOVITCH R., 2011).

1.3.2 Psychopathologies dans l'enfance et l'adolescence et prototypes d'attachement

1.3.2.1 Psychopathologie et attachement insécure évitant

L'attachement insécure évitant est associé à l'apparition, durant l'enfance, de troubles des conduites de type antisociales avec externalisation. (TROY M., STROUFE L.A., 1987)

1.3.2.1 Psychopathologie et attachement insécure ambivalent résistant

Les études mettent en évidence la survenue, en âge scolaire, de troubles des conduites de type évitement social et la présence d'un attachement ambivalent résistant à 12 mois. De même il existe une corrélation entre la présence d'un attachement ambivalent (C) et la survenue de troubles : désordres d'opposition (provocation), troubles anxieux (réactions anxieuses, angoisses de séparation, phobies, plaintes somatiques), également troubles des conduites de type tyrannique et de troubles de l'attention. (DE KYLEN M., SPELTZ M.L., GREENBERG M.T., 1996) (LAMBRUSHI F., CIOTTI F., 1988)

1.3.2.2 Psychopathologie et attachement insécure désorganisé

Il existe une corrélation entre l'attachement insécure désorganisé à l'âge de 12 mois et la survenue, entre cinq et sept ans, de troubles du comportement tels qu'agressivité, l'hostilité, l'hyperactivité. On note, également, une corrélation entre un attachement insécure désorganisé à 12 mois et la survenue en âge préscolaire de troubles type : troubles de socialisation, des comportements bizarres, de troubles dissociatifs, de troubles internalisés (SHAW D.S, OWENS E.B., VONDRA J.L., KEENAN K., WINSLOW R.B., 1997) (SHAW D.S, VONDRA J.L, 1995) (LYON-RUTH K., ZOLL D., CONNELL D., GRUNEBURN H.U., 1989) (LYON-RUTH., ALPERN L., REPACHOLI B., 1993). Les enfants maltraités et placés en établissement peuvent présenter des troubles du comportement de type inhibition avec évitement des émotions, mais aussi des troubles du comportement de type désinhibition sociale avec attachement indiscriminé. L'attachement indiscriminé et la sociabilité non sélective sont des repères pour les enfants adoptés et qui ont vécu en pouponnière sur une période avant 18 mois et malgré une prise en charge ultérieure (CHRISHOLM K., 1998) (O'CONNOR T., MARVIN M., RUTTER M et all., 2003) (T. & M., 2000).

1.3.2.1 Corrélation entre psychopathologies et typologie d'attachement

Le tableau 7 propose une synthèse des troubles psychopathologiques associés aux différents patterns d'attachement de l'âge préscolaire à l'âge adulte (cf. page suivante).

Type d'attachement	Psychopathologies associées
<i>Attachement ambivalent, ou type C à 12 mois</i>	
En âge préscolaire et scolaire	Comportement de retrait, avec désordres d'opposition dans le registre de la provocation, Phobie scolaire, Angoisse de séparation, Troubles psychosomatiques, Troubles des conduites avec comportements tyranniques, trouble de l'attention.
À l'adolescence	Troubles anxieux
À l'âge adulte	Syndromes phobiques
<i>Attachement évitant, ou type A à 12 mois</i>	
En âge scolaire	Comportements antisociaux avec passage à l'acte, Troubles du comportement (agressivité, hostilité, hyperactivité), Difficultés interactionnelles avec ses pairs et comportements bizarres
À l'âge adulte	Troubles dissociatifs
<i>Attachement désorganisé ou type D à 12 mois</i>	
En âge préscolaire	Troubles du comportement
Avant 5 ans	Symptômes réactionnels Conduites désinhibitrices de l'attachement Désinhibition sociale excessive Inhibition sociale et évitement affectif Tendance à l'attachement indiscriminé Troubles des conduites
En âge scolaire	Conduites antisociales et passage à l'acte Troubles du comportement (agressivité, hostilité, hyperactivité) et comportements bizarres Difficultés interactionnelles avec ses pairs Troubles dissociatifs et troubles internalisés
À l'adolescence	Pathologies mentales avec symptômes dissociatifs
À l'âge adulte	Troubles dissociatifs

Tableau 7. Corrélacion entre le style d'attachement et certaines formes de psychopathologie

1.3.3 Nosographie des troubles de l'attachement chez l'enfant

1.3.3.1 Le Manuel de diagnostic et de statistiques des troubles mentaux

Le trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance ou de la petite enfance ou « reactional attachment disorder » (RAD) est reconnu comme une affection psychiatrique depuis le DSM III. Ce diagnostic est associé à la présence de carences affectives graves durant la petite enfance.

Depuis le DSM III TR et le DSM IV, on distingue deux sous types de RAD :

- Un trouble réactionnel de l'attachement de type inhibé, marqué par des comportements de retrait et d'évitement.
- Un trouble réactionnel de l'attachement de type désinhibé, marqué par une sociabilité superficielle et indiscriminée (GUELFY J.D., 2004).

Dans le nouveau DSM V, le trouble réactionnel de l'attachement est divisé en deux entités distinctes et indépendantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) :

- Le trouble réactionnel de l'attachement vient remplacer le trouble réactionnel de l'attachement de type inhibé.
- Le syndrome de l'engagement social indiscriminé vient remplacer le trouble réactionnel de l'attachement de type désinhibé.

Le trouble réactionnel de l'attachement et le syndrome de l'engagement social indiscriminé ont quitté la catégorie les troubles de l'enfance pour rejoindre le groupe des pathologies liées à un stress ou des traumatismes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013)

Le DSM V note que parmi les enfants ayant subi des carences affectives graves, moins de 10 % développent un trouble réactionnel de l'attachement et environ 20 % développent un syndrome de l'engagement social indiscriminé (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Le DSM V propose de définir le trouble réactionnel de l'attachement comme un trouble caractérisé (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) :

- par un comportement inhibé, retiré émotionnellement, avec pas ou peu de recherche de réponse de réconfort en cas de détresse.
- Par des difficultés dans les relations sociales ou émotionnelles, une faible réactivité émotionnelle ou sociale, des moments inexplicables d'irritabilité, de craintes et de tristesses même lors d'interactions favorables avec un caregiver.
- Par des patterns de soins insuffisants comme le montre un des éléments suivants :
 - Privation ou négligence sociale persistante, avec un manque persistant dans les besoins de réconfort, de soins, d'éveil et d'affection de la part d'une figure d'attachement.
 - Changement répété de donneur de soins limitant la possibilité de constituer des liens d'attachement stables.
 - Conditions d'éducation qui limitent fortement les possibilités de former des liens sélectifs.
- Troubles évoluant depuis plus d'un an avec la présence de symptômes à des niveaux relativement élevés.
- Troubles survenant chez des enfants avec un âge de développement d'au moins neuf mois.

Le DSM V définit le syndrome de l'engagement social indiscriminé par des :

- Interactions actives et sans retenue avec des adultes inconnus, comme le montrent certains des éléments suivants : peu de réticence pour approcher ou agir avec des adultes inconnus, comportement verbal ou physique trop familier ou inadapté pour l'âge qui s'améliore avec l'encadrement des soignants, comportement d'évitement vis-à-vis des étrangers.
- Patterns de soins insuffisants comme le montre un des éléments suivants :
 - Privation ou négligence sociale persistante, avec un manque régulier dans les besoins de réconfort, de soins, d'éveil et d'affection de la part d'une figure d'attachement.
 - Changement répété de donneur de soin limitant la possibilité de constituer des liens d'attachement stables.
 - Condition d'éducation limitant fortement les possibilités de former des liens sélectifs.
- Troubles évoluant depuis plus d'une année avec la présence de symptômes à des niveaux relativement élevés.
- Troubles survenant chez des enfants avec un âge de développement d'au moins neuf mois.

Cette « reconceptualisation » des troubles réactionnels de l'attachement dans le DSM V répond aux travaux de ZEANA et ses collaborateurs qui ont étudié les enfants ayant grandi en orphelinat et ont montré une évolution différente, à l'adolescence, entre les enfants avec un RAD inhibé et un RAD désinhibé. À l'adolescence, avec des nouveaux soignants qui donnent des soins sensibles et adaptés, les enfants avec un RAD inhibé évoluent alors que ce n'est pas le cas des RAD désinhibés (ZEANA C., BORIS N., 2000).

1.3.3.2 LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Dans la dixième classification internationale des maladies, publiée par Organisation mondiale de la Santé en 1994, on retrouve les troubles de l'attachement dans le chapitre V, consacré aux troubles mentaux et au comportement sous la cotation F94 correspondant aux troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement durant l'enfance ou à l'adolescence.

Il en existe deux types :

- 94.1 : Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance
- 94.2 : Trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition

1.3.3.3 LA DC-0-3R

La « Classification Diagnostic de la Santé mentale et des Troubles du développement de la Petite enfance » (DC : 0-3R), publiée en 1994, a été élaborée en réponse à la nécessité d'une approche développementale des difficultés psychologiques dans les premières années de vie. Elle a été révisée en 2003 (EMDE R., LINK EGGER H., FENICHEL E., GUEDENAY A., WISE B., WRIGHT H., 2009). La DC : 0-3R comporte 5 axes :

- Troubles Cliniques (axe 1),
- Classification des Relations (axe 2),
- Affections médicales et Troubles développementaux (axe 3),
- Facteurs de Stress Psychosociaux (axe 4),
- Fonctionnement Émotionnel et Social (axe 5).

Le diagnostic de trouble réactionnel aux situations de carence ou de maltraitance est un trouble clinique de l'axe 1. Il est caractérisé par des comportements d'attachement sérieusement perturbés et inappropriés d'un point de vue développemental. Dans ces comportements, l'enfant ne mobilise que rarement une figure d'attachement préférentielle et différenciée – ou de manière minimale – pour être réconforté, aidé, protégé et pour prendre soin de lui. Les recherches ont permis d'identifier trois sous catégories de Trouble Réactionnel aux situations de carences ou de maltraitance ainsi qu'un diagnostic différentiel

nécessaire (EMDE R., LINK EGGER H., FENICHEL E., GUEDENAY A., WISE B., WRIGHT H., 2009).

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 limités et de 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 ses 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 familiers, l'enfant ne s'assure pas de la présence de l'adulte qui s'occupe 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 ne requiert que deux critères de chacune des sous-catégories précédentes.

Avant d'établir un diagnostic de « Trouble réactionnel aux situations de carence ou de maltraitance », il est nécessaire que le clinicien s'assure que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un « Trouble Envahissant du Développement ».

1.3.3.4 Autre classification diagnostic

ZEANAH, BORIS et LIBERMAN, en 2000, ont proposé une nomenclature des troubles de l'attachement, qui reflète plus la diversité clinique de ces troubles que la nomenclature proposée par le DSM sous le terme de « Troubles Réactionnels de l'Attachement ». (ZEANAH C., BORIS N., 2000) (SAVARD Nathalie, 2010) (GUEDENEY N., GUEDENEY A., 2010)

- Troubles de « l'absence d'attachement »

Les troubles de type « absence d'attachement » concernent des enfants qui n'ont pas pu construire de lien d'attachement en raison d'un placement précoce en institution ou à des négligences graves.

Les enfants avec un trouble « absence d'attachement » ont des difficultés importantes dans la régulation des émotions, dans l'autoprotection, dans la recherche de réconfort, l'expression des affects, la coopération ainsi que dans l'exploration. Ils ont des comportements à risques et se mettent en danger (ZEANAH C., BORIS N., 2000) (SAVARD Nathalie, 2010). Cette catégorie de troubles de l'attachement comporte deux sous-groupes :

- Absence d'attachement avec retrait émotionnel :

Dans ce groupe, l'enfant est en retrait, se désintéresse et ignore les autres.

- Absence d'attachement avec sociabilité indiscriminée :

Dans ce groupe, l'enfant va vers les étrangers sans réserve ou réticence normalement observée à cet âge ; il est immédiatement familier, s'accroche à tout le monde, sans recherche de proximité d'une personne spécifique en cas besoin.

- Troubles de la base de sécurité

Dans ce type de troubles, l'enfant a des liens d'attachement à une figure spécifique, mais ce lien est très perturbé (ZEANAH C., BORIS N., 2000) (SAVARD Nathalie, 2010). On peut distinguer quatre groupes dans les troubles de la base de sécurité :

- Troubles de l'attachement avec mise en danger.

Ce type de trouble de l'attachement concerne des enfants qui évoluent dans un milieu familial violent, que la violence soit sur l'enfant même ou au sein de la famille. Il apparaît au cours de la deuxième année avec le développement de la marche. Les enfants se mettent alors en danger par des activités ou des comportements dangereux et provocants, en s'éloignant de la figure d'attachement sans se retourner vers elle. Ces comportements correspondent à une recherche d'attention et de protection auprès d'un parent inaccessible.

- Troubles de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée.

Ces troubles concernent les enfants qui ont une inhibition de l'exploration avec un « collage » maternel excessif ; ils manifestent peu de curiosité pour l'environnement et présentent une détresse et une angoisse majeure au moment des séparations. Les troubles de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée s'observent souvent chez les enfants de mères elles-mêmes enclines à des angoisses de séparation importantes, et l'enfant joue le rôle de base de sécurité.

- Troubles de l'attachement avec vigilance et compliance excessive.

Ces troubles de la base de sécurité sont marqués par un enfant hypervigilant, sans spontanéité, avec un comportement de non-provocation, d'obéissance exagérée et de « séduction » envers sa ou ses figures d'attachement pour ne pas déplaire à un parent intrusif et violent.

- Les troubles de l'attachement avec renversement des rôles.

L'enfant est alors préoccupé par le bien-être psychique et émotionnel de sa ou ses figures d'attachement en se mettant en position de « parentification ». Il perçoit sa figure d'attachement comme fragile psychiquement ou physiquement et qu'il faut protéger (dépression, peur de l'abandon, maladies graves etc.). L'enfant cherche à protéger sa figure d'attachement par une inhibition de ses émotions et de ses besoins tout en développant une sensibilité et une attention extrême aux besoins de l'autre. Ces troubles évoluent dans la petite enfance vers un comportement aconflictuel, voire un fonctionnement en faux self.

- Les ruptures du lien d'attachement

Ce sont des troubles réactionnels issus, chez le jeune enfant, d'une perte brutale de sa figure d'attachement (décès, placement, changement de famille d'accueil ou succession de placements). Les troubles sont marqués par les trois phases décrites par BOWLBY, chez l'enfant entre 6 mois et 4 ans, immédiatement après la séparation d'un enfant de sa figure d'attachement.

Les trois phases décrites par BOWLBY (BOWLBY J., 2002), lors de la séparation, sont:

- La phase de protestation

Cette phase de protestation est immédiatement visible après la séparation, elle se caractérise par une manifestation intense de détresse où l'enfant utilise l'ensemble de ses ressources pour retrouver sa figure d'attachement et mettre fin à son angoisse d'abandon. Cette phase peut durer de quelques heures à plusieurs semaines.

- La phase de désespoir

L'enfant comprend que ses tentatives pour retrouver sa figure d'attachement sont inefficaces, il perd l'espoir de retrouver sa figure maternelle et rentre dans un état de tristesse intense avec un repli et un désintérêt pour l'environnement ou autrui. Il garde néanmoins des préoccupations centrées sur la figure absente.

Après cette phase de fausse accalmie, l'enfant présente un état de colère important avec une hostilité envers les autres ou son environnement matériel.

- La phase de détachement

Durant cette phase, l'enfant met en place un comportement adaptatif de refoulement, il manifeste un désintérêt pour la figure d'attachement tout en recommençant à s'ouvrir à son environnement humain et matériel.

2. HYPOTHÈSE DE LA RECHERCHE ET RÉSULTATS ATTENDUS

La théorie de l'attachement a permis de mieux comprendre la place des interactions « parents-enfants » dans le développement psychique de l'enfant. À partir des premières relations d'attachement, l'enfant forme des schémas cognitifs, des modèles internes opérants qui s'expriment sous forme de patterns comportementaux et émotionnels. Ces patterns ont pour but de garder le lien entre l'enfant et sa figure d'attachement. Les études portant sur la théorie de l'attachement mettant en lumière, les risques d'une distorsion dans les interactions précoces sur le développement de l'attachement et la survenue de troubles psychopathologiques.

Les enfants pris en charge en hôpital de jour ont souvent des difficultés à interagir harmonieusement tant avec leurs pairs qu'avec leurs figures d'attachement du fait de leurs troubles. Ils peuvent aussi avoir une histoire de vie carencée, abandonnique ou maltraitante. Il peut dans ce contexte exister, chez ces enfants, des processus d'exclusion défensifs vis-à-vis des informations susceptibles d'activer dans le système d'attachement. Le maintien des mécanismes défensifs inconscients peut, ultérieurement, être à l'origine de dysfonctionnements et de troubles psychopathologiques qui pourront venir aggraver la symptomatologie clinique.

Ce faisant, on peut supposer, que les enfants pris en charge en hôpital de jour présentent, en plus de leurs troubles psychopathologiques, des troubles de l'attachement qui sont susceptibles d'être exploré par l'étude des modèles internes opérants.

On peut également supposer que les narratifs des enfants reflètent les processus défensifs inconscients et les modèles internes opérants qu'ils ont construits. La connaissance des processus défensifs et des représentations d'attachement permettrait un meilleur accompagnement des enfants en hôpital de jour dans sur le plan personnel et familial.

3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude s'intéresse aux représentations d'attachement des enfants, d'âge scolaire, pris en charge en hôpital de jour à l'EMPE de Poitiers. Les représentations d'attachement correspondent aux modèles internes opérants que l'enfant a de sa ou ses figures d'attachement en matière de disponibilité, de protection, d'aide et de sécurité.

Les « histoires à compléter » et le codage par « les cartes pour le complément d'histoire » permettent d'examiner la qualité des représentations d'attachement chez l'enfant, tout en précisant la qualité du contenu narratif du jeu de chaque enfant lors de la passation.

Étudier le rapport entre les résultats obtenus lors des « histoires à compléter » et les éléments anamnestiques et cliniques présentés par chaque enfant.

3.1 OBJECTIF PRINCIPAL

Étudier la qualité des représentations d'attachement des enfants suivis en hôpital de jour pédopsychiatrique.

3.2 OBJECTIFS SECONDAIRES

Étudier les éléments anamnestiques et cliniques de chaque enfant, à travers l'étude de leur dossier médical.

Rechercher les codes diagnostics de chaque enfant pour le comparer aux résultats et aux éléments cliniques et anamnestiques des enfants.

4. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

4.1 CRITÈRES D'ÉVALUATION

Il s'agit d'évaluer la qualité des représentations d'attachement chez un groupe d'enfants en âge scolaire pris en charge en hôpital de jour sur l'EMPE de Poitiers. Pour étudier la qualité des représentations d'attachement à travers les études des narratifs d'attachement chez l'enfant, nous utiliserons la version francophone de ASCT (Attachment Story Completion Task) c'est à dire « Les histoires d'attachement à compléter » (BRETHERTON I., 2008).

4.2 DESCRIPTION DE LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

4.2.1 Type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, prospective, unicentrique, descriptive et analytique d'une population d'enfant en âge scolaire et suivi en hôpital de jour. Dans cette étude nous nous intéresserons à la qualité des représentations d'attachement des enfants, et l'analyse clinique qu'il est possible d'en faire en tenant compte des éléments anamnestiques.

4.3 POPULATION DE L'ÉTUDE

4.3.1 *Critères d'inclusion*

- Enfant entre 3 et 7 ans.
- Enfant de sexe masculin ou féminin.
- Enfant pris en charge en hôpital de jour sur EMPE de Poitiers.
- Enfant appartenant au groupe de soins « THÉIA » sur EMPE de Poitiers.
- Les représentants légaux ont reçu une information claire et loyale sur les conditions de réalisation de l'étude et son but. Participent à l'étude, les enfants dont les représentants légaux ont donné un consentement libre et écrit pour la participation de leur enfant à cette étude.

4.3.2 *Critères de non-inclusion*

- Enfant de moins de 3 ans et de plus de 7 ans.
- Enfant non pris en charge en hôpital de jour sur le groupe « THÉIA ».
- Niveau verbal ne permettant pas de réaliser « les histoires d'attachement à compléter ».
- Enfant présentant une surdité.
- Enfant présentant un handicap moteur ne lui permettant pas une mobilisation correcte des personnages intervenant dans « les histoires d'attachement à compléter ».
- Enfant dont les représentants légaux ont refusé la participation à cette étude.

4.4 POPULATION TÉMOIN

Il s'agit d'une population de référence pour des études de représentations de l'attachement. Elle est composée de 544 enfants sans problème particuliers âgés de 3 ans à 7 ans (avec une moyenne d'âge de 53 mois et un écart type de 13 mois). Cette population de référence est composée de 262 garçons et 282 filles provenant de 5 pays : Suisse, Espagne, Italie, Belgique et Chili. (BRETHERTON I., 2008)

4.5 INSTRUMENT D'ÉVALUATION : LES HISTOIRES À COMPLÉTER

Les histoires d'attachement sont la version francophone de l'ASCT mis au point par Inge BRETHERTON en 1990. Cette procédure permet d'étudier la qualité des représentations d'attachement chez l'enfant à travers la production d'un narratif par l'enfant. (BRETHERTON I., 2008)

La procédure se compose d'une suite de 5 histoires où l'expérimentateur donne une amorce d'histoire et demande ensuite à l'enfant de narrer la suite. L'expérimentateur propose une amorce d'histoire concernant la famille. Les cinq amorces d'histoires couvrent une vaste variété de scénarii d'attachement liés à la maladresse de l'une des figurines d'enfant (le jus de fruit renversé sur la table du dîner, une blessure lorsque l'enfant tombe d'un rocher, la peur lors de l'histoire du monstre dans la chambre et l'expérience de la séparation et des retrouvailles lorsque les parents partent et reviennent de vacances). Les amorces d'histoire représentent des événements de la vie quotidienne, de sorte que les scénarii sont familiers pour l'enfant, et l'aident à adhérer et se concentrer sur la tâche et la narration. Les séquences d'actions permettent d'étudier les relations verbales, gestuelles et comportementales entre les protagonistes. (BRETHERTON I., 2008)

Les histoires d'attachement ont été codées par la procédure des « Cartes pour le complément d'histoires » mises au point par R. MILJKOVITCH, B. PIERREHUMBERT et I. BRETHERTON en 2003. Cette procédure permet d'évaluer plusieurs dimensions des représentations des comportements d'attachement : prototypes d'attachement et mesure d'échelles qualitatives composant les représentations d'attachement chez l'enfant. « Les cartes pour le complément d'histoire » est une procédure de cotation globale où les 5 histoires à compléter sont cotées ensemble. Le matériel est composé de 65 items comportant

chacun une affirmation. (MILJKOVITCH R., 2009) (MILIJKOVITCH R., 2008)
(MILIJKOVITCH R., 2008)

Les « histoires à compléter » à travers l'analyse de la technique des cartes (items) pour un complément d'histoire, sont une procédure déjà utilisée chez les enfants asymptomatiques et des enfants avec une pathologie spécifique. Peu d'études se sont intéressées aux représentations d'attachement chez les enfants en âge scolaire suivi en hôpital de jour pédopsychiatrique. Les « histoires à compléter » avec la technique des « cartes pour le complément d'histoire » sont un protocole d'évaluation peu utilisé en pratique courante en raison de la lourdeur de la procédure de passation, du codage, et de la complexité de l'analyse statistique que demande ce protocole. (MILJKOVITCH R., 2009) (MILIJKOVITCH R., 2008) (MILIJKOVITCH R., 2008)

Cette technique passe par :

- ***Une phase de manipulation pratique des cartes (phase de codage) :***
 - Tri de carte en « trie libre » pour l'étude des caractéristiques du jeu.
 - Tri de carte en « tri forcé » pour l'étude des représentations d'attachement.
- ***Une phase d'analyse statistique :***
 - Par la formule à 3 et 7 échelles, qui permet l'analyse du contenu du jeu. Initialement R. MILJKOVITCH propose la formule à 7 échelles pour une analyse complète des caractéristiques du jeu. Elle a ensuite proposé, plus récemment, une formule simplifiée à 3 échelles pour l'analyse du contenu du jeu par les indices de typologie d'attachement, pour l'analyse des prototypes d'attachement.

La technique des « cartes pour le complément d'histoire » permet d'évaluer :

- ***D'une part les caractéristiques et le contenu du jeu de l'enfant à travers les formules à trois et à sept échelles. Ces échelles sont calculées à partir du tri de carte libre.***

Pour le calcul des formules à trois et sept échelles, on calcule d'abord :

- un « Q score » qui correspond à un score quantitatif,
- puis un « T score » qui répond à une loi normale, et qui permet une analyse qualitative des résultats.

L'analyse du « T score », en loi normale, permet de définir un score T entre zéro et cent, avec une moyenne de 50 et un écart type de 15.

- Un score est dit « moyen » s'il est compris entre 35 et 65
- Un score est dit « mauvais » s'il est inférieur à 35,
- Un score est considéré comme « bon » s'il est supérieur à 65.

- ***D'autre part, cette technique permet d'évaluer les représentations d'attachement associées au jeu de l'enfant à travers des prototypes ou des typologies d'attachement.***

On calcule d'abord un « indice Q ». Il en existe quatre (désorganisation, sécure, hyper-activation et désactivation). Les « indices Q » sont calculés à l'aide d'un logiciel statistique, en comparant par corrélation les scores de l'enfant à chaque item avec ceux de la population témoin pour chaque prototype d'attachement.

L'« indice Q » est une dimension quantitative qui n'est pas directement analysable statistiquement. On passe donc par l'analyse d'un « indice T » à l'aide de « l'indice Q » ; il permet de passer d'une dimension quantitative à une dimension qualitative, qui répond à une loi normale et qui est analysable statistiquement.

Il existe quatre types d'« indice T » :

- « l'indice T » de désorganisation,
- « l'indice T » de sécurité,
- « l'indice T » d'hyper-activation
- et « l'indice T » de désactivation.

En reprenant les travaux de BOWLBY et MILJKOVITCH, on commence par analyser « l'indice T de désorganisation ». Un prototype d'attachement désorganisé reflète un modèle de représentation où l'enfant n'a pas de stratégie d'attachement. On considère qu'un « indice T de désorganisation » supérieur à 65 correspond à un prototype d'attachement insécure désorganisé (MILJKOVITCH R., 2 009) (MILJKOVITCH R., 2 008) (MILJKOVITCH R., 2 008).

Si « l'indice T de désorganisation » est inférieur à 65, on s'intéresse à « l'indice T de sécurité ». Un prototype d'attachement sécure reflète un modèle de représentation où l'enfant possède des stratégies d'attachement primaires. Un « indice T » de sécurité supérieur à 45 correspond à un prototype d'attachement sécure (MILJKOVITCH R., 2 009) (MILJKOVITCH R., 2 008) (MILJKOVITCH R., 2 008).

Si « l'indice T de sécurité » est inférieur à 45, on s'intéresse aux « indices T d'hyperactivation et désactivation ». Les prototypes d'attachement hyperactivé et désactivé reflètent un modèle de représentation où l'enfant possède des stratégies d'attachement secondaire. On regarde « l'indice T » le plus élevé, entre « indice T de désactivation » et « l'indice T d'hyperactivation » pour en déduire le prototype d'attachement de l'enfant. Un « indice T d'hyperactivation » élevé correspond à un prototype d'attachement insécure ambivalent résistant. Un « indice T désactivation » élevé correspond à un prototype d'attachement insécure évitant (MILJKOVITCH R., 2 009) (MILJKOVITCH R., 2008) (MILJKOVITCH R., 2008).

4.6 SCHÉMA DE L'ÉTUDE ET DÉROULEMENT

4.6.1 Spécificités des modalités de passation chez les enfants en hôpital de jour

Préalablement à l'étude, l'examineur a dû rencontrer les enfants deux heures trois fois par semaine durant trois semaines, durant leurs temps de groupe, pour que les enfants s'habituent à l'interagir avec lui.

La passation se déroule dans une petite pièce en dehors du groupe, composée d'une petite table et de deux chaises. La passation est filmée par une caméra placée sur un trépied dans un coin de la pièce.

Lu., un des sept enfants a refusé de passer « les histoires à compléter ». Il a donc été exclu de l'étude.

4.6.2 Procédure de passation

Les « histoires d'attachement » sont la version francophone de l'ASCT mit au point par Inge BRETHERTON en 1990. Cette procédure permet d'étudier la qualité des représentations d'attachement chez l'enfant à travers la production d'un narratif par l'enfant (BRETHERTON I., 2008).

La procédure se compose d'une suite de 5 histoires où l'expérimentateur donne une amorce d'histoire et demande à l'enfant de narrer la suite. L'expérimentateur propose une amorce d'histoire concernant la famille. Les cinq amorces d'histoires couvrent une vaste variété de scénarii d'attachement : la maladresse de l'une des figurines d'enfant (le jus de fruit renversé sur la table du diner, une blessure lorsque l'enfant tombe d'un rocher, la peur lors de l'histoire du monstre dans la chambre et l'expérience de la séparation et des retrouvailles lorsque les parents partent et reviennent de vacances). Les amorces d'histoire représentent des événements de la vie quotidienne, de sorte que les scénarii sont familiers pour l'enfant, afin de l'aider à adhérer et se concentrer sur la tâche et la narration. Les séquences d'actions permettent d'étudier les relations verbales, gestuelles et comportementales entre les protagonistes (BRETHERTON I., 2008) (MILIJKOVITCH R., 2008).

L'expérimentateur a une place importante lors de la passation. Il s'efforce de mettre en scène les personnages verbalement et scéniquement (manipulation des figures, parlant d'une voix expressive, et en soulignant les composantes émotionnelles des situations). Les relances verbales de l'expérimentateur sont importantes pour stimuler l'enfant à produire un narratif : « qu'est ce qu'on peut dire d'autre ? », « qu'est-ce qui va arriver à Jeanne (ou Pierre) ? ». Il demande à l'enfant d'explicitier les actions et les sentiments de chaque figurine : « que font-ils ? », Comment se sent-il (ou elle) ? « Que fait-il ? » Les figurines et les invitations verbales aident l'enfant à comprendre les amorces d'histoires pour les compléter ensuite.

La famille se compose de : deux enfants du même sexe que l'enfant (dont l'un se prénomme Jeanne ou Pierre), d'un papa, d'une maman et de la grand-mère.

Les cinq histoires durent en moyenne, 3 minutes. La première histoire « le gâteau d'anniversaire » sert d'histoire d'échauffement et ne compte pas pour la procédure de cotation.

HISTOIRE D'ÉCHAUFFEMENT : « L'ANNIVERSAIRE DE JEANNE (OU JEAN) ».

- Amorce scénique :

L'expérimentateur raconte : « C'est l'anniversaire de Jeanne. La maman a préparé un magnifique gâteau. Elle dit : Venez, grand-maman et papa, venez les enfants, c'est le moment de fêter l'anniversaire. ». L'expérimentateur va demander à l'enfant de disposer la famille autour de la table et dit ensuite : « Montre-moi ce qui se passe maintenant !.... On chante « Joyeux anniversaire »... Montre-moi comment ils mangent le gâteau. Qu'est ce que dit Jeanne de son gâteau d'anniversaire ?.... »

- Matériel (photo 1) :

Le matériel utilisé pour réaliser l'anniversaire de Jeanne consiste en des jouets pour poupée comprenant :

- Une table,
- Des chaises,
- Un gâteau,
- Des assiettes,
- Des figurines : le papa, la maman, la grand-mère et les deux enfants.



Photos1.Présentation du matériel et de l'organisation scénique de l'histoire.

PREMIÈRE HISTOIRE D'ATTACHEMENT À COMPLÉTER : « LE SIROP RENVERSÉ ».

- **Amorce scénique :**

L'expérimentateur raconte : « La famille est à table pour manger ». Il demande à l'enfant de placer la famille autour de la table pour qu'ils puissent manger. L'expérimentateur dit ensuite « Ils boivent du sirop, et Jeanne se lève pour prendre quelque chose, et oh ! Elle renverse son sirop sur le sol... ». L'expérimentateur fait tomber le gobelet de Jeanne, et dit « montre moi et dis-moi ce qui se passe ensuite ! ».

- **Matériel (photo 2) :**

Le matériel utilisé pour réaliser l'anniversaire de Jeanne consiste, en, des jouets pour poupée comprenant

- Une table,
- Des chaises,
- Un gâteau,
- Des assiettes et des gobelets,
- Des figurines : le papa, la maman et les deux enfants.



Photo 2. Présentation du matériel et de l'organisation scénique de l'histoire.

DEUXIÈME HISTOIRE D'ATTACHEMENT À COMPLÉTER : « LA SORTIE DANS LE PARC ».

- Amorce scénique :

L'expérimentateur dit « La famille va dans le parc. Quand ils arrivent, Jeanne voit le gros rocher. La maman dit : Tu ne grimpes pas sur le rocher !.... Montre-moi et dit moi ce qui se passe ensuite ».

- Matériel (photo 3) :
 - Un rocher,
 - Un tapis vert représentant le parc,
 - La mère, le père et les deux enfants.



Photo 3. Présentation du matériel et de l'organisation scénique de l'histoire

TROISIÈME HISTOIRE D'ATTACHEMENT À COMPLÉTER : « LE MONSTRE DANS LA CHAMBRE ».

- Amorce scénique :

L'expérimentateur dit : « C'est le soir, toute la famille est dans le salon. La sœur (ou le frère) va d'abord se coucher. Jeanne joue seule dans sa chambre. Tout à coup, la lumière s'éteint et Jeanne entend un bruit ». À ce moment-là l'expérimentateur gratte sous la table et dit en prenant une voix inquiète : « Jeanne dit : il y a un monstre ! Montre-moi et dis-moi ce qui se passe ensuite ».

- Matériel (photo 4) :

Le matériel consiste, en, :

- Des personnages : le père, la mère et les deux enfants,
- Un salon,
- Le lit de Jeanne.



Photo 4. Présentation du matériel et de l'organisation scénique de l'histoire.

QUATRIÈME HISTOIRE D'ATTACHEMENT À COMPLÉTER : « LE DÉPART ».

- Amorce scénique :

L'expérimentateur dit « Les enfants vont jouer dehors. Sais-tu ce qui se passe ? La maman et le papa vont partir en voyage ». L'expérimentateur pose la voiture sur le tapis et dit « la maman dit : Les enfants, papa et moi, nous allons partir en voyage. Nous revenons demain. Grand mère va rester avec vous ! ». L'expérimentateur fait ensuite parler l'un des enfants qui dit « Je ne veux pas que vous partiez ! » et la maman répond « Nous devons partir ». L'expérimentateur demande à l'enfant de faire partir la voiture avec les figurines du père et de la mère. Si l'enfant veut aussi placer les figurines d'enfant dans la voiture, l'expérimentateur dit : « Non, seulement la maman et le papa sont en train de partir... Montre-moi et dis-moi ce qui se passe ensuite, que font les enfants pendant que les parents sont loin ? ».

- Matériel (photo 5) :

Le matériel consiste, en, :

- Un tapis représentant l'extérieur,
- Une voiture,
- Les personnages : Le papa, la maman, la grand-mère et les deux enfants.



Photo 5. Présentation du matériel et de l'organisation scénique de l'histoire.

CINQUIÈME HISTOIRE D'ATTACHEMENT À COMPLÉTER : « LE RETOUR ».

- Amorce scénique :

L'expérimentateur dit « C'est le jour suivant. La grand-mère regarde par la fenêtre et dit : « Regardez, les enfants, je crois que votre maman et votre papa reviennent, ils rentrent de voyage, je peux voir leur voiture... ». Montre-moi et dis-moi ce qui se passe ensuite ! ».

- Matériel :

Le matériel est composé :

- D'un tapis représentant l'extérieur,
- D'une voiture,
- Des personnages : la grand-mère, les deux enfants et les parents.

4.6.3 Procédure de cotation

Les histoires d'attachement ont été codées par la procédure des « Cartes pour le complément d'histoires » mise au point par R. MILJKOVITCH, B. PIERREHUMBERT et I. BRETHERTON en 2003 (BRETHERTON I., 2008) (MILJKOVITCH R., 2009) (MILJKOVITCH R., 2008) (MILJKOVITCH R., 2008). Cette procédure permet d'évaluer plusieurs dimensions des représentations des comportements d'attachement : prototype d'attachement et mesure d'échelles qualitatives composant les représentations d'attachement chez l'enfant (MILJKOVITCH R., 2009) (MILJKOVITCH R., 2008) (MILJKOVITCH R., 2008). « Les cartes pour le complément d'histoire » est une procédure de cotation globale où les 5 histoires à compléter sont cotées ensemble. Le matériel est composé de 65 items comportant chacun une affirmation (annexe 3). Chaque item est reporté sur une carte composant ainsi un jeu de 65 cartes (photo 6).

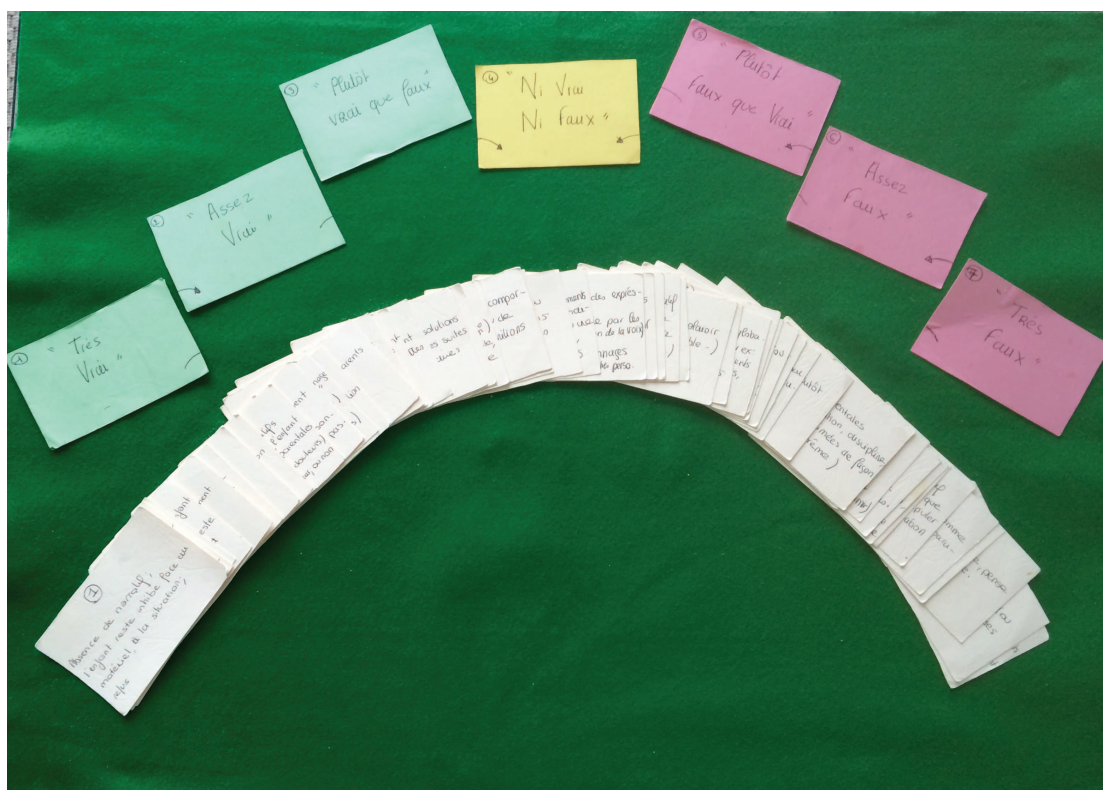


Photo 6. Matériels de cotation

4.6.3.1 Procédure de cotation en « tri libre »

Dans un premier temps, on visionne une première fois la vidéo, on procède ensuite à un premier codage : « Tri en 3 piles ». On place 3 étiquettes : « vrai », « ni vrai ni faux », « faux ». En dessous de chaque étiquette, on distribue chacune des 65 cartes, chaque carte correspondant à un item. De telle façon que la pile de gauche contient les items considérés comme « vrai », la pile centrale contient les cartes jugées comme « ni vrai ni faux », et la pile de droite contient les cartes dont les items sont jugés comme « faux ». Dans un second temps, on visionne une deuxième fois la vidéo afin d'affiner l'étape du « tri libre ». On organise les 3 étiquettes « vrai », « ni vrai ni faux », et « faux » en 7 étiquettes : « très vrai », « assez vrai », « plutôt vrai que faux », « ni vrai ni faux », « plutôt faux que vrai », « assez faux », « très faux » (MILJKOVITCH R., 2009) (MILIJKOVITCH R., 2008) (MILIJKOVITCH R., 2008).

4.6.3.2 Procédure de cotation en « tri forcé »

On procède ensuite à un « tri forcé » pour ne laisser qu'un nombre donné de cartes dans chacune des piles : 5 cartes dans la pile « très vrai », 8 cartes dans la pile « assez vrai », 12 cartes dans la pile « plutôt vrai que faux », 15 cartes dans la pile « ni vrai ni faux », 12 cartes dans la pile « plutôt faux que vrai », 8 cartes dans la pile « assez faux » et 5 cartes dans la pile « très faux ». Pour ce faire, on prend parmi les cartes de la pile « très vrai » les cinq cartes les plus « vrai » en reposant les cartes restantes dans la pile adjacente c'est-à-dire la pile « assez vrai ». On répète la manœuvre pour les cartes des piles « assez vrai » et « plus vrai que faux », en déplaçant les cartes les moins « vrai » vers la pile « plutôt vrai que faux ». Pour ne garder que 8 cartes dans la pile « assez vrai », et 12 dans la pile « plus vrai que faux ». On réalise ensuite la même chose à droite, en ne gardant que les 5 cartes portant les items les plus faux dans la pile « très faux » et en déplaçant le reste des cartes portant des items moins faux vers la colonne « assez faux ». On réalise la même manœuvre avec les cartes de la colonne « assez faux » vers la colonne « plutôt faux que vrai ». De telle façon qu'il ne reste plus, à la fin, que 5 cartes dans la colonne « très faux », 8 cartes dans la colonne « assez faux » et 12 cartes dans la colonne « plutôt faux que vrai ». À la fin du tri, il doit rester 15 cartes dans la pile « ni vrai ni faux » (MILIJKOVITCH R., 2008).

En fin de codage, on répertorie dans un grand tableau le score brut associé aux items notés sur chaque carte. Le score est compris entre 1 et 7 : les cartes se trouvant sur la pile « très vrai » reçoivent un score de 7, celles de la pile de « assez vrai » un score de 6, celles de la pile « plus

vrai que faux » un score de 5, celles de la pile « ni vrai ni faux » un score de 4, de même les cartes de la pile « plus faux que vrai » cotent pour un score de 3, celles de la pile « assez faux » cotent pour 2 et celles associées à la pile « très faux » cote pour 1. Chaque carte reçoit un score brut entre 1 et 7 en fonction de sa place dans chaque pile (MILIJKOVITCH R., 2008).

En plus d'évaluer les stratégies d'attachement, les narratifs des « histoires à compléter » mettent en évidence des caractéristiques de jeu et des contenus de représentation plus spécifiques qui sont évalués avec les indices sous forme d'échelles (indice à 3 et à 7 échelles). L'évaluation de la stratégie d'attachement, passe par un « Q sort » : Étude d'une corrélation entre le score du sujet à chaque item et le score à chaque item des 4 prototypes d'attachement (MILIJKOVITCH R., 2008).

4.6.4 Procédure de codage

4.6.4.1 Codage des caractéristiques et du contenu du jeu

Les scores obtenus pour chaque échelle (indice brut), au sein de chaque formule, sont calculés à partir de score du « tri libre ». Il existe deux possibilités pour analyser le codage des histoires à compléter, la première (ancienne formule) compte 7 échelles, et la deuxième (nouvelle formule) compte, elle, 3 échelles. Le score obtenu à chaque échelle correspond à la moyenne des points obtenus pour un ensemble d'items comptant pour cette échelle (MILIJKOVITCH R., 2008).

- Calcul des scores :

Pour chaque carte, le score est compris entre 1 et 7 en fonction de sa place dans chaque pile (tableau 8)

Pile de carte	Score
« Très faux »	1
« Assez faux »	2
« Plutôt faux que vrai »	3
« Ni vrai, ni faux »	4
« Plutôt vrai que faux »	5
« Assez vrai »	6
« Très vrai »	7

Tableau 8. Score obtenu à chaque item, en fonction de sa place dans chaque pile de carte

On peut calculer pour chaque échelle un indice brut, propre au sujet, qui correspond à la moyenne des items qui composent cette échelle (annexe 7 et 8). Certains items sont cotés positivement et d'autres négativement (tableau 9). Pour les items cotés négativement, le score du sujet à cet item doit être inversé pour le calcul de la moyenne (MILIJKOVITCH R., 2008).

Correspondance des scores pour la cotation « inversée »
1 - > 7
2 - > 6
3 - > 5
4 - > 5
5 - > 3
6 - > 2
7 - > 1

Tableau 9. Correspondance des scores pour la cotation « inversé »

4.6.4.1.1 PRÉSENTATION DE LA FORMULE À TROIS ÉCHELLES

Récemment, MILJKOVITCH (MILJKOVITCH R., 2008) (MILJKOVITCH R., 2008) (MILJKOVITCH R., 2009), propose un indice revisité simplifié pour l'évaluation de la qualité des représentations d'attachement à travers le codage d'un indice à 3 échelles. Ces échelles sont « la mentalisation », « résolution » et « parentalité ».

L'échelle de « mentalisation » évalue la capacité de l'enfant à réfléchir et à essayer de trouver une solution constructive à une situation qui active le système d'attachement (séparation, blessures, maladie, peur).

L'échelle de « résolution » évalue chez l'enfant la capacité qu'il a à trouver un dénouement heureux dans lequel les parents ont une présence sécurisante.

L'échelle de « parentalité » évalue chez l'enfant, la qualité de la représentation parentale qu'a un enfant en matière de sécurité et de disponibilité.

Elle permet d'obtenir des configurations de scores qui sont corrélées, de façon spécifique, à un type de représentation d'attachement chez le sujet étudié.

- Les enfants avec un attachement sécure ont des scores élevés aux trois échelles.
- Les enfants avec un attachement insécure désorganisé obtiennent des résultats avec une capacité de « mentalisation » moyenne avec par contre des scores très faibles aux échelles de « parentalité » et de « résolutions ».
- Les sujets avec un attachement insécure ambivalent résistant ont des scores de « mentalisation » moyens. Ils se distinguent des sujets avec un attachement désorganisé, par des scores moins faibles aux échelles de « parentalité » et de « résolution » que les sujets désorganisés.
- Les sujets insécures évitants sont caractérisés par un score de « mentalisation » faible et des scores de « parentalité » et de « résolution » moyens.

- **Méthodes de calcul des « Q scores » pour chaque échelle de la formule à 3 échelles**

On peut calculer les « indices bruts » de chaque échelle, en effectuant la moyenne de la somme des scores obtenus pour l'ensemble des items cotant pour chaque échelle. Certains scores sont obtenus par cotation directe (items calculés en « score positif ») et d'autres par cotation inverse (items calculés en « score inverse »).

Confère la partie ci-dessus concernant le calcul des scores en début de méthodologie et les annexes 7 et 8.

- **Méthodes de calcul des « T scores » pour chaque échelle de la formule à 3 échelles**

On peut calculer les « indices bruts » de chaque échelle, en effectuant la moyenne de la somme des scores obtenus pour l'ensemble des items cotant pour chaque échelle. Certains scores sont obtenus par cotation directe (items calculés en « score positif ») et d'autres par cotation inverse (items calculés en « score inverse »).

Confère la partie ci-dessus concernant le calcul des scores en début de méthodologie et les annexes 7 et 8.

La transformation des indices bruts en format T est une procédure statistique qui consiste à ramener tous les indices à une même moyenne et à un même écart type pour permettre une comparaison instantanée de n'importe quel indice d'un sujet avec une population de référence. Les indices en format T ont la particularité d'avoir une moyenne de 50 avec un écart type de 10 et de répondre aux lois de distribution normale. Le calcul des indices T consiste à soustraire l'indice brut d'un sujet à l'indice moyen obtenu par la population de référence, puis de diviser le résultat par l'écart type de la population de référence et enfin de multiplier le résultat par dix et d'y ajouter cinquante.

$$\text{Indice en format T} = ((a-b) / c) \times 10 + 50$$

a : Indice brut du sujet

b : Indice moyen de la population de référence (tableau 13)

c : Écart type de la population de référence (tableau 13)

4.6.4.1.2 PRÉSENTATION DE LA FORMULE À SEPT ÉCHELLES

Cette formule comporte sept échelles :

- L'échelle de « Collaboration »

Cette première échelle étudie surtout l'attitude de l'enfant pendant l'ASCT. Elle mesure l'intérêt de l'enfant pour la tâche et sa disposition à porter son attention sur les thèmes qui sont évoqués par l'examineur. L'échelle de collaboration renseigne sur les restrictions au niveau des représentations de l'enfant. Si l'enfant ne collabore pas, on peut interpréter cette attitude comme une incapacité à porter son attention sur des questions d'attachement. L'échelle de collaboration peut être influencée par le tempérament de l'enfant. L'incapacité à collaborer peut être interprétée comme une difficulté à se représenter des problématiques sur le plan de l'attachement.

- L'échelle de « Représentation de soutien parental »

Cette échelle renvoie plus au contenu des représentations. Elle permet d'évaluer le modèle de relation parentale que l'enfant a intériorisé. Un score élevé à cette échelle se caractérise dans les narratifs, par des parents présentés comme disponibles, protecteurs et sources de soutien ; ceci évoque un modèle de relation où les parents sont perçus comme sensibles et sécurisants pour l'enfant. Au contraire, un faible score à cette échelle se caractérise dans les narratifs, par des parents présentés comme rejetants, contrôlants, indisponibles ou attendant que l'enfant s'occupe d'eux. Un score élevé à l'échelle « des représentations parentales » évoque que l'enfant a intériorisé une représentation des relations à ses parents, qui est sécurisante, et que, dans ce contexte, il est plus confiant et plus sécurisé dans la relation aux autres. Par contre, les enfants ayant un faible score ont intériorisé un modèle de relation aux parents insécurisants ou ils se sentent livrés à eux-mêmes.

- L'échelle de « Narratif positif ou résolution positive »

La dimension « résolution des narratifs positifs » évalue la tendance à présenter les histoires sous un jour positif. Dans le narratif le ton est positif, les figures parentales sont présentées comme étant affectueuses et les enfants comme étant heureux.

L'interprétation de cette dimension doit se faire en fonction des scores des autres dimensions. En effet, un score positif à cette dimension peut signifier que l'enfant a intériorisé des

schémas familiaux harmonieux, mais il peut aussi être interprété comme une attitude défensive qui reflète une restriction des représentations où l'évocation de représentations d'attachement imparfaites qui seraient trop menaçantes pour l'enfant ; il aurait alors tendance à les nier.

- L'échelle d'« Expression d'affects appropriés ».

Cette dimension mesure la capacité de l'enfant à évoquer spontanément des états émotionnels appropriés et médiatisés dans le jeu, et mesure la capacité de l'enfant à évoquer et contenir les affects. Un score faible à cette échelle, évoquerait une expression des émotions inappropriées et inadaptées, révélant chez l'enfant une tendance au débordement émotionnel et une déstabilisation émotionnelle à l'évocation de scènes d'attachement mobilisant ses états émotionnels.

- L'échelle de « Distance symbolique »

Un faible score à cette échelle correspond à des difficultés pour l'enfant à évoquer des scènes activant son système d'attachement. Il renvoie à des représentations d'attachement insécure.

- L'échelle de « Faible compétence narrative »

Cette échelle mesure la compétence narrative de l'enfant lors des histoires d'attachement à compléter. Un score élevé évoque un enfant peu sécure, plutôt dans un évitement du jeu, avec un imaginaire plutôt pauvre et inhibé. Un faible score à cette échelle évoque un enfant disponible et participant dans le jeu, et possédant un bon imaginaire.

- ***Méthodes de calcul des « Q scores » pour chaque échelle de la formule à 3 échelles***

On peut calculer les « indices bruts » de chaque échelle, en effectuant la moyenne de la somme des scores obtenus pour l'ensemble des items cotant pour chaque échelle. Certains scores sont obtenus par cotation directe (items calculés en « score positif ») et d'autres par cotation inverse (items calculés en « score inverse ») :

Confère la partie ci-dessus concernant le calcul des scores en début de méthodologie et les annexes 7 et 8.

- **Méthodes de calcul des « T scores » pour chaque échelle de la formule à 3 échelles**

La transformation des indices bruts en format T est une procédure statistique qui consiste à ramener tous les indices à une même moyenne et à un même écart type pour permettre une comparaison instantanée de n'importe quelle indice d'un sujet avec une population de référence. Les indices en format T ont la particularité d'avoir une moyenne de 50 avec un écart type de 10, et de répondre aux lois de distribution normale.

Le calcul des indices T consiste à soustraire l'indice brut d'un sujet à l'indice moyen obtenu par la population de référence, puis de diviser le résultat par l'écart type de la population de référence et enfin de multiplier le résultat par dix et d'y ajouter cinquante.

Indice en format T = ((a-b) /c) x10) +50 a : Indice brut du sujet b : Indice moyen de la population de référence (tableau 12) c : Écart type de la population de référence (tableau 12)

4.6.4.2 Codage des prototypes d'attachement durant le jeu

Les stratégies d'attachement utilisées lors de la passation des « histoires à compléter » sont au nombre de 4, elles peuvent répondre :

- À un prototype dit « sécurisé », il correspond à un narratif évoquant des représentations d'attachement de type « sécure » chez le sujet étudié,
- À un prototype dit « désactivé », il correspond à un narratif évoquant des représentations d'attachement de type « insécure évitant » chez le sujet étudié,
- À un prototype dit « activé », il correspond à un narratif évoquant des représentations d'attachement de type « insécure ambivalent résistant » chez le sujet étudié,
- Un prototype dit « désorganisé », il correspond à un narratif évoquant des représentations d'attachement de type « insécures désorganisés » chez le sujet étudié.

		Q- SECURE	Q- DESACTIVATION	Q-HYPER ACTIVATION	Q- DESORGANISE
AN.	Corrélation de Pearson	- 0,348**	0,118	0,382**	<u>0,955**</u>
	Sig. (bilatérale)	0,004	0,349	0,002	0,000
AR.	Corrélation de Pearson	- 0,433**	0,258*	0,331**	<u>0,841**</u>
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,038	0,007	0,000
KR.	Corrélation de Pearson	- 0,848**	<u>0,978**</u>	- 0,225	0,119
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,072	0,344
MI.	Corrélation de Pearson	- 0,365**	0,242	- 0,006	<u>0,540**</u>
	Sig. (bilatérale)	0,003	0,053	0,965	0,000
NO.	Corrélation de Pearson	- 0,303*	0,146	0,331**	<u>0,767**</u>
	Sig. (bilatérale)	0,014	0,246	0,007	0,000
YA.	Corrélation de Pearson	<u>0,848**</u>	- 0,781**	0,022	- 0,381**
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,859	0,002

Tableau 10. Tableau des Q score, obtenus par chaque enfant, pour chaque typologie d'attachement par un logiciel statistique (SPSS)

L'« indice Q » est une dimension quantitative qui n'est pas directement analysable statistiquement. Les indices « Q » ou « Q sort » de chaque sujet étudié sont au nombre de 4 (Q sécurisé, Q activé, Q désactivé et Q désorganisé). Chaque indice « Q » est calculé en étudiant la corrélation entre le score à chaque item du sujet étudié avec le score moyen à chaque item de la population de référence pour un prototype d'attachement (sécurisé, activé, désactivé ou désorganisé). Les « indices Q » sont calculés à l'aide du logiciel statistique SPSS. Les indices « Q » correspondent à un coefficient de corrélation et peuvent donc prendre des valeurs entre -1 et 1 (tableau 10).

$$\text{Indice en format T} = ((a-b) / c) \times 10 + 50$$

a : Indice Q du sujet

b : Indice Q moyen de la population de référence (tableau 14)

c : Écart type de la population de référence (tableau 14)

5. ANALYSES STATISTIQUES

5.1 ANALYSE EN CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Nous étudierons la qualité des représentations d'attachement à travers l'analyse du contenu des narratifs et des typologies d'attachement mises en scène lors des « histoires à compléter ».

5.2 ANALYSE EN CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE

Nous réaliserons une analyse rétrospective des dossiers de soin pour connaître les éléments anamnestiques, les éléments cliniques et le code diagnostic associé chaque enfant inclus lors de cette étude.

6. RÉSULTATS

6.1 Présentation générale des résultats

6.1.1 Scores obtenus par la population des enfants étudiés

Les scores obtenus par chaque enfant lors de la procédure de « tri libre » et de « tri forcé » sont présentés dans les annexes 4 et 5.

6.1.1.1 Scores des enfants à la formule à 7 échelles

Les scores des enfants en « indice brut » et en « T score », pour chaque échelle de la formule à sept échelles sont présentés dans les tableaux suivants.

6.1.1.1.1 Échelle de « collaboration »

	Indice brut « collaboration »	T score « collaboration »
Ar.	3,09	27,73
An.	4	39,19
Kr.	2,19	18,30
No.	3,95	38,62
Mi.	3,36	31,88
Ya.	5,55	57,01

6.1.1.1.2 Échelle de « représentation de soutien parental »

	Indice brut « Représentation de soutien parental »	T score « Représentation de soutien parental »
Ar.	3,07	28,59
An.	2,28	20,06
Kr.	3,57	34,04
No.	2,62	23,73
Mi.	3,43	32,48
Ya.	5	49,56

6.1.1.1.3 Échelle « narratifs positifs »

	Indice brut « Narratif positif »	T score « Narratif positif »
Ar.	1,66	21,21
An.	1,66	21,28
Kr.	3,77	41,00
No.	2,33	27,51
Mi.	2,55	29,58
Ya.	5,11	53,47

6.1.1.1.4 Échelle « expression d'affects appropriés »

	Indice brut « Expression d'affects appropriée »	T score « Expression d'affects appropriée »
Ar.	3,4	33,40
An.	3	28,86
Kr.	3,6	35,70
No.	3,2	31,13
Mi.	3,2	31,14
Ya.	5,8	60,68

6.1.1.1.5 Échelle de « réaction à la séparation »

	Indice brut « Réaction à la séparation »	T score « Réaction à la séparation »
Ar.	3,8	50,20
An.	4,2	54,20
Kr.	2,2	34,20
No.	4,4	56,20
Mi.	4,8	60,20
Ya.	5	62,20

6.1.1.1.6 Échelle « distance symbolique »

	Indice brut « Distance symbolique »	T score « Distance symbolique »
Ar.	3	30,107
An.	2,75	27,42
Kr.	5,25	54,30
No.	2,25	22,04
Mi.	2,75	27,42
Ya.	5	51,61

6.1.1.1.7 Échelle « faible compétence narrative »

	Indice brut	T score
	« Faible compétence narrative »	« Faible compétence narrative »
Ar.	5,1	71,46
An.	5,16	64,03
Kr.	5,5	75,70
No.	4,33	63,47
Mi.	4,83	68,68
Ya.	3,66	56,53

6.1.1.2 Scores des enfants à la formule à 3 échelles

Les scores des enfants en « indice brut » et en « T score », pour chaque échelle de la formule à trois échelles sont présentés dans les tableaux suivants.

6.1.1.2.1 Échelle de « mentalisation »

	Q score « Mentalisation »	T score « Mentalisation »
Ar.	3,3	36,43
An.	4,1	44,36
Kr.	1,8	21,60
No.	3,72	40,66
Mi.	3,09	34,35
Ya.	5,8	61,19

6.1.1.2.2 Échelle de « parentalité »

	Q score « Parentalité »	T score « Parentalité »
Ar.	3,06	30,62
An.	2,2	21,75
Kr.	3,66	36,90
No.	2,8	27,73
Mi.	3,6	36,18
Ya.	5,13	51,99

6.1.1.2.3 Échelle de « résolution »

	Q score « Résolution »	T score « Résolution »
Ar.	2,2	18,54
An.	1,86	14,47
Kr.	3,73	37,23
No.	2	16,10
Mi.	2,33	20,16
Ya.	4,8	50,24

6.1.1.3 Scores des enfants pour les prototypes d'attachement

6.1.1.3.1 Scores des enfants pour les prototypes d'attachement en format Q

Les scores obtenus par les enfants étudiés, en format Q sont présentés dans le tableau 10 (cf. page suivante).

6.1.1.3.2 Scores des enfants pour les prototypes d'attachement en format Q

Les scores obtenus par les enfants étudiés, en format Q sont présentés dans le tableau 11 (cf. page suivante).

6.1.2 Codes diagnostics des enfants étudiés

La population de l'étude se compose de 7 enfants, pris en charge en hôpital de jour, sur le groupe « THÉIA » à EMPE (établissement médico psychologique et éducatif) de Poitiers. Le groupe est composé de 1 fille et de 6 garçons, âgés de 5 à 7 ans (tableau 9bis).

Enfants	Age	Sexe	Diagnostic CIM 10
Ar.	7 ans	masculin	TED
Lu.	5,5 ans	masculin	Trouble spécifique mixte du développement
No.	6,5 ans	masculin	Trouble du comportement / Troubles des conduites
An.	6,5 ans	masculin	Trouble réactionnel de l'attachement
Ya.	6,5 ans	masculin	TED
Kr.	6,5 ans	féminin	Trouble du développement psychologique
Mi.	5,5 ans	masculin	TD

Tableau 9bis. Présentation des sujets participants à l'étude

		Q- SECURE	Q- DESACTIVATION	Q-HYPER ACTIVATION	Q- DESORGANISE
AN.	Corrélation de Pearson	- 0,348**	0,118	0,382**	<u>0,955**</u>
	Sig. (bilatérale)	0,004	0,349	0,002	0,000
AR.	Corrélation de Pearson	- 0,433**	0,258*	0,331**	<u>0,841**</u>
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,038	0,007	0,000
KR.	Corrélation de Pearson	- 0,848**	<u>0,978**</u>	- 0,225	0,119
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,072	0,344
MI.	Corrélation de Pearson	- 0,365**	0,242	- 0,006	<u>0,540**</u>
	Sig. (bilatérale)	0,003	0,053	0,965	0,000
NO.	Corrélation de Pearson	- 0,303*	0,146	0,331**	<u>0,767**</u>
	Sig. (bilatérale)	0,014	0,246	0,007	0,000
YA.	Corrélation de Pearson	<u>0,848**</u>	- 0,781**	0,022	- 0,381**
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,859	0,002

Tableau 10. Tableau des Q score, obtenus par chaque enfant, pour chaque typologie d'attachement par un logiciel statistique (SPSS)

	INDICE Q EXPRIME EN FORMAT T			
	SECURE	DESACTIVATIO N	HYPERACTIVATIO N	DÉSORGANISATIO N
AN.	21,45 (45)	63,83	82,28	75,43 (65)
AR.	17,59 (45)	69,91	78,43	89,60 (65)
KR.	-1,27 (45)	101,22	71,07	58,22 (65)
MI.	20,68 (45)	69,22	54,57	76,52 (65)
NO.	23,5 (45)	65,04	78,64	86,39 (65)
YA.	75,82 (45)	24,74	56,57	49,52 (65)

Tableau 11. Tableau des Q score, obtenus par chaque enfant, pour chaque typologie d'attachement

6.1.3 Scores obtenus par la population témoin

Il s'agit d'une population de référence pour des études de représentations de l'attachement. Elle est composée de 544 enfants sans problème particuliers âgés de 3 ans à 7 ans, (avec une moyenne d'âge de 53 mois et un écart type de 13 mois). Cette population de référence est composée de 262 garçons et 282 filles provenant de 5 pays : Suisse, Espagne, Italie, Belgique et Chili (BRETHERTON I., 2008).

6.1.3.1 Moyennes et écarts types des indices bruts de chaque échelle, pour la population témoin, à la formule à trois échelles.

	Moyenne	Écart Type
<u>Indices moyens obtenus par la population témoin, pour la formule à 3 échelles, au tri de carte</u> <u>« libre ».</u>		
« Mentalisation »	4,67	1,01
« Parentalité »	4,94	0,97
« Résolution »	4,78	0,82

Tableau 12. Moyennes et écarts types des indices bruts de chaque échelle, pour la population témoin, à la formule à trois échelles.

6.1.3.2 Moyennes et écarts types des indices bruts de chaque échelle, pour la population témoin, à la formule à sept échelles.

	Moyenne	Écart Type
<u>Indices moyens obtenus par la population témoin, pour la formule à 7 échelles, au tri de « carte</u> <u>libre ».</u>		
Collaboration	4,94	0,87
Représentation de soutien parental	5,04	0,92
Narratif positif	4,74	1,07
Expression d'affects appropriés	4,86	0,88
Réaction à la séparation	3,78	1,00
Distance symbolique	4,85	0,93
Faible compétence narrative	3,04	0,96

Tableau 13. Moyennes et écarts types des indices bruts de chaque échelle, pour la population témoin, à la formule à sept échelles.

6.1.3.3 Moyennes et écarts types des différents indices Q : sécurisé, hyperactif, désactivé et désorganisé

	Moyenne	Écart Type
<u>Indices moyens obtenus par la population de référence au tri de carte « forcé »</u>		
Q sécurisée	0,28	0,22
Q désactivé	- 0,20	0,23
Q hyperactif	- 0,07	0,14
Q désorganisé	-0,37	0,23

Tableau 14. Indices moyens et écart type obtenus par la population de référence n = 544 enfants.

6.2 Analyse descriptive et comparative des résultats pour la population étudiée

6.2.1 *Enfant n° 1 : AN.*

6.2.1.1 Analyse en critère de jugement secondaire

An. est un garçon de six ans et demi pris en charge en hôpital de jour depuis un peu plus de 1 an, pour troubles réactionnels de l'attachement.

Au niveau clinique, An. présente :

- Des difficultés d'intégration avec un groupe de pairs,
- Troubles anxieux avec hyper vigilance,
- Peut se mettre en danger (peut se faire mal volontairement, perd vite la notion du danger) et mettre les autres en danger en les agressant volontairement,
- Difficulté à partager les choses et accepter la frustration,
- Mérycisme dans les moments de vide,
- Quelques stéréotypies,
- Difficulté à construire des choses ; prend du plaisir à détruire le travail des autres
- Bizarreries (personnifie sa main et lui parle).
- Tendance au repli, à l'isolement surtout dans un grand groupe.

6.2.1.2 Analyse en critère de jugement principal

Lors de l'évaluation des représentations d'attachement, An. suit l'examineur sans difficulté et sans crainte. Il accepte de jouer sans avoir besoin de réassurance. Lorsqu'on lui demande le nom des figurines parentales, il donne le prénom de ses parents. Dès la première histoire (histoire d'amorce n'activant pas le système d'attachement), il met en scène des attitudes parentales extrêmes, coercitives, violentes. Au fur et à mesure, des histoires, An. va mettre en scène des figures parentales qui jettent l'enfant contre les murs de la salle. De façon systématique, l'enfant finit par « mourir sous l'escalier », sans autres possibilités qu'un dénouement dramatique. Il peut montrer un faciès sadique et inadapté, lorsque l'enfant est mis à mal. Il présente une grande instabilité psychomotrice durant toute la passation avec quelques « stéréotypies ».

6.2.1.2.1 Résultats de l'étude du contenu des narratifs lors des « histoires à compléter »

- Formule à sept échelles

An. obtient à la formule à 7 échelles, un faible score aux échelles de « soutien parental », « narratif positif » et « distance symbolique ». Il obtient un score moyen pour les échelles de « collaboration » et de « réaction à la séparation », et un score élevé à l'échelle de « Faible compétence narrative ».

Ces résultats évoquent le fait qu'An. a intériorisé un modèle de relations avec des parents insécurisants. Ces derniers sont présentés comme peu affectueux et menaçants. Le ton des histoires est dramatique et très négatif. L'enfant finit toujours « par mourir seul sous l'escalier ». Le faible score à l'échelle « distance symbolique » renvoie à des difficultés pour l'enfant à évoquer des scènes activant son système d'attachement (tableau 15).

AN.		
	Indice brut	T score
« Collaboration »	4	39,19
« Représentation de soutien parental »	2,28	20,06
« Narratif positif »	1,66	21,28
« Expression d'affects appropriés	3	28,86
« Réaction à la séparation »	4,2	54,20
« Distance symbolique »	2,75	27,42
« Faible compétence narrative »	5,16	64,03

Tableau 15. Résultats de An. à la formule à 7 échelles

- Formule à trois échelles

À la formule à 3 échelles, An. obtient un score moyen de « mentalisation » et un score très faible pour les échelles « parentalité » et « résolution » (tableau 16).

Ces résultats évoquent, chez An., l'intériorisation de représentations parentales menaçantes, peu sensibles et indisponibles. An. est lors de la passation dans l'incapacité à trouver un dénouement heureux dans lequel les parents ont une présence sécurisante. Au contraire, il met en scène des parents violents physiquement, coercitifs, insensibles, avec des réponses inadaptées. Les résultats évoquent chez An. la présence d'une maltraitance parentale évidente.

Par ailleurs, les résultats s'organisent en une configuration de scores évoquant des représentations d'attachement insécure désorganisé.

AN.		
	Q score	T score
« Parentalité »	2,2	21,75
« Résolution »	1,86	14,47
« Mentalisation »	4,1	44,36

Tableau 16. Résultats de An. à la formule à 3 échelles

6.2.1.2.2 Résultats de l'étude des prototypes d'attachement lors des « histoires à compléter »

An. a un indice T de désorganisation > 65, ce qui relève d'un mode d'attachement insécure désorganisé, quels que soient les résultats de leurs autres indices. Ce résultat est par ailleurs cohérent avec la combinaison de scores retrouvés à la formule à 3 échelles, associée à un attachement désorganisé (tableau 17).

INDICE Q AU FORMAT T		
AN.	T « sécure »	21,45 (<45)
	T « désactivation »	63,83
	T « hyperactivation »	82,28
	T « désorganisation »	75,43 (>65)

Tableau 17. Résultats de An. Aux différents T score

6.2.2 *Enfant n°2 : AR.*

6.2.2.1 Analyse en critère de jugement secondaire

Ar. est un garçon de presque sept ans, pris en charge en hôpital de jour pour un trouble du spectre autistique. Il est suivi en hôpital de jour depuis 4 ans. Il est scolarisé, à temps partiel, en grande section avec une AVS. Au niveau familial, il vit actuellement chez son père et sa belle-mère. Il a une petite sœur.

Ar. est suivi en hôpital de jour pour des troubles du spectre autistique. Sur le plan clinique, il présente :

- Un déficit persistant dans la communication et des interactions sociales : il a des difficultés à interagir avec ses pairs, malgré la présence d'un langage verbal, il parle peu, il joue souvent seul avec un langage peu compréhensible. L'utilisation de la communication verbale concerne surtout ses centres d'intérêt, ou pour faire des demandes très pragmatiques. Il peut jouer avec les autres, mais sur des temps restreints et sur sollicitation.
- Présence de comportements, d'intérêts et d'activités restreintes et répétitives : recherche de sensation physique et mise en danger, recherche continue des écrans et de l'ordinateur. Présence de stéréotypies surtout lorsqu'il est content.
- La symptomatologie a commencé dans la petite enfance : retard de pointage, retard de langage.
- Retentissement des symptômes sur le fonctionnement et le quotidien.
- Trouble du sommeil.
- Sélectivité alimentaire, les repas sont source de conflit et peuvent s'accompagner de cris et de comportements hétéroagressifs. Ar a beaucoup de difficulté à rester à table.
- Propreté diurne acquise, mais pas encore nocturne.
- Besoin d'une contenance physique lorsqu'il est en difficulté, comportement d'effondrement lorsqu'il est fâché.
- Intolérance à la frustration avec accès hétéroagressif.

6.2.2.2 Analyse en critère de jugement principal

6.2.2.2.1 Résultats de l'étude du contenu des narratifs lors des « histoires à compléter »

Lors de l'évaluation des représentations d'attachement, Ar. Accompagne l'examineur avec une inquiétude visible. Après avoir été rassuré, il accepte de participer et de compléter les histoires. Très régulièrement au cours de la passation, Ar. se distrait et présente des stéréotypies, il se lève de sa chaise et nécessite une réassurance répétée et un étayage pour y revenir. Rapidement les histoires mettent Ar. en difficulté, ce qui demande à l'examineur pour continuer, de le prendre sur ses genoux avec une certaine contenance physique. Malgré cette contenance, Ar. va se « laisser glisser, se liquéfier » sur les genoux de l'examineur, à de nombreuses reprises, surtout lors des moments activant le système d'attachement. Il présente des stéréotypies comportementales modérées pendant la passation avec une grande distractibilité.

- Formule à sept échelles

Ar. présente de faibles scores à cinq des échelles mesurées pour l'étude des caractéristiques et du contenu du jeu lors de la passation des histoires à compléter (T scores < 40), ce qui montre des difficultés concernant les capacités de collaboration, d'expression d'affects appropriés et de distance symbolique dans les jeux évoquant des histoires qui activent le système d'attachement. Il a également une faible représentation positive en termes de soutien parental. Néanmoins, il présente un score moyen à l'échelle de réaction à la séparation ($40 < T$ score de A. < 60), ce qui évoque une volonté chez l'enfant d'éviter la séparation d'avec les parents ou de précipiter le retour de ceux-ci lors des « histoires à compléter » (tableau 18).

AR.		
	Indice brut	T score
« Collaboration »	3,09	27,73
« Représentation de soutien parental »	3,07	28,59
« Narratif positif »	1,66	21,21
« Expression d'affects appropriés	3,4	33,40
« Réaction à la séparation »	3,8	50,20
« Distance symbolique »	3	30,10
« Faible compétence narrative »	5,1	71,46

Tableau 18. Résultats de Ar. à la formule à 7 échelles

- Formule à trois échelles

Ar. présente une configuration de scores aux 3 échelles : un score de mentalisation moyen, un score de parentalité et de résolution faible (tableau 19). Cette configuration est associée à un attachement insécure désorganisé.

AR.		
	Q score	T score
« Parentalité »	3,06	30,62
« Résolution »	2,2	18,54
« Mentalisation »	3,3	36,43

Tableau 19. Résultats de Ar. à la formule à 3 échelles

6.2.2.2.2 Résultats de l'étude des prototypes d'attachement lors des « histoires à compléter »

Ar. a un indice T de désorganisation > 65, ce qui relève d'un mode d'attachement insécure désorganisé, quels que soient les résultats de leurs autres indices (tableau 20). Ce résultat est par ailleurs cohérent avec la combinaison de scores retrouvés à la formule à 3 échelles, associée à un attachement désorganisé.

INDICE Q AU FORMAT T		
AR.	T « sécure »	17,59 (<45)
	T « désactivation »	69,91
	T « hyper activation »	78,43
	T « désorganisation »	89,60 (>65)

Tableau 20. Résultats de Ar. Aux différents T score

6.2.3 *Enfant n°3 : KR.*

6.2.3.1 Analyse en critère de jugement secondaire

Kr. est une petite fille de six ans et demi prise en charge depuis deux ans par l'hôpital de jour pour un retard développemental global avec une instabilité psychomotrice importante, des difficultés dans les relations avec ses pairs et une sociabilité indiscriminée.

Kr. bénéficie de soins pédopsychiatriques depuis qu'elle à 3 ans en CMP puis en hôpital de jour.

Elle a trois sœurs : deux jumelles et une demi-sœur. Ses parents biologiques se sont séparés quand elle avait 3 ans. Kr. est ensuite placée administrativement en famille d'accueil sur la demande de la mère au moment de la séparation parentale. Sa mère aurait été victime de violence conjugale. Après la séparation, Kr. retourne au domicile maternel pour peu de temps avant d'être à nouveau placée en famille d'accueil à 4 ans, sur décision judiciaire. À 6 ans, Kr. est placée en lieu de vie, en raison de l'épuisement de la famille d'accueil, placement où elle reste jusqu'à maintenant.

La maman de Kr. est une femme avec des antécédents carenciels, de la maltraitance maternelle, qui était placée judiciairement en famille d'accueil puis en foyer de sa petite enfance à l'âge adulte. La dyade mère /bébé a bénéficié d'une prise en charge en hôpital de jour sur une UMB en post natal. Kr. voit sa mère accompagnée d'un référent ASE que quelques heures par mois, mais de façon régulière, et la contacte téléphoniquement de façon hebdomadaire. L'enfant ne voit son père que très rarement, celui-ci n'ayant jamais vraiment investi et utilisé son droit de visite depuis le début du placement.

Dans l'anamnèse, on retrouve sur le plan de la théorie de l'attachement, des facteurs de risques de troubles du lien, et du développement de troubles pédopsychiatriques. En effet, on retrouve dans l'histoire de Kr. des antécédents :

- de violence intrafamiliale (violence conjugale),
- De troubles psychiatriques chez les parents (prise en charge en UMB),
- De placement administratif puis judiciaire.

Sur le plan pédopsychiatrique, on observe chez cette enfant, un retard psychomoteur global associé à des troubles praxiques et de l'équilibre. Kr. est en difficulté dans l'interaction avec ses pairs : difficulté de jouer à plusieurs, de respecter le jeu de l'autre et volonté ou pas de ne pas partager. Dans le jeu, Kr. a beaucoup de difficulté à jouer toute seule, reste souvent dans des jeux d'imitations superficielles autour des rapports mère/bébé. Il lui est difficile de rester concentrée longtemps sur le même jeu et de choisir le jeu qu'elle veut.

6.2.3.2 Analyse en critère de jugement principal

6.2.3.2.1 Résultats de l'étude du contenu des narratifs lors des « histoires à compléter »

Dès le début des « histoires à compléter », Kr. montre une vive résistance à participer et à compléter les amorces d'histoires proposées. Elle parvient tout de même, avec l'étayage de l'examineur, à participer et à finir les cinq histoires, mais avec une implication superficielle où les personnages de la famille interagissent de manière stéréotypée sans véritables émotions ou « échanges ».

- Formule à sept échelles

Dans la formule à 7 échelles, à l'échelle de « collaboration », Kr. obtient un score très faible, le plus faible des 5 enfants évalués (tableau 21). Des études récentes ont montré que l'absence ou une faible collaboration lors des « histoires à compléter » est associée ou révélatrice de troubles internalisés (troubles dépressifs et troubles anxieux).

KR.		
	Indice brut	T score
« Collaboration »	2,19	18,30
« Représentation de soutien parental »	3,57	34,04
« Narratif positif »	3,77	41,00
« Expression d'affects appropriés	3,6	35,70
« Réaction à la séparation »	2,2	34,20
« Distance symbolique »	5,25	54,30
« Faible compétence narrative »	5,5	75,70

Tableau 21. Résultats de Kr. à la formule à 7 échelles

- Formule à trois échelles

La passation des histoires à compléter chez Kr. met en avant des représentations d'attachement insécure évitant (tableau 22). Cette représentation d'attachement est cohérente avec une configuration spécifique des scores obtenus aux 3 échelles « Mentalisation, parentalité et résolution » (score de mentalisation faible et des scores de parentalité et de résolution moyens).

KR.		
	Q score	T score
« Parentalité »	3,66	36,90
« Résolution »	3,73	37,23
« Mentalisation »	1,8	21,60

Tableau 22. Résultats de Kr. à la formule à 3 échelles

6.2.3.2.2 Résultats de l'étude des prototypes d'attachement lors des « histoires à compléter »

Kr. présente un indice T de désorganisation inférieur à 65 avec un indice de T de sécurité inférieur à 45, et des indices T de désactivation et hyper activation qui sont respectivement de 101 et 71. L'indice T d'insécurité le plus élevé est l'indice T de désactivation ce qui permet d'évoquer un prototype d'attachement utilisé par l'enfant dans « les histoires à compléter » (tableau 23).

INDICE Q AU FORMAT T		
KR.	T « sécuritaire »	-1,27 (<45)
	T « désactivation »	101,22
	T « hyper activation »	71,07
	T « désorganisation »	58,22 (>65)

Tableau 23. Résultats de Kr. Aux différents T score

Des nombreuses études sur les représentations d'attachement, chez les enfants en condition de placement ou d'accueil, montrent une forte proportion d'attachement insécure désactivé.

Le refus de participer aux « histoires à compléter » peut s'interpréter, chez les enfants insécures évitants, comme une tentative de détourner leur attention des questions d'attachement trop stressantes pour eux. Cet évitement correspond à une désactivation défensive de leur système d'attachement, car il va leur être difficile de retrouver la sécurité et la protection d'un parent absent. La désactivation du système d'attachement entraîne des difficultés à saisir les aspects négatifs de leur personne et de la relation d'attachement, de peur de menacer le lien. Les enfants insécures évitants peuvent néanmoins accepter de participer au jeu, mais en restant superficiels, avec des stéréotypes familiaux, dans des relations sans émotions et sans réels échanges entre les protagonistes mis en scène dans l'histoire.

Ils ont intégré des modèles de relations où, en cas de détresse ou de séparation, ils n'auront pas ou peu d'aide et sont incapables de se représenter et de mettre en scène des rapports d'aide et de protection au sein du cercle familial, et ne font donc rien pour rétablir la proximité ou la sécurité en cas d'événements stressants ou menaçants.

6.2.4 *Enfant n°4 : NO.*

6.2.4.1 Analyse en critère de jugement secondaire

No. est un garçon de six ans et demi pris en charge depuis cette année en l'hôpital de jour, pour un trouble des conduites et des troubles du comportement. Il est suivi en CMPEA, depuis août 2012, pour des troubles similaires (colères, conduites d'oppositions, etc.).

Le père de No. a rejeté son fils à la naissance, car il dit ne pas en être le père. En effet, No. est métis alors que ses parents sont de type caucasien. Ce rejet a engendré un conflit conjugal avec une désorganisation familiale importante qui a abouti, près d'un an après sa naissance, au placement de No. ainsi que celui de sa sœur aînée. No. a été placé durant un an à la pouponnière puis placé en famille d'accueil, avec des périodes de retour chez ses parents respectifs, jusqu'à l'été dernier. Le père de No. a récupéré la garde des enfants depuis l'été dernier, en raison de la stabilisation de sa vie professionnelle et familiale (le père de No. est actuellement en couple avec une femme étayante pour No.).

La mère de No. a des antécédents de dépression du post-partum et de dépression durant la petite enfance de No. Les parents ont toujours été en difficulté pour investir leurs rôles parentaux et ne parviennent que très difficilement à s'inquiéter des besoins de leurs enfants. En plus des troubles du comportement et des conduites, No. présente une instabilité psychomotrice importante avec des moments d'impulsivité, de colère avec opposition et d'hétéroagressivité.

La scolarisation et la relation avec les autres enfants sont difficiles. No. est souvent seul ; il a du mal à trouver sa place et a besoin d'étayage pour se concentrer même de petits moments en raison d'une demande d'attention et de reconnaissance permanente.

On retrouve dans l'histoire de No. des facteurs de risques de troubles de l'attachement : négligences, placements, antécédents de dépression maternelle en post-partum.

6.2.4.2 Analyse en critère de jugement principal

No. accompagne l'examineur avec entrain, curieux de l'environnement et du matériel. Il participe volontiers aux histoires à compléter jusqu'au « monstre sous le lit ». Il se montre ensuite plus opposant et désorganisé lors du départ et du retour des parents où il met en scène des parents qui ignorent les enfants, insensibles à leurs émotions et à leurs demandes. Les parents, dans le jeu, laissent les enfants seuls physiquement ou psychiquement lors de l'annonce de leurs départs. No., lors de la scène du départ, se désorganise complètement en associant à la fois un refus de jeu « si c'est comme ça, moi je ne veux plus faire les enfants » (en jetant les enfants dans leur lit), et en mettant en scène un empilement compulsif inadapté de meubles dans la voiture pour ralentir le départ des parents.

6.2.4.2.1 Résultats de l'étude du contenu des narratifs lors des « histoires à compléter »

- Formule à sept échelles

Dans la formule à 7 échelles, No. obtient un score relativement faible au T score de collaboration (tableau 24). Des études récentes ont montré une corrélation entre un faible T score de collaboration aux « histoires à compléter » et la survenue de troubles externalisés. Ceci est cohérent avec la symptomatologie de No.

NO.		
	Indice brut	T score
« Collaboration »	3,95	38,62
« Représentation de soutien parental »	2,62	38,62
« Narratif positif »	2,33	27,51
« Expression d'affects appropriés	3,2	31,31
« Réaction à la séparation »	4,4	56,20
« Distance symbolique »	2,25	22,04
« Faible compétence narrative »	4,33	63,47

Tableau 24. Résultats de No. à la formule à 7 échelles

- Formule à trois échelles

No. obtient un score de « parentalité » et de « résolution » faible avec un score de « mentalisation » moyen (tableau 25). Cette combinaison de score à la formule à 3 échelles évoque un attachement de type inséure désorienté désorganisé.

NO.		
	Q score	T score
« Parentalité »	2,8	27,73
« Résolution »	2	16,10
« Mentalisation »	3,72	40,66

Tableau 25. Résultats de No. à la formule à 3 échelles

6.2.4.2.2 Résultats de l'étude des prototypes d'attachement lors des « histoires à compléter »

La passation des « histoires à compléter » chez No. met en avant des représentations d'attachement inséure désorganisé (indice T de désorganisation > 65) (tableau 26), corrélées avec une configuration spécifique des scores obtenus avec la formule à trois échelles (T score de mentalisation moyen, T scores de parentalité et de résolution très faibles).

Des études portant sur l'occurrence de difficultés d'adaptation socio-émotionnelle, en fonction des stratégies d'attachement, mettent en avant une corrélation entre un style d'attachement inséure désorganisé et la présence de difficulté socio-émotionnelles chez l'enfant.

INDICE Q AU FORMAT T		
NO.	T « séure »	23,5 (<45)
	T « désactivation »	65,04
	T « hyper activation »	78,64
	T « désorganisation »	86,39 (>65)

Tableau 26. Résultats de No. Aux différents T score

Pour BOWLBY, un échec dans les tentatives de résolution des « histoires à compléter » serait lié à une impossibilité à trouver un dénouement heureux dans lequel les parents ont une présence sécurisante. L'enfant est parasité par les séquences d'interactions qu'il a intériorisées au sein de sa famille. Il a appris que les relations sont empreintes d'insécurité et qu'il ne parviendra pas à obtenir de réconfort de la part de ses proches. Le manque de confiance de l'enfant dans sa capacité à entretenir des liens affectifs est source chez lui d'une impression de ne pas être digne d'amour. Un sentiment d'angoisse, d'abandon, d'impuissance, de désespoir et de rejet est similaire à ceux présents dans les états dépressifs.

No. présente sur le plan clinique des troubles du comportement externalisés, ces troubles sont cohérents avec les résultats obtenus lors des « histoires à compléter » et ses difficultés sur le plan de l'attachement.

6.2.5 *Enfant n°5 : MI.*

6.2.5.1 Analyse en critère de jugement secondaire

Mi. est un jeune garçon de cinq ans et demi. Il est pris en charge en l'hôpital de jour pour un Trouble du Spectre Autistique. Il est actuellement scolarisé, à temps partiel, en grande section avec une AVS.

Au niveau familial, il est issu d'un couple uni maritalement, sans difficulté particulière. Il est le dernier d'une fratrie de quatre.

Sur le plan clinique, Mi. présente :

- Déficit persistant dans la communication et les interactions sociales : difficultés d'interactions avec ses pairs, troubles des interactions visuelles.
- Présence d'activités restreintes : les jeux sont solitaires, toujours autour des mêmes thèmes, avec des issues dramatiques et de destruction.
- La symptomatologie a commencé dans la petite enfance.
- Retentissement des symptômes sur le fonctionnement et le quotidien,
- Troubles du sommeil, il dort encore entre ses deux parents la nuit.
- Sélectivité alimentaire : il est resté à une alimentation par biberon (7 par jour).

6.2.5.2 Analyse en critère de jugement principal

Miguel, accompagne l'examineur sans difficulté, même s'il montre des éléments d'anxiété. Il présente durant l'ensemble de la passation des difficultés majeures à se concentrer sur les histoires proposées. Il joue beaucoup seul avec le matériel, sans réelle construction narrative, se laissant emporter dans des scénarios catastrophes et sans partage avec l'examineur.

6.2.5.2.1 Résultats de l'étude du contenu des narratifs lors des « histoires à compléter »

- Formule à sept échelles

Mi. présente de faibles résultats à l'ensemble des échelles sauf pour les échelles de réaction à la séparation et de faible compétence narrative. Un score élevé à l'échelle « faible compétence narrative » évoque un enfant peu sécure, plutôt dans un évitement du jeu, avec un imaginaire plutôt pauvre et inhibé (tableau 27).

MI.		
	Indice brut	T score
« Collaboration »	3,36	31,88
« Représentation de soutien parental »	3,43	32,48
« Narratif positif »	2,55	29,58
« Expression d'affects appropriés	3,2	31,14
« Réaction à la séparation »	4,8	60,20
« Distance symbolique »	2,75	27,42
« Faible compétence narrative »	4,83	68,68

Tableau 27. Résultats de Mi. à la formule à 7 échelles

- Formule à trois échelles

Mi. obtient à la formule à 3 échelles, des scores moyens aux échelles de « parentalité » et de « résolution ». Et un faible score de mentalisation (tableau 28). Le faible score de « mentalisation » peut être en rapport avec son TSA. Les scores de « parentalité » et de « résolution » évoquent une représentation parentale moyennement sensible et sécurisante. La combinaison de scores obtenus par Miguel évoque un attachement de type insécure désorganisé.

MI.		
	Q score	T score
« Parentalité »	3,6	36,18
« Résolution »	2,33	20,16
« Mentalisation »	3,09	34,35

Tableau 28. Résultats de Mi. à la formule à 3 échelles

L'analyse globale des scores évoque un enfant qui a des difficultés à porter son attention sur des questions d'attachement, qui a des difficultés à médiatiser ses affects à travers le jeu et chez qui il existe des problématiques d'attachement non résolues.

6.2.5.2.1 Résultats de l'étude des prototypes d'attachement lors des « histoires à compléter »

L'analyse des indices Q au format T, chez Mi., évoque un enfant avec un prototype d'attachement insécuré désorganisé (indice T de désorganisation supérieur à 65) (tableau 29).

INDICE Q AU FORMAT T		
MI.	T « sécure »	20,68 (<45)
	T « désactivation »	69,22
	T « hyper activation »	54,57
	T « désorganisation »	76,52 (>65)

Tableau 29. Résultats de Mi. Aux différents T score

6.2.6 *Enfant n°6 : YA.*

6.2.6.1 Analyse en critère de jugement secondaire

Ya. est un petit garçon de six ans et demi. Il est pris en charge en hôpital de jour pour un Trouble du Spectre Autistique. Le suivi pédopsychiatrique a commencé il y a 4 ans. Il est actuellement scolarisé, à temps partiel, en grande section avec une AVS.

Au niveau familial, il est issu d'un couple uni maritalement et d'origine marocaine. Il n'y a pas de difficulté socio-économique particulière dans la famille. On ne retrouve pas de conflit familial. Ya. a 3 sœurs plus aînées que lui.

Ya. est suivi en hôpital de jour pour un trouble du spectre autistique. Sur le plan clinique, il présente, avec modération :

- Un déficit persistant dans la communication et les interactions sociales : difficultés d'interactions avec ses pairs ; il peut se faire utiliser comme objet par les autres et peut utiliser les autres comme des objets. Il a des difficultés à exprimer ce qu'il ressent, ce qu'il ne veut pas manger ou ce qu'il ne veut pas faire, avec un comportement de repli,
- Présence de comportements, d'intérêts et d'activités restreintes et répétitives.
- La symptomatologie a commencé dans la petite enfance : retard de pointing, retard de langage,
- Retentissement des symptômes sur le fonctionnement et le quotidien,
- Troubles du sommeil
- Sélectivité alimentaire

6.2.6.2 Analyse en critère de jugement principal

Lors de l'évaluation des représentations d'attachement, Ya., accepte de m'accompagner l'examineur malgré une certaine appréhension. Après avoir été rassuré, il accepte de participer et de compléter les histoires. Très régulièrement au cours de la passation, Ya. se distrait et présente des stéréotypies verbales : « c'est vert », « c'est une fille » et comportementaux (mouvement avec les personnages). Malgré ses stéréotypies et ses difficultés à rester concentré sur la production du narratif, il met en avant des figures parentales adaptées, disponibles et attentives aux besoins exprimés par les personnages

des enfants. Il ne montre pas d'élément dramatique ou de moment de violence dans le jeu. Il peut prendre la grand-mère comme une figure sécurisante au moment du départ des parents, et mimer des retrouvailles d'allure sensible avec des parents disponibles au moment du retour de voyage. Il présente une résolution et des suites plutôt adaptées aux histoires.

6.2.6.2.1 Résultats de l'étude du contenu des narratifs lors des « histoires à compléter »

À l'évaluation des narratifs par la formule des 7 échelles et pour la formule des 3 échelles, on retrouve des scores qui évoquent, chez Ya. de bonnes capacités cognitives, narratives, et de résolution, malgré ses difficultés de communication verbale et la présence de comportements restreints et répétitifs.

- Formule à sept échelles

Ya. présente des scores moyens à cinq des échelles mesurées pour l'étude des caractéristiques et du contenu du jeu, lors de la passation des « histoires à compléter » ($40 < T \text{ scores} < 60$). Ceci montre des capacités moyennes en termes de collaboration, de narratif positif, de distance symbolique, de représentation de soutien parental, de faible compétence narrative dans les jeux évoquant des histoires qui activent le système d'attachement. Il présente un bon score à l'échelle d'expression appropriée des affects et de réaction à la séparation (T score de A. > 60), ce qui évoque chez Ya. une volonté de l'enfant d'éviter la séparation d'avec les parents (ou de précipiter le retour de ceux-ci lors des histoires à compléter) (tableau 30). Les scores montrent une bonne capacité à évoquer spontanément des états émotionnels appropriés et médiatisés dans le jeu, et amènent à penser que Ya. a une bonne capacité pour évoquer et contenir ses affects. Ya. montre des résultats moyens à bons dans l'ensemble des échelles. Ya. obtient un score moyen à l'échelle de collaboration ce qui évoque peu de difficultés à porter son attention sur des thèmes d'attachement. Ceci laisse penser à une absence de réelles restrictions au niveau des représentations d'attachement. Ya. a un score moyen de représentation parentale. Cela traduit un modèle de représentation où les parents sont présentés comme moyennement disponibles et sensibles vis-à-vis de l'enfant. Les résultats à l'échelle « narratif positif » évoquent un narratif avec un ton positif, des figures parentales présentées comme étant affectueuses et les enfants comme étant heureux. Ya. ne semble pas

en difficulté en présentant spontanément des états émotionnels appropriés et médiatisés dans

YA.		
	Indice brut	T score
« Collaboration »	5,55	57,01
« Représentation de soutien parental »	5	49,56
« Narratif positif »	5,11	53,47
« Expression d'affects appropriés	5,8	60,68
« Réaction à la séparation »	5	62,20
« Distance symbolique »	5	51,61
« Faible compétence narrative »	3,66	56,53

le jeu.

Tableau 30. Résultats de Ya. à la formule à 7 échelles

- Formule à trois échelles

Ya. présente un ensemble de résultats évoquant un attachement sécure et organisé, malgré les difficultés liées à son diagnostic de TED (tableau 31).

YA.		
	Indice brut	T score
« Parentalité »	5,13	36,18
« Résolution »	4,8	50,24
« Mentalisation »	5,8	61,19

Tableau 31. Résultats de Ya. à la formule à 3 échelles

6.2.6.2.2 Résultats de l'étude des prototypes d'attachement lors des « histoires à compléter »

Les résultats des indices Q en format T, montre un indice T de désorganisation < 65 et un indice T de sécurité > 45 (tableau 32). Les résultats mettent en évidence chez Ya. des représentations d'attachement de type sécure lors des « histoires à compléter ».

INDICE Q AU FORMAT T		
YA.	T « sécure »	75,82 (>45)
	T « désactivation »	24,74
	T « hyper activation »	56,57
	T « désorganisation »	49,52 (<65)

Tableau 32. Résultats de Ya. Aux différents T score

7. DISCUSSION

7.1 SYNTHÈSE

La majorité des enfants présente un attachement insécure, quatre des six enfants testés ont un prototype d'attachement de type insécure désorganisé (No., Ar., An., Mi.). Un enfant à un attachement insécure évitant (Kr.) et un enfant à un attachement sécure.

Le prototype d'attachement insécure organisé se retrouve chez des enfants avec un TSA, un contexte de maltraitance et un trouble oppositionnel avec troubles du comportement. Les enfants avec ce prototype d'attachement n'ont pas forcément des facteurs de risques de troubles de l'attachement (placement, maltraitance, dépression maternelle, antécédents psychiatriques chez l'un des parents...).

No. et An. ont respectivement plusieurs facteurs de troubles de l'attachement : No. a été placé tôt avec un antécédent de dépression chez la mère, An. à un antécédent de maltraitance avéré. Ces antécédents sont corrélés dans la littérature avec un attachement insécure désorganisé, les résultats de l'étude des représentations d'attachement sont cohérents avec les publications sur le sujet.

Ar., Mi. et Ya., ont un diagnostic de Trouble du Spectre Autistique (TSA). Dans la littérature, les TSA peuvent être associés avec un attachement insécure désorganisé, mais de façon non systématique. En effet, Ya. présente un TSA avec un prototype attachement sécure. La variabilité des résultats obtenus lors de l'étude est probablement liée à l'hétérogénéité entre les enfants que ce soit sur le plan personnel ou familial. (SIGMAN M ; MUNDY P, 1989) (SIGMAN M ; UNGERER J.A, 1984) (RUTGER A.H ; BAKERMANS-KRANENBURG M.J ; VAN BERCK-ELAER-ONNES I.A, 2004)

Une revue de la littérature sur l'attachement chez les enfants avec un TSA met en évidence que les enfants autistes ont un attachement différencié envers leurs « figures d'attachement ». Des études portant sur les facteurs qui influencent la qualité de l'attachement chez l'enfant avec un TSA retrouvent des résultats contradictoires (SIGMAN M ; MUNDY P, 1989) (SIGMAN M ; UNGERER J.A, 1984) (NABER F.B.A ; SWINKELS S.H.N ; BUITELAAR

J.K et al., 2007) (MARCUS I ; OPPENHEIM D ; KOREN-KARIE N ; DOLEV S ; YIRMIYA N, 2009). Concernant la capacité de jeu chez l'enfant avec une TSA, les études trouvent de meilleures capacités de jeu chez les enfants avec un attachement organisé ou sécure (NABER F.B.A ; SWINKELS S.H.N ; BUITELAAR J.K et al., 2007) (MARCUS I ; OPPENHEIM D ; KOREN-KARIE N ; DOLEV S ; YIRMIYA N, 2009). Les études s'intéressant au langage comme facteur influençant l'attachement, chez les enfants TSA, trouvent un lien entre les capacités langagières et l'attachement. La présence du langage faciliterait les interactions mère-enfant (DISSANAYAKE C ; CROSSLEY S, 1996) (AKDEMIR D ; PEHLIVANTURK B ; UNAL F ; OZUSTA S, 2009). Sur le plan de la sensibilité maternelle sur l'attachement des enfants avec TSA, pour KOREN-KARIE, la sensibilité maternelle n'est pas liée à la sévérité du trouble autistique ni à la présence d'un retard mental. Pour cet auteur, il est possible de développer une parentalité sensible même avec des enfants avec un TSA sévère, suggérant l'importance de la promotion de la sensibilité parentale dans les interventions thérapeutiques chez les enfants avec un TSA et avec leur famille (KOREN-KARIE N ; OPPENHEIM D ; DOLEV S ; YIRMIYA N, 2009).

On retrouve chez Kr., un attachement de type insécure évitant. Ce prototype d'attachement est cohérent avec ce qui est retrouvé sur les modes d'attachement des enfants grandissant en institution. En cas de détresse ou de séparation, ces enfants n'auront pas la capacité de se représenter ou de se mettre en scène des rapports d'aide et de protection vécus au sein du cercle familial. De fait, ils ne font donc rien pour rétablir la proximité ou la sécurité en cas d'événements stressants ou menaçants.

7.2 LES POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

Les « histoires à compléter » à travers l'analyse de la technique des cartes (items) pour un complément d'histoire, est une procédure déjà utilisée chez les enfants asymptomatiques et des enfants avec une pathologie spécifique. Peu d'étude se sont intéressées aux représentations d'attachement chez les enfants en âge scolaire suivi en hôpital de jour pédopsychiatrique. Les « histoires à compléter » avec la technique des « cartes pour le complément » d'histoire » est un protocole d'évaluation peu utilisé en pratique courante en raison de la lourdeur de la procédure de passation, du codage, et de la complexité de l'analyse statistique que demande ce protocole (MILJKOVITCH R., 2009) (MILJKOVITCH R., 2008) (MILJKOVITCH R., 2008).

7.3 LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Les principales limites que l'on retrouve dans ce travail sont associées à la taille très restreinte de l'échantillon. Le faible nombre de patients inclus et analysés rend les résultats difficilement extrapolables à une population plus générale d'enfant pris en hôpital de jour pédopsychiatrique.

7.4 CONFRONTATION À LA LITTÉRATURE

7.4.1 Narratifs aux histoires à compléter et psychopathologie

Il existe une association entre la présence de troubles externalisés (troubles des conduites, hyperactivité...) et les manifestations d'insécurité lors des « histoires à compléter » notamment lors des scènes de retrouvailles. Il existe également une relation entre la présence de troubles externalisés et les manifestations d'attachement insécurité évitant dans le jeu : évitement des figures parentales. (MILJKOVITCH R., 2009) (MILJKOVITCH R., 2011) (MILJKOVITCH R., 2012)

Les troubles internalisés sont associés dans les « histoires à compléter » à des manifestations d'un soutien parental pauvre avec une image négative de la mère. De même, il existe une association entre la présence de troubles internalisés et la présence dans le jeu de parents surprotecteurs, intrusifs, contrôlants ou punitifs. Les enfants qui mettent en scène un soutien parental pauvre, ou une image maternelle peu positive auraient moins fait l'expérience d'une attitude parentale protectrice et sécurisante dans la vie réelle.

Pour BOWLBY, la crainte de ne pouvoir compter sur sa figure d'attachement est source d'anxiété voire de dépression. La pression parentale conduit l'enfant à avoir une mauvaise image de lui, où il n'a pas de contrôle sur les événements. Cette image le prédisposerait à des symptômes dépressifs. (BOWLBY J., 2002) (MILJKOVITCH R., 2009) (MILJKOVITCH R., 2011) (MILJKOVITCH R., 2012)

La manière de jouer de l'enfant peut aussi être influencée par sa psychopathologie, les narratifs d'enfants, ayant un trouble externalisé, ont souvent des thèmes de destruction, de thèmes antisociaux et agressifs (MILJKOVITCH R., 2009) (MILJKOVITCH R., 2011) (SHER-CENSOR E., 2008) (KARMANIOLA A., 2010).

Les résultats obtenus par les enfants lors de cette étude sont donc cohérents avec les résultats décrits dans la littérature internationale en matière de compétences narratives et de prototypes d'attachement (SHER-CENSOR E., 2008) (PINTO A., et al., 211) (MILIJKOVITCH R., 2008) (MILJKOVITCH R., 2009) (MILJKOVITCH R., 2011) (BRETHERTON I., 2008).

7.4.2 Les prises en charge de type « attachementiste »

La question de l'accompagnement des enfants en hôpital de jour sur le plan de l'attachement semble, à la vue des résultats de cette étude, essentielle et pertinente. Cependant, ce sujet est encore peu abordé dans la littérature.

Il existe différents types d'accompagnement « attachementiste » individuel, familial ou groupal. La place de ces accompagnements semble être un sujet à développer et à étudier chez les enfants en hôpital de jour, car encore trop peu mise en avant. (GUEDENEY A., 2014) (ATTILI G., 2013)

Les thérapies basées sur une approche « attachementiste » s'intéressent aux représentations des relations d'attachement, c'est-à-dire les représentations que les enfants ont élaboré dans la relation qu'ils ont eu avec leur figure d'attachement (attentes, disponibilité, sécurité, régulation émotionnelle...). Ceci permet de mieux comprendre comment les représentations influencent la relation parent/enfant, afin de favoriser la construction de nouveaux modes d'attachement plus sécurisant et moins désorganisé. (ATTILI G., 2013) (GUEDENEY A., 2014)

Pour BOWLBY, les symptômes sont le résultat de distorsions interactives inconscientes guidées par les modèles internes opérants. (BOWLBY J., 2002) Le thérapeute, dans un rôle actif, a alors la tâche d'inviter l'enfant à prendre conscience de ses fonctionnements, d'explorer ses sentiments et ses actes sur un aspect cognitif en s'intéressant à l'attention, au langage, à la capacité de prendre en compte le point de vue de l'autre, à la capacité d'élaboration sans avoir recours à des processus « d'exclusion défensive ». L'enfant est invité à retrouver dans sa mémoire son histoire personnelle (souvenirs d'enfance, éléments vécus) pour découvrir par lui-même les mécanismes qui l'ont conduit à construire son fonctionnement. L'exploration de ses fonctionnements mnésiques et cognitifs doit lui permettre d'élaborer les informations de la réalité actuelle sans avoir recours à des processus

automatiques d'exclusion défensive. Il peut alors développer des capacités métacognitives et de nouveaux modèles internes opérants qui lui permettront de donner un nouveau sens aux expériences antérieures et actuelles avec flexibilité et plasticité. (BOWLBY J., 2002) (BOWLBY J., 2007) (BOWLBY J., 2002)

Certains motifs de consultation sont évocateurs de troubles du lien d'attachement :

- symptomatologies dans le registre des émotions négatives (angoisses, colère, tristesse...),
- présence d'un manque de protection de soi et des autres,
- troubles du comportement,
- difficultés d'apprentissage,
- conflits d'autorité.

7.4.2.1 Les approches « attachementiste » sur le plan individuel

Pour BOWLBY, le thérapeute doit, pour guider le patient vers la découverte de ses souvenirs passés et l'exploration de ses relations actuelles, réaliser cinq « tâches » en thérapie individuelle (BOWLBY J., 2007) (BOWLBY J., 2002) (BOWLBY J., 2007). Le thérapeute :

- À un rôle de base de sécurité pour permettre au patient d'explorer son mode interne avec un sentiment de sécurité. Il encourage son patient à explorer le monde de ses idées, des sentiments, des actions présentes et passées. (BOWLBY J., 1988)
- Encourage le patient à prendre conscience de sa manière d'entrer en relation avec l'autre.
- Amène le patient à considérer les caractéristiques de la relation thérapeutique : attentes, projections et relation de transfert.
- Encourage le patient à prendre conscience que sa représentation de la réalité actuelle est strictement liée à son passé et aux « injonctions » reçues par les figures d'attachement. Dans ce contexte, le thérapeute impulse un processus visant à comprendre le déroulement des événements, la compassion du patient envers ses parents pour arriver à un certain degré de pardon et de réconciliation.
- Aide le patient à prendre conscience des mécanismes qui sont à la base de la représentation qu'il a de lui et des autres et qui guident son comportement.

7.4.2.2 Les approches « attachementnistes » sur le plan familial

Dans le cadre des thérapies familiales, et avec un abord « attachementniste », le thérapeute a la tâche de (ATTILI G., 2013) :

- Mettre en relation les différents membres de la famille pour que chacun puisse trouver une base de sécurité pour l'autre dans la dimension relationnelle qui les relie les uns aux autres.
- Aider la famille à comprendre pourquoi les dimensions de base de sécurité font défaut (rôle erroné, fausse attente, comportements axés vers les mauvaises personnes). Le thérapeute aide la famille à prendre conscience de la présence de fausses attentes par rapport à l'autre, de fonctionnements structurés et rigides sans réciprocité dans les rôles.
- Aider chaque membre de la famille à prendre en compte les ressentis et les points de vue de chacun pour acquérir une flexibilité dans les rôles de chacun et une communication intrafamiliale efficace.
- Aider les parents à exprimer leur propre histoire en présence du reste de la famille, pour une meilleure acceptation et compréhension des comportements parentaux inadaptés. « *Le thérapeute doit aider le patient et/ou sa famille, à faire face aux fantômes* » (FRAIBERG S., 2012)

7.4.2.3 Les approches « attachementnistes » au niveau groupal

Les groupes thérapeutiques parents enfants sont fréquents en pédopsychiatrie de la périnatalité et de la petite enfance. L'approche groupale est une modalité thérapeutique contenant, soutenant, et souple et qui peut, pour certains parents, être plus accessible qu'un travail thérapeutique individuel. (GUEDENEY A., 2014)

AINSWORTH propose une approche groupale inspirée de la théorie de l'attachement et de la « situation étrange ». Cette approche propose d'inverser la situation étrange, c'est-à-dire que les parents restent dans la même salle durant le temps de prise en charge groupal et c'est l'enfant qui module la proximité par des allers-retours. (GUEDENEY A., 2014) Ce type d'approche groupale propose une organisation autour de deux espaces : une grande salle et une petite salle séparées l'une de l'autre par un couloir. Le groupe thérapeutique se déroule en quatre temps :

- Un temps d'accueil : Ce temps est un moment réunissant parents, enfants et soignants autour du jeu.
- Un temps parents /enfants dans le groupe de parole ; temps durant lequel les enfants accompagnent leurs parents vers la petite salle où a lieu le groupe de parole des parents avec une psychologue ou un pédopsychiatre.
- Un temps de séparation parents /enfants ; temps durant lequel les parents restent ensemble avec la psychologue, dans la petite salle. Les enfants, de leur côté, retournent dans la grande salle pour reprendre des activités ludiques avec une éducatrice ou une infirmière.
- Un temps de retrouvailles parents /enfants. Temps où les enfants retournent, dans la petite salle pour les retrouvailles. Les soignants accompagnent ce moment en soutenant chaque relation « parent-enfant » et commencent un travail thérapeutique autour du vécu de chacun, de la compréhension et de l'interprétation des comportements et des émotions de l'enfant en fonction histoire personnelle du parent.

Les groupes de parole parents/ enfants sont des modalités de soins qui proposent un travail de guidance parental autour de l'attachement, l'intersubjectivité (compréhension et interprétation des comportements et des émotions de l'enfant) tout en soutenant les capacités et les compétences des parents.

Les espaces et les temps doivent être réfléchis pour garantir une prévisibilité, une continuité, une sécurité, une immuabilité dans le cadre et le déroulement des séances ; ces éléments sont les conditions nécessaires à la construction d'une dynamique de groupe thérapeutique, où le soignant peut proposer des interventions ciblées et adaptées au projet thérapeutique de chaque enfant, et où chaque enfant peut être un levier thérapeutique pour le reste du groupe.

7.5 APPORTS DE CETTE ÉTUDE CHEZ LES ENFANTS EN HÔPITAL DE JOUR

Il existe de nombreuses formes d'accompagnements « attachementistes » qui peuvent être proposées aux enfants en hôpital de jour, quelque soit la forme de l'accompagnement des parents et la dyade parents enfants. Ceci semble essentiel.

Les limites en hôpital de jour des propositions d'accompagnement sont souvent liées, sur un plan pratique, au « renoncement » de certains parents à s'investir dans la prise en charge de leur enfant. Ces parents perçoivent souvent la pathologie de leur enfant et les soins qui lui sont apportés comme quelque chose propre à leur enfant, et où ils n'ont pas de rôle à jouer.

C'est dans ce contexte que la théorie de l'attachement peut proposer un levier thérapeutique en aidant les parents à s'investir dans les soins de leur enfant ainsi que dans l'accompagnement extra-hospitalier de celui-ci.

CONCLUSION

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à l'évaluation des représentations d'attachement chez des enfants d'âge scolaire pris en charge en hôpital de jour. Les représentations d'attachement ont été évaluées par les « histoires à compléter » avec la technique « des cartes pour le complément d'histoire ». Dans cette étude, sept enfants ont été inclus, six ont pu être évalués, et un enfant a été exclu en raison d'un refus de participation. Parmi les six enfants évalués, quatre ont des modèles de représentation d'attachement insécure désorganisé, un enfant à un prototype d'attachement insécure évitant et un est sécure. Les résultats de ce travail de nous montrent qu'une grande majorité d'enfants soignés en hôpital de jour présentent des troubles de l'attachement, quels que soient les diagnostics pour lesquels ils sont pris en charge.

Parmi les enfants avec des représentations d'attachement « insécure désorganisé », deux ont un diagnostic de TSA sans facteurs de risques troubles de l'attachement. No. et An., ont des facteurs de risques de troubles de l'attachement : maltraitance, placement ou antécédents de pathologie psychiatrique chez l'un des parents. No. et An ont respectivement un diagnostic de trouble des conduites et du comportement pour No. et des troubles réactionnels de l'attachement pour An.

Dans l'étude, on retrouve un enfant avec des représentations d'attachement de type insécure évitant. Il existe chez cet enfant des risques de troubles de l'attachement qui aurait pu conduire cet enfant à l'élaboration de modèle interne opérant insécure désorganisé : placement précoce, antécédent psychiatrique chez la mère, développement en institution. Le résultat obtenu pour Kr est, par ailleurs cohérent avec ceux retrouvés dans la littérature portant sur les représentations d'attachement des enfants grandissant en institution.

Les résultats de cette étude montrent, au contraire de ce que l'on pourrait penser, des prototypes d'attachement variables, allant de représentations d'attachement sécure à des représentations d'attachement insécure désorganisé. Ces résultats montrent que malgré la variabilité des diagnostics pour lesquels ces enfants sont pris en charge en hôpital de jour, un grand nombre présente des troubles de l'attachement.

Actuellement, la Haute Autorité de Santé propose des modalités d'accompagnement thérapeutiques spécifiques à chaque diagnostic pédopsychiatre dans le cadre des hospitalisations de jour. Ces recommandations ne prennent pas systématiquement en compte les difficultés du lien entre un enfant malade et ses parents ou ses éducateurs.

Les prises en charge « attachementistes » peuvent être un levier thérapeutique pour l'accompagnement des parents dans la prise en charge et la compréhension de leur enfant, pour mieux les intégrer dans le projet de soins. Ces prises en charge soutiennent la parentalité et la qualité des interactions parents /enfants dans le but d'apporter une relation plus sécurisée entre l'enfant et sa ou ses figures d'attachement afin de prévenir l'apparition ou l'aggravation de troubles psychopathologiques ultérieurs en lien avec un trouble de l'attachement.

BIBLIOGRAPHIE

- AINSWORTH MD, BLEHAR MC, WATERS E, WALL S. *Patterns of attachment : A psychological of the strange situation*, 1978.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, American psychiatric publishing, 2013.
- ATGER F, GEUDENEY A. Attachement et développement. EMC, 2006. 37-200-B-35.
- ATTILI G. Attachement et psychopathologie. Dans A. G., *Attachement et théorie de l'esprit : une perspective évolutionniste*, Paris, édition Fabert, 2013 (pp. 259-285).
- ATTILI G. La construction évolutionniste de l'esprit et les les modèles opérants internes. Dans A. Grazia, *Attachement et théorie de l'esprit : Une perspective évolutionniste*, Paris, édition Fabert, 2013 (pp. 95-116).
- ATTILI G. L'Attachement pendant la première et la deuxième partie de l'Enfance : Les instruments de mesure. Dans A. Grazia, *Attachement et théorie de l'esprit : Une perspective évolutionniste*, Paris, édition Fabert, 2013 (pp. 137-170).
- ATTILI G. L'esprit comme produit de l'évolution biologique : Le fonctionnement de la mémoire et les processus défensifs. Dans G. A., *Attachement et théorie de l'esprit ; une perspective évolutionniste*, Paris, édition Fabert, 2013 (pp. 108-116).
- BACRO F. French validation of the child-father and child-mother attachment perceptions security scale. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 2011, 213-221.
- BACRO F, FLORIN A. Spécificité des Modèles internes opérants : les représentations d'attachement au père et à la mère chez les enfants de 3 à 5 ans, *ENFANCE*, 2008, 108-119.
- BELIVEAU M.-J., MOSS E. The role of stressfullife-events on the intergenerational transmission of attachment. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 2009, 47-58.
- BOUCHET G., BLICHARSKI T., DUTHU S., BOURDET-LOUBERE S. Transmission intergénérationnelle de l'insécurité de l'attachement chez les familles d'enfants âgés de 23 et 33 mois. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011, 140-148.
- BOWLBY J. *A secure base : Parent-Child attachment and healthy human development*, New York, édition Basic Books, 1988
- BOWLBY J. *Attachement et perte : La perte*, Paris, Presse Universitaire de France, 3^{ème} édition, 2002.

- BOWLBY J. *Attachement et perte : La séparation, angoisse et colère*, Paris, Presse Universitaire de France, 4^{ème} édition, 2007.
- BOWLBY J. *Attachement et perte : l'Attachement* (éd. 5e édition). Paris, Presse universitaire de France, 5^{ème} édition, 2002.
- BRAZELTON TB. Une nouvelle version de la NBAS. *Devenir*, 2000, 12, 7-16.
- BRETHERTON I. (Les histoires à compléter pour l'étude des représentation d'attachement. *Enfance*, 2008, 60, 13-21.
- BRETHERTON I. The origins of attachment theory : John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 1992, 28, 759-775.
- BYING-HALL. Soulager le fardeau des enfants parentifiés dans les familles présentant des modes attachement insécurisés. *DEVENIR*, 2007, 2012-222.
- CHRISHOLM K. A three year old follow up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 1998, 69, 1092-1106.
- COZOLINO L. *The neuroscience of human relationships : Attachment and the developing social brain*. Londre : Norton et Compagny, 2006.
- DE KYLEN M, SPELTZ ML, GREENBERG MT. *Predicting early starting behavior disorders ; a clinical sample of preeschool oppositional defiant boys*, International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Santa Monica, 1996.
- DELAGE M. Souffrance dans la séparation et théorie de l'attachement : compréhension individuelle et familiale. *Annales médico psychologiques*, 2010, 34-37.
- DUGRAVIER R, GUEDENEY A, SAIAS T, GREACEN T, TUBACH F. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, 57, 482-486.
- DUMAIS M, CYR C, MICHEL G. L'attachement chez les enfants institutionnalisés : une recension narrative et méta-analyse des études sur les facteurs de risques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2014, 181-194.
- EMDE R., LINK EGGER H., FENICHEL E., GUEDENAY A., WISE B., WRIGHT H. DC : 0-3R, La classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance, édition révisée. *DEVENIR : revue européenne du développement de l'enfant*, 2009, vol 21, num 2, p. 113.
- 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.

- FONAGY P. (2000). Attachement au cours de la petite enfance, désordres de la conduite à l'adolescence : le rôle de la fonction réflexive. *Personality and conduct disorders adolescence*, 2000, 345-364.
- FRAIBERG S. *Fantômes dans la chambres d'enfants*. Paris, Presses Universitaires de France, 1999.
- GUEDENEY A. *Petite enfance et psychopathologie*, Paris , Elsevier Masson, 2014.
- GUEDENEY A. (2010). Troubles de l'attachement chez le jeune enfant, *L'Attachement : approche clinique*, Masson, 2010, 85-96.
- GUEDENEY N. *L'attachement un lien vital*, Bruxelles, édition FABERT, 2010.
- GUEDENEY N., GUEDENEY A. *L'Attachement : approche clinique*, Paris, Masson, 2010.
- GUEDENEY N., GUEDENEY A. *L'Attachement : Approche théorique, du bébé à la personne âgée*, Paris, Masson, 2009
- GUEDENEY N., GUEDENEY A. *L'Attachement : Concepts et applications*, Paris, Masson, 2002.
- GUEDENEY N, TERENO S, TISSIER J, GUEDENEY A, GREACEN T, SAIAS T, TUBACH F, DUGRAVIER R, WELNIARZ B. Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : de la théorie à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2012, 362-366.
- GUELFY JD. *Mini DSM-IV-TR*, Paris, Masson, 2004
- GUILE JM. Accueil partiel en placement familial thérapeutique : contribution des théories de l'attachement. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2003, 450-454.
- HOWES C. Attachment relationships in the context of multiple caregivers, 1999.
- KARMANIOLA A. *Les représentations d'attachement chez l'enfant et chez l'adulte*, Sarrebruck, Éditions Universitaires Européennes, 2010.
- LAMBRUSHI F, CIOTTI F. Teoria dell'attachment e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia. *Età Evolutiva*, 1988, 109-126.
- LEBOVICI S. Les interactions fantasmatiques. Dans *L'arbre de vie : Eléments de la psychopathologie du bébé*, Paris,Eres, 2009, 73-86.
- LYON-RUTH K, ZOLL D, CONNELL D, GRUNEBURN HU. Family deviance and family disruption in childhood : associations with maternal behavior and infant maltreatment during the first two years of life. *Development and psychopathology*, 1989, 1, 219-236.

- LYON-RUTH, ALPERN L, REPACHOLI B. Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 1993, 64, 572-585.
- MARCELLI D. Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 2007, 44.
- MILJKOVITCH R. Annexe : L'utilisation des narratifs d'attachement. *ENFANCE*, 2008, 60, 93-118.
- MILJKOVITCH R. Des stratégies comportementales d'attachement aux stratégies représentationnelles : construction et validité des cartes de codage pour les histoires à compléter. *ENFANCE*, 2008, 60, 22-30.
- MILJKOVITCH R. L'Attachement au niveau des représentations. Dans G. A. GUEDENEY N., *L'attachement : Approche théorique, du bébé à la personne âgée*, Paris, Masson, 2009, 39-48.
- MILJKOVITCH R. L'Attachement chez le jeune Enfant. Dans M. R., *L'Attachement : Aspects développementaux et psychopathologiques*, Saarbrücken, Allemagne, Editions Universitaires Européennes, 2011, 27-47.
- MILJKOVITCH R. *L'Attachement : Aspects développementaux et psychopathologie*. Saarbrücken, Allemagne, Editions Universitaire Européennes, 2011.
- MILJKOVITCH R, DUGRAVIER R, MINTZ A-S. Attachement et psychopathologie durant l'Enfance. Dans G. A. GUEDENEY Nicole, *L'attachement : approche clinique*, Paris, Masson, 2010, 93-106.
- MILJKOVITCH R. *L'attachement au cours de la vie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012.
- MINTZ A.-S, REROUSE DE MONTCLOS M-O. (2009). L'Attachement entre 4 et 12 ans. Dans G. A. GUEDENEY Nicole, *L'Attachement : Approche théorique, du bébé à la personne âgée*, Paris, Masson, 2009, 103-112.
- MORALES HUET Martine. Apport de la théorie de l'attachement aux prises en charge précoces. Dans S. Nathalie, *La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la protection de l'Enfance*, Paris, ONED, 2010, 108-119.
- O'CONNOR T, MARVIN M, RUTTER M et al. Attachment disorder behavior following early severe deprivation : extension and longitudinal follow up. *Development Psychopathology*, 2003, 15, 19-38.
- O'CONNOR T, MARVIN M, RUTTER M et al. Child-parent Attachment early institutional deprivation. *Development Psychopathology*, 2003, 15, 19-38.

ONGARI B. Représentation d'attachement d'enfants et troubles du comportement à l'école maternelle. *ENFANCE*, 2008, 60, 53-62.

PERSINI C, et al. Troubles autistiques et troubles de l'attachement : quels liens ?. *Médecine et Hygiène*, 2013, 25, 145-158.

PIERREHUMBERT B, IBANEZ M. Forme et contenu de la production narrative de l'enfant : un apport de la recherche clinique. *ENFANCE*, 2008, 60, 83-92.

PINEL JAQUEMIN Stéphanie. Evaluation de l'Attachement Parent-Enfant. Dans S. Nathalie, *La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance*, Paris, ONED, 2010, 24-43.

PINTO A, et al. Modèles internes opérants de l'attachement et relation d'objet internalisé : l'analyse du devenir des relations "Attachement par les récits à compléter". *Médecine et Hygiène*, 2011, 23, 145-159.

PRIOR V, GLASER D. Corrélations entre l'organisation de l'attachement et le fonctionnement. Dans G. D. PRIOR V, *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement : théorie, preuve et pratique*, Bruxelles, De Boeck, 2010, 168-193.

PRIOR V, GLASER D. Evaluation de l'attachement et des soins. Dans G. D. PRIOR V, *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement*, Bruxelles, De Boeck, 2010, 93-167.

PRIOR V, GLASER D. Quels sont les facteurs qui influencent l'organisation de l'attachement ? Dans G. D. PRIOR V, *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement*, Bruxelles, De Boeck, 2010, 45-64.

PRIOR V, GLASER D. Qu'est ce qu'un trouble de l'attachement ? Dans G. D. PRIOR V., *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement*, Bruxelles, De Boeck, 2010, 195-235.

PRIOR V, GLASER D. (2010). La classification de l'attachement. Dans G. D. PRIOR V, *Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement*, Bruxelles, De Boeck, 2010, 29-44.

RUTGER AH, BAKERMANS-KRANENBURG MJ, VAN BERCK-ELAER-ONNES IA. Autism and attachment : A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and psychiatry, and Allied Disciplines*, 2004, 45 (6), 1123-1134.

SAVARD Nathalie. *La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance*, Paris, ONED (observatoire national de l'Enfance en danger), 2010.

SHAW DS, OWENS EB, VONDRA JL, KEENAN K, WINSLOW RB. Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and psychopathology*, 1997, 679-699.

SHAW DS, VONDRA JL. Infant attachment and maternal predictions of early behavior problems : alongitudunal study of low-income families. *Journal Abnormal Child psychology*, 1995, 21, 493-518.

SHER-CENSOR E. Les narratifs d'enfants et leur lien avec les comportements d'attachement précoce. *ENFANCE*, 2008, 60, 31-41.

SIGMAN M, MUNDY P. Social attachments in Autistic Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 1989, 28, 74-81.

SIGMAN M, UNGERER JA. Attachment behaviors in autistic children. *Journal ok Autism and Developmental Disorders*, 1984, 14 (3), pp. 231-244.

SROUFE A. Considering normal et abnormal together : The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathologie*, 1990, 2, 335-347.

STAHL S. *Psychopharmacologie essentielle : Bases neuroscientifiques et applications pratiques*, Paris, Lavoisier, 2010.

STERN D. *Le monde interpersonnel du nourisson*, Paris, Presses Universitaires de France, 4^{ème} édition, 2003.

STERN D, BRUSCHWEILER-STERN N, LYONS-RUTH K, MORGAN A, et all. Intersubjectivité : À propos des liens entre expériences, mots et narrations. *Le Carnet Psy*, 2004, 95, 31-40.

THOMAS G. O'CONNOR, MICHAEL RUTTER. Attachment disorder behavior following early severe deprivation : extension and longitudinal follow up. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 2000, 39, 703-712.

TERRENO S, GUEDENAY A, TUBACH T, DUGRAVIER R, SAIAS T, WENDLAND J, LAMAS C, MISTYCKI V. CAPEDP-A : Intervention effects on attachement disorganisation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2012, 276.

TREVARHTEN C, AITKEN K. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 2003, 15, 309-428.

TROY M, STROUFE LA. Victimization among preschoolers : role of attachment relationship history. *Journal of American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 1987, 26, 166-172.

WAHL E, ISNARD P, GUEDENEY A. Attachement désorganisé et sémiologie autistique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2010, 149-156.

WENDLAND J. Compétences du nourrisson et représentations maternelles du bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 2004, 47.

WERTZ C, GAUTHIER J-M, BLAVIER A. Troubles réactionnels de l'attachement et compétences émotionnelles chez l'enfant âgé de cinq à huit ans. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2012, 492-504.

WINNICOTT D. W. *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, Paris, Payot, 1970.

ZAOUCHE-GAUDRON C. Introduction : Comportements et représentation d'attachement dans l'enfance. *Enfance*, 2008, 60, 5-12.

ZEANAH C, BORIS N. *Handbook of Infant Mental Health*, 2^{ème} édition, Guilford Press, 2000.

ANNEXES

Annexe n°1 : Échelles mesurant les patterns d'attachement dans la « Situation Étrange » (AINSWORTH et AL. 1978)

Recherche de proximité et de contact (PS)	Maintien du contact (CM)	Résistance au contact et à l'interaction (R)	Évitement de la proximité et de l'interaction (A)
7. Effort actif et très évident ; initiative dans la recherche du contact psychique.	7. Effort très actif et persistant pour garder le contact psychique.	7. Résistance très intense et persistante.	7. Évitement très persistant et marqué.
6. Effort actif normal et initiative dans la recherche du contact psychique.	6. Effort actif et persistant pour garder le contact psychique.	6. Résistance intense et/ou persistante.	6. Évitement persistant et marqué.
5. Quelque effort actif pour obtenir le contact physique.	5. Quelque effort actif pour garder le contact physique.	5. Quelque résistance intense ou peu intense.	5. Évitement évident mais peu persistant.
4. Désir évident d'avoir un contact psychique mais les efforts sont inefficaces, manque initiative ou bien labilité dans le maintien du contact une fois établi.	4. Désir de garder le contact psychique mais les efforts sont relativement moindres pour l'obtenir.	4. Résistance isolée et absence de réactions agressives.	4. Évitement moindre mais évident, évitement persistant mais peu défini.
3. Effort moindre pour obtenir le contact et effort moindre pour établir une proximité.	3. Quelque désir apparent pour garder le contact physique mais relativement peu d'effort pour l'établir	3. Résistance diffuse légère.	3. Comportements d'évitement isolés et moindres.
2. Effort moindre pour obtenir le contact physique et la proximité.	2. Contact psychique mais l'effort n'est pas évident, ni le désir de le garder.	2. Résistance très légère.	2. Très peu d'évitement.
1. Pas d'effort pour obtenir le contact physique ou la proximité.	1. Pas de contact physique et pas d'effort pour le maintenir.	1. Absence de résistance.	1. Absence de comportements d'évitement

Annexe 1. Échelles mesurant les patterns d'attachement dans la « Situation Étrange » (AINSWORTH et AL. 1978)

Annexe n°2 : Modèles de grille pour la cotation des « Histoires à compléter ».

COTATION « HISTOIRE A COMPLÉTER » - ÉCHELLES DE MESURES

Items	Scores Bruts	Items	Scores Bruts	Items	Scores Bruts
1		21		41	
2		22		42	
3		23		43	
4		24		44	
5		25		45	
6		26		46	
7		27		47	
8		28		48	
9		29		49	
10		30		50	
11		31		51	
12		32		52	
13		33		53	
14		34		54	
15		35		55	
16		36		56	
17		37		57	
18		38		58	
19		39		59	
20		40		60	
				61	
				62	
				63	
				64	
				65	

NOM :

NÉE LE :

Date :

Groupe :

Annexe 2. Grille de cotation pour le codage des histoires à compléter par la procédure « Des cartes pour le complément d'histoire » (CCH).

Annexe n°3 : Listes des items présents sur les cartes pour le codage des « histoires à compléter » par la procédure « Des cartes pour le complément d'histoire » (CCH). (MILIJKOVITCH R., 2008)

ITEMS
1- Absence de narratif ; l'enfant reste inhibé face au matériel, à la situation ; refus.
2- Dans le jeu ou la manipulation, l'enfant évite les figures parentales ; joue avec les personnages enfants à la place de jouer avec les personnages adultes.
3- Dans les réponses, l'enfant évoque les deux figures parentales.
4- (Départ) Face à la séparation, l'enfant reste inactif (par exemple, l'enfant pleure ou reste dans son lit, il dort quand les parents partent).
5- (Départ) L'enfant évoque un sentiment lié à la séparation (perte, anxiété, tristesse, désir de retour).
6- (Départ) L'enfant fait face à l'absence des parents et ne tente pas d'empêcher la séparation (par exemple ; il joue avec la grand-mère, demande quand les parents reviennent, etc....).
7- (Départ) Les personnages restent ensemble dans l'attente du retour.
8- (Départ) Les sentiments liés à la séparation sont entièrement évoqués dans le jeu narratif scénique.
9- Il y a une distance symbolique claire entre l'enfant et le personnage du jeu (par exemple ; il ne dit pas « je » au lieu de « il » ou « elle » lorsqu'il parle des personnages).
10- Face aux sentiments négatifs évoqués dans l'histoire (sentiments de peur, de douleurs...), l'enfant fait intervenir les figures parentales quel que soit leur rôle : protecteur ou non.
11- L'enfant attribue à la grand-mère des sentiments positifs (réparateurs/ protecteurs).
12- Les personnages réagissent de façon appropriée aux émotions des autres personnages, ils ne les ignorent pas.
13- L'enfant attribue à un personnage enfant un rôle de « réparateur » (réponse de réconfort et d'aide) plutôt que de l'attribuer aux personnages parentaux (au moins une fois).
14- L'enfant attribue aux figures parentales des comportements surprotection ou d'intrusion.
15- L'enfant attribue aux parents des comportements de contrôle et/ou de pression parentale (par exemple ; il évoque plusieurs fois des réponses de discipline, d'autorité de la part des parents).
16- L'enfant attribue aux parents le rôle d'autorité.
17- L'enfant attribue des rôles et des sentiments différents au père et à la mère.
18- L'enfant cherche la proximité de sa mère.
19- L'enfant commence souvent des phrases sans les terminer.
20- L'enfant complète les histoires seulement après avoir été encouragé par l'expérimentateur (il peut mettre en scène, mais a besoin de stimulation).
21- L'enfant comprend rapidement la tâche proposée.
22- L'enfant décrit ou commente l'état émotionnel des personnages ou le rend explicite par la manipulation.
23- L'enfant décrit verbalement ses actions, il les commente et les justifie.
24- L'enfant différencie adéquatement les générations (rôle des parents et des enfants).
25- Les figures parentales sont présentées selon des facettes différentes et changeantes.
26- L'enfant propose des résolutions originales plutôt que des suites conventionnelles et attendues.
27- L'enfant donne une image des figures parentales comme étant disponibles (accessibles, sensibles, prévisibles et adéquates).
28- L'enfant entre aisément en relation avec l'expérimentateur.
29- L'enfant établit des liens entre les personnages (liens de proximité...) ou interactions entre les personnages.

- 30- L'enfant évite de compléter les histoires proposées (il change de sujet de discussion, il demande l'histoire suivante, répond « je ne sais pas », que rien ne va se passer...).
- 31- L'enfant évoque des affects (colère, excitation, peur...) qui sont médiatisés par le jeu (ne jette pas, par exemple, le matériel par terre ou ne tape pas les figurines contre la table).
- 32- L'enfant évoque des comportements d'agression et/ou de destruction (par exemple punitions sévères).
- 33- L'enfant évoque des sentiments de peur, de crainte ou d'anxiété à l'égard des figures parentales (ou d'une figure parentale ; par exemple : l'enfant part se cacher lorsque le père le réprime).
- 34- L'enfant maintient l'intérêt pour la tâche proposée tout au long de la session.
- 35- L'enfant met en scène ou verbalise des résolutions aux situations présentées (il y a un narratif).
- 36- L'enfant montre des comportements d'anxiété : gestes, actions indiquant une appréhension ou une crainte (par exemple, comportements autocalmants comme se balancer, sucer son pouce) : actions compulsives.
- 37- L'enfant montre des expressions de timidité lorsqu'il parle : retenue dans les gestes lorsqu'il manipule le matériel.
- 38- L'enfant prête clairement des émotions aux personnages (par exemple, projection d'émotions trahie par l'expression faciale, le ton de la voix...) ; éventuellement les personnages réagissent aux émotions des autres personnages.
- 39- L'enfant provoque des événements négatifs (par exemple, frappe les personnages) au lieu de résoudre l'histoire.
- 40- L'enfant réagit au thème négatif contenu dans l'histoire par une expression positive inadéquate (rire, sadisme, persécution...).
- 41- L'enfant reconnaît le thème de l'histoire et propose ou non une résolution.
- 42- L'enfant répond avec plaisir explicite et gai.
- 43- L'enfant répond principalement par « oui » et « non » aux questions de l'expérimentateur, il ne s'engage pas dans une narration.
- 44- L'enfant restitue des images globalement positives des parents (par exemple, il leur attribue des comportements d'affection, de chaleur, de soins, d'attention).
- 45- L'enfant s'implique dans la tâche par le jeu scénique avec le matériel uniquement.
- 46- L'enfant s'investit beaucoup dans la situation (par exemple, il adapte les mouvements des personnages à l'histoire, il change le ton de la voix selon les personnages et la narration ; les réponses sont médiatisées par le jeu mais vivantes).
- 47- L'expression émotionnelle et/ou la mimique du visage sont en désaccord avec le contenu de l'histoire.
- 48- La tonalité globale des émotions est positive (dominance de plaisir, joie, etc.).
- 49- Le langage de l'enfant est peu compréhensible (par exemple, il vocalise sans articuler, onomatopées, etc....).
- 50- Le narratif est verbal plutôt que scénique.
- 51- Les actions restent symbolisées. L'enfant fait jouer les personnages plutôt que de se comporter comme s'il était lui-même un des personnages.
- 52- Les attitudes parentales sont coercitives (punitions, discipline, colère, etc....) mais elles ne sont exprimées de façon ni violente ni extrême.
- 53- Les différentes histoires sont complétées avec facilité, fluidité et cohérence.
- 54- Les rôles parent-enfant sont inversés (par exemple, l'enfant prend soin des parents ; il s'attribue au rôle parental ; les parents sont infantilisés, recherchent le réconfort, etc....).
- 55- Lorsqu'un thème négatif est introduit, l'enfant décrit les personnages comme étant inactifs (par exemple, il dit que le personnage – enfant va se coucher...).

56- Lorsqu'un thème négatif est introduit, l'enfant évoque un comportement de soutien de la part des figures parentales.

57- Lorsque des conflits sont évoqués (par exemple, un conflit entre parents et enfants), la résolution est bloquée, perturbée (excitation, etc...).

58- Lorsque l'enfant évoque des comportements de protection/réconfort de la part des parents, il montre des comportements d'excitation, d'expressions exagérément positives, des transformations en thème négatif.

59- Malgré les encouragements de l'expérimentateur pour continuer, l'enfant persiste à répondre « Je ne sais pas », à résister, à éviter (par exemple, détourner son attention sur les objets).

60- L'enfant élabore un narratif (verbal et/ou scénique) plutôt que de rester muet ou de manipuler le matériel sans symbolisation.

61- Les parents sont décrits comme normalement protecteurs/réparateurs/ autoritaires.

62- (Réunion) Le comportement de l'enfant ne devient pas désorganisé ou incohérent.

63- (Réunion) L'enfant évite la scène, pense à autre chose, digresse.

64- (Réunion) L'enfant exprime de la joie (ou d'autre affect positif) de la part des personnages enfants.

65- (Réunion) L'enfant fait repartir les parents ou l'un des parents ; l'enfant rejoue le départ des parents. Les parents rejettent l'enfant.

Annexe n°4 : Scores obtenus par chaque enfant du groupe, à chaque item, lors de la procédure de « tri libre »

Item	Ar.	An.	Kr.	No.	Mi.	Ya.
1	6	5	7	3	2	2
2	5	5	6	5	7	3
3	4	4	3	4	4	4
4	4	4	7	5	2	2
5	4	4	1	5	5	6
6	4	4	7	2	5	3
7	3	3	4	2	1	5
8	3	3	1	2	3	4
9	2	2	3	3	1	4
10	5	2	2	2	2	5
11	5	3	4	4	1	4
12	4	4	2	1	4	7
13	6	6	4	6	4	4
14	4	5	3	4	3	3
15	6	7	2	5	4	4
16	4	1	2	6	2	5
17	3	4	3	4	4	4
18	4	4	2	5	3	4
19	5	4	6	4	6	4
20	5	4	6	5	6	4
21	3	4	4	4	4	4
22	4	5	1	5	6	6
23	4	5	3	4	4	5
24	2	2	4	2	2	4
25	5	4	3	4	2	1
26	4	5	3	5	5	6
27	3	2	3	2	4	6
28	2	4	2	4	2	7
29	4	4	2	3	4	6
30	6	4	7	3	7	2
31	2	1	3	1	1	5
32	7	7	4	6	5	3
33	5	7	4	5	2	1
34	3	3	2	3	1	5
35	2	1	4	1	5	4
36	6	6	6	7	3	1
37	4	6	6	5	2	3
38	4	5	1	6	5	7
39	7	7	3	7	7	3
40	6	6	5	6	6	3
41	6	6	5	6	5	3
42	3	3	1	2	3	7

43	5	4	7	3	3	2
44	1	1	4	1	4	6
45	4	4	4	4	4	4
46	3	5	1	6	5	6
47	4	6	6	6	6	2
48	1	1	5	1	1	4
49	5	6	5	3	6	3
50	4	4	4	4	4	4
51	4	4	4	4	5	4
52	1	1	5	3	5	4
53	1	2	2	1	1	5
54	6	7	4	7	5	3
55	3	3	6	3	5	2
56	3	1	3	2	2	6
57	7	7	5	7	7	2
58	5	5	6	5	4	3
59	6	5	7	5	7	3
60	4	4	4	4	3	4
61	3	2	2	2	3	7
62	2	1	4	1	1	5
63	3	3	6	4	6	1
64	2	2	2	5	2	6
65	5	6	7	7	6	1

Annexe n°4. Résultats de chaque enfant, à chacun des 65 items lors du « tri libre »

Annexe n°5 : Scores obtenus par chaque enfant du groupe, à chaque item, lors de la procédure de « tri forcé »

Item	Ar.	Ya.	An.	Kr.	No.	Mi.
1	6	2	5	6	3	2
2	5	3	5	5	5	7
3	4	4	4	4	4	4
4	4	2	4	7	5	4
5	3	6	4	1	5	5
6	4	2	4	7	3	5
7	3	5	3	4	3	2
8	2	4	4	2	2	3
9	2	4	2	5	3	1
10	5	5	2	2	2	2
11	5	4	3	4	4	2
12	3	7	3	2	1	4
13	6	4	6	4	6	4
14	4	3	5	3	4	3
15	7	5	7	2	5	4
16	4	5	2	4	6	2
17	4	5	4	3	4	4
18	4	4	4	3	4	3
19	5	4	3	5	4	6
20	6	4	4	6	5	6
21	3	4	3	4	4	4
22	4	6	5	1	5	6
23	4	5	5	3	4	4
24	2	5	2	5	2	2
25	5	1	4	3	4	3
26	4	6	5	3	5	5
27	3	6	3	3	2	4
28	2	7	3	2	4	3
29	4	6	4	2	3	4
30	6	2	4	7	3	7
31	2	5	1	3	1	1
32	7	3	7	4	6	5
33	5	1	6	4	5	4
34	3	5	3	3	3	3
35	1	4	1	4	2	5
36	7	1	6	6	7	3
37	3	3	5	6	5	3
38	4	7	5	1	6	5
39	7	3	7	3	7	7
40	6	3	6	5	6	6
41	6	3	6	5	6	5
42	2	7	3	1	3	3
43	5	3	4	6	3	3
44	1	6	1	5	1	4
45	4	4	4	4	4	4
46	3	6	5	1	6	5
47	5	2	6	6	6	6
48	1	4	1	5	1	1
49	5	3	6	5	3	6

50	4	4	4	4	4	4
51	4	4	4	4	4	5
52	1	3	1	5	3	5
53	1	5	2	3	2	1
54	6	3	7	4	7	5
55	3	2	3	6	3	5
56	3	5	2	3	2	2
57	7	2	7	5	7	7
58	5	3	5	5	5	4
59	6	3	5	7	5	7
60	4	4	5	4	4	3
61	3	7	2	2	2	3
62	2	5	2	4	1	1
63	3	1	3	6	4	6
64	2	6	3	2	5	2
65	5	1	6	7	7	6

Annexe n°5. Résultats de chaque enfant, à chacun des 65 items lors du « tri forcé »

Annexe n°6. Scores moyens obtenus pour chaque prototype, à chacun des 65 items lors du « tri forcé » pour la population témoin.

POPULATION TÉMOIN				
SCORE MOYEN À CHAQUE ITEM ET POUR CHAQUE PROTOTYPE				
ITEMS	PROTOTYPE SECURE	PROTOTYPE DESACTI- VATION	PROTOTYPE HYPER- ACTIVATION	PROTOTYPE DÉSORGANISÉ
1	2	6	3	6
2	3	5	4	5
3	4	4	5	4
4	2	6	1	4
5	6	2	7	4
6	1	7	1	4
7	5	4	7	3
8	4	2	3	3
9	5	5	4	2
10	4	2	4	2
11	4	4	5	3
12	7	2	3	4
13	4	4	5	6
14	3	3	5	5
15	5	2	5	7
16	5	4	2	2
17	5	3	3	4
18	4	3	5	4
19	4	5	4	5
20	3	6	5	4
21	4	4	6	3
22	6	1	5	5
23	5	3	3	4
24	5	5	2	2
25	7	3	3	4
26	6	3	4	5
27	6	3	2	3
28	7	1	1	3
29	6	2	6	4
30	2	6	3	4
31	5	3	4	2
32	3	4	5	7
33	3	4	6	6
34	5	3	7	3
35	4	4	1	1
36	1	7	7	6
37	1	7	6	6
38	7	1	6	5
39	3	3	5	7
40	3	5	4	6
41	3	5	2	6

42	7	1	3	3
43	2	6	7	5
44	4	5	2	1
45	4	4	4	4
46	6	1	4	5
47	2	6	5	6
48	4	5	3	1
49	3	5	5	5
50	4	4	4	4
51	4	4	4	4
52	3	5	3	1
53	5	3	3	2
54	3	4	6	7
55	2	6	2	3
56	5	3	2	2
57	2	5	6	7
58	3	5	4	5
59	2	6	3	5
60	4	4	4	4
61	6	2	4	3
62	5	4	4	1
63	1	7	1	3
64	6	2	6	3
65	1	7	2	5

Annexe 6. Scores moyens obtenus pour chaque prototype, à chacun des 65 items lors du « tri forcé » pour la population témoin.

Annexe n°7 et 8 : Grilles de cotation pour l'analyse du contenu du jeu de l'enfant, pour les formules à 3 et à 7 échelles, par la procédure des « cartes pour le complément d'histoire » (CCH).

• **FORMULE À SEPT ÉCHELLES.**

1- COLLABORATION

Items cotant pour l'échelle « collaboration » en score positif et en scores inverse :

Items calculés en score positif
Item n°21- L'enfant comprend rapidement la tâche proposée.
Item n°22- L'enfant décrit ou commente l'état émotionnel des personnages ou le rend explicite par la manipulation.
Item n°23- L'enfant décrit verbalement ses actions, il les commente et les justifie.
Item n°28- L'enfant entre aisément en relation avec l'expérimentateur.
Item n°34- L'enfant maintient l'intérêt pour la tâche proposée tout au long de la session.
Item n°35- L'enfant met en scène ou verbalise des résolutions aux situations présentées (il y a un narratif).
Item n°38- L'enfant prête clairement des émotions aux personnages (par exemple, projection d'émotions trahies par l'expression faciale, le ton de la voix...) ; éventuellement les personnages réagissent aux émotions des autres personnages.
Item n°42- L'enfant répond avec plaisir explicite, est gai.
Item n°46- L'enfant s'investit beaucoup dans la situation (par exemple, il adapte les mouvements des personnages à l'histoire, il change le ton de la voix selon les personnages et la narration ; les réponses sont médiatisées par le jeu mais vivantes).
Item n°53- Les différentes histoires sont complétées avec facilité, fluidité et cohérence.
Item n°60- L'enfant élabore un narratif (verbal et/ou scénique) plutôt que de rester muet ou de manipuler le matériel sans symbolisation.
Items calculés en score inversé
Item n°1- Absence de narratif ; l'enfant reste inhibé face au matériel, à la situation ; refus.
Item n°19- L'enfant commence souvent des phrases sans les terminer.
Item n°20- L'enfant complète les histoires seulement après avoir été encouragé par l'expérimentateur (il peut mettre en scène mais a besoin de stimulation).
Item n°30- L'enfant évite de compléter les histoires proposées (il change de sujet de discussion, il demande l'histoire suivante, répond « je ne sais pas », que rien ne va se passer...).
Item n°36- L'enfant montre des comportements d'anxiété : gestes, actions indiquant une appréhension ou une crainte (par exemple, comportements auto-calmants comme se balancer, sucer son pouce) ; actions compulsives.
Item n°37- L'enfant montre des expressions de timidité lorsqu'il parle ; retenue dans les gestes lorsqu'il manipule le matériel.
Item n°43- L'enfant répond principalement par « oui » et « non » aux questions de l'expérimentateur, il ne s'engage pas dans une narration.
Item n°49- Le langage de l'enfant est peu compréhensible (par exemple, il vocalise sans articuler, onomatopées, etc.).
Item n°55- Lorsqu'un thème négatif est introduit, l'enfant décrit les personnages comme étant inactifs (par exemple, il dit que le personnage – enfant va se coucher...).

Item n°59- Malgré les encouragements de l'expérimentateur pour continuer, l'enfant persiste à répondre « Je ne sais pas », à résister, à éviter (par exemple, détourner son attention sur les objets).

Item n°63- (Réunion) L'enfant évite la scène, pense à autre chose, digresse.

	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item
Score	21	22	23	28	34	35	38	42	46	53	60	
+												
Score	1	19	20	30	36	37	43	49	55	59	63	
-												

Annexe 7. Modèle de tableau avec score à déterminer en fonction des résultats de l'enfant.

2- REPRÉSENTATION DE SOUTIEN PARENTAL

Items cotant pour l'échelle « soutien parental » en score positif et en scores inverse :

Items calculés en score positif	
Item n°10-	Face aux sentiments négatifs évoqués dans l'histoire (sentiments de peur, de douleurs...), l'enfant fait intervenir les figures parentales quel que soit leur rôle : protecteur ou non.
Item n°24-	L'enfant différencie adéquatement les générations (rôle des parents et des enfants).
Item n°25-	Les figures parentales sont présentées selon des facettes différentes et changeantes.
Item n°27-	L'enfant donne une image des figures parentales comme étant disponibles (accessibles, sensibles, prévisibles et adéquates).
Item n°44-	L'enfant restitue des images globalement positives des parents (par exemple, il leur attribue des comportements d'affection, de chaleur, de soins, d'attention).
Item n°56-	Lorsqu'un thème négatif est introduit, l'enfant évoque un comportement de soutien de la part des figures parentales.
Item n°61-	Les parents sont décrits comme normalement protecteurs/réparateurs/ autoritaires.
Items calculés en score inversé	
Item n°2-	Dans le jeu ou la manipulation, l'enfant évite les figures parentales ; joue avec les personnages enfants à la place de jouer avec les personnages adultes.
Item n°13-	L'enfant attribue à un personnage enfant un rôle de « réparateur » (réponse de réconfort et d'aide) plutôt que de l'attribuer aux personnages parentaux (au moins une fois).
Item n°14-	L'enfant attribue aux figures parentales des comportements de surprotection ou d'intrusion.
Item n°17-	L'enfant attribue des rôles et des sentiments différents au père et à la mère.
Item n°54-	Les rôles parent - enfant sont inversés (par exemple, l'enfant prend soin des parents ; il s'attribue au rôle parental ; les parents sont infantilisés, recherchent le réconfort, etc.).
Item n°58-	Lorsque l'enfant évoque des comportements de protection/réconfort de la part des parents, il montre des comportements d'excitation, d'expressions exagérément positives, des transformations en thème négatif.

	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item
Score	10	24	25	27	44	56	61
+							
Score	2	13	14	15	17	54	58
-							

Annexe 7. Modèle de tableau avec score à déterminer en fonction des résultats de l'enfant

3- NARRATIF POSITIF

Items cotant pour l'échelle « narratif positif » en score positif et en scores inverse :

Items calculés en score positif	
Item n°26-	L'enfant propose des résolutions originales plutôt que des suites conventionnelles et attendues.
Item n°35-	L'enfant met en scène ou verbalise des résolutions aux situations présentées (il y a un narratif).
Item n°44-	L'enfant restitue des images globalement positives des parents (par exemple il leur attribue des comportements d'affection, de chaleur, de soins, d'attention).
Item n°48-	La tonalité globale des émotions est positive (dominance de plaisir, joie, etc.).
Item n°53-	Les différentes histoires sont complétées avec facilité, fluidité et cohérence.
Item n°62-	(Réunion) Le comportement de l'enfant ne devient pas désorganisé ou
Item n°64-	(Réunion) L'enfant exprime de la joie (ou d'autre affect positif) de la part des personnages - enfants.
Items calculés en score inversé	
Item n°32-	L'enfant évoque des comportements d'agression et/ou de destruction (par exemple punitions sévères).
Item n°39-	L'enfant provoque des événements négatifs (par exemple, frappe les personnages) au lieu de résoudre l'histoire.

	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item
Score	26	35	44	48	53	62	64
+							
Score	32	39					
-							

Annexe 7. Modèle de tableau avec score à déterminer en fonction des résultats de l'enfant.

4- EXPRESSION D'AFFECTS APPROPRIÉS

Items cotant pour l'échelle « narratif positif » en score positif et en scores inverse :

Items calculés en score positif	
Item n°22-	L'enfant décrit ou commente l'état émotionnel des personnages ou le rend explicite par la manipulation.
Item n°31-	L'enfant évoque des affects (colère, excitation, peur...) qui sont médiatisés par le jeu (ne jette pas, par exemple, le matériel par terre ou ne tape pas les figurines contre la table).
Item n°38-	L'enfant prête clairement des émotions aux personnages (par exemple, projection d'émotions trahies par l'expression faciale, le ton de la voix...) ; Éventuellement les personnages réagissent aux émotions des autres personnages.
Items calculés en score inversé	
Item n°40-	L'enfant réagit au thème négatif contenu dans l'histoire par une expression positive inadéquate (rire, sadisme, persécution...).
Item n°47-	L'expression émotionnelle et/ou la mimique du visage sont en désaccord avec le contenu de l'histoire.

	Item	Item	Item
Score	22	31	38
+			
Score	40	47	
-			

Annexe 7. Modèle de tableau avec score à déterminer en fonction des résultats de l'enfant.

5- RÉACTION A LA SÉPARATION

Items cotant pour l'échelle « narratif positif » en score positif et en scores inverse :

Items calculés en score positif	
Item n°5- (Départ) L'enfant évoque un sentiment lié à la séparation (perte, anxiété, tristesse, désir de retour).	
Items calculés en score inversé	
Item n°4- (Départ) Face à la séparation, l'enfant reste inactif (par exemple, l'enfant pleure ou reste dans son lit, il dort quand les parents partent).	
Item n°6- (Départ) L'enfant fait face à l'absence des parents et ne tente pas d'empêcher la séparation (par exemple ; il joue avec la grand-mère, demande quand les parents reviennent, etc....).	
Item n°7- (Départ) Les personnages restent ensemble dans l'attente du retour.	
Item n°41- L'enfant reconnaît le thème de l'histoire et propose ou non une résolution.	

	Item	Item	Item	Item
Score	5			
+				
Score	4	6	7	41
-				

Annexe 7. Modèle de tableau avec score à déterminer en fonction des résultats de l'enfant.

6- DISTANCE SYMBOLIQUE

Items cotant pour l'échelle « narratif positif » en score positif et en scores inverse :

Items calculés en score positif	
Item n°9- Il y a une distance symbolique claire entre l'enfant et le personnage du jeu (par exemple ; il ne dit pas « je » au lieu de « il » ou « elle » lorsqu'il parle des personnages).	
Item n°12- Les personnages réagissent de façon appropriée aux émotions des autres personnages, ils ne les ignorent pas.	
Item n°31- L'enfant évoque des affects (colère, excitation, peur...) qui sont médiatisés par le jeu (ne jette pas, par exemple, le matériel par terre ou ne tape pas les figurines contre la table).	
Item n°51- Les actions restent symbolisées. L'enfant fait jouer les personnages plutôt que de se comporter comme s'il était lui-même un des personnages.	

	Item	Item	Item	Item
+	9	12	31	51
Score				
-				
Score				

Annexe 7. Modèle de tableau avec score à déterminer en fonction des résultats de l'enfant.

7- FAIBLE COMPÉTENCE NARRATIVE

Items cotant pour l'échelle « faible compétence narrative » en score positif et en scores inverse :

Items calculés en score positif	
Item n°49-	Le langage de l'enfant est peu compréhensible (par exemple, il vocalise sans articuler, onomatopées, etc.).
Item n°55-	Lorsqu'un thème négatif est introduit, l'enfant décrit les personnages comme étant inactifs (par exemple, il dit que le personnage « enfant va se coucher »...).
Items calculés en score inverse	
Item n°21-	L'enfant comprend rapidement la tâche proposée.
Item n°35-	L'enfant met en scène ou verbalise des résolutions aux situations présentées (il y a un narratif).
Item n°53-	Les différentes histoires sont complétées avec facilité, fluidité et cohérence.

	Item	Item	Item
Score +	19	49	55
Score -	21	35	53

Annexe 7. Modèle de tableau avec score à déterminer en fonction des résultats de l'enfant

TEMS HORS COTATION :

3	8	11	16	18	29	33	45	50	52	57	65
---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

○ FORMULE À TROIS ÉCHELLES

1- MENTALISATION

Items cotant pour l'échelle « mentalisation » en score positif et en scores inverse :

Items calculés en score positif											
Item n°22- L'enfant décrit ou commente l'état émotionnel des personnages ou le rend explicite par la manipulation.											
Item n°23- L'enfant décrit verbalement ses actions, il les commente et les justifie.											
Item n°28- L'enfant entre aisément en relation avec l'expérimentateur.											
Item n°29- L'enfant établit des liens entre les personnages (liens de proximité...) ou des interactions entre les personnages.											
Item n°34- L'enfant maintient l'intérêt pour la tâche proposée tout au long de la session.											
Item n°38- L'enfant prête clairement des émotions aux personnages (par exemple, projection d'émotions trahie par l'expression faciale, le ton de la voix...) ; éventuellement les personnages réagissent aux émotions des autres personnages.											
Item n° 42- L'enfant répond avec plaisir explicite et est gai.											
Item n°46- L'enfant s'investit beaucoup dans la situation (par exemple, il adapte les mouvements des personnages à l'histoire, il change le ton de la voix selon les personnages et la narration ; les réponses sont médiatisées par le jeu et vivantes).											
Item n°60- L'enfant élabore un narratif (verbal et/ou scénique) plutôt que de rester muet ou de manipuler le matériel sans symbolisation.											
Items calculés en score inversé											
Item n° 1- Absence de narratif ; l'enfant reste inhibé face au matériel, à la situation ; refus.											
Item n°19- L'enfant commence souvent des phrases sans les terminer.											
Item n°20- L'enfant complète les histoires seulement après avoir été encouragé par l'expérimentateur (il peut mettre en scène mais a besoin de stimulation).											
Item n°30- L'enfant évite de compléter les histoires proposées (il change de sujet de discussion, il demande l'histoire suivante, répond « je ne sais pas », que rien ne va se passer...).											
Item n°36- L'enfant montre des comportements d'anxiété : gestes, actions indiquant une appréhension ou une crainte (par exemple, comportements auto-calmants : comme se balancer, sucer son pouce) : actions compulsives.											
Item n°37- L'enfant montre des expressions de timidité lorsqu'il parle ; retenue dans les gestes ou lorsqu'il manipule le matériel.											
Item n°43- L'enfant répond principalement par « oui » et « non » aux questions de l'expérimentateur, il ne s'engage pas dans une narration.											
Item n°49- Le langage de l'enfant est peu compréhensible (par exemple, il vocalise sans articuler, onomatopées, etc.).											
Item n°55- Lorsqu'un thème négatif est introduit, l'enfant décrit les personnages comme étant inactifs (par exemple, il dit que le personnage « enfant » va se coucher...).											
Item n°59- Malgré les encouragements de l'expérimentateur pour continuer, l'enfant persiste à répondre « Je ne sais pas », à résister, à éviter (par exemple, détourner son attention sur les objets).											
Item n°63- (Réunion) L'enfant évite la scène, pense à autre chose, digresse.											

	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item
Score	22	23	28	29	34	38	42	46	60		
+											
Score	1	19	20	30	36	37	43	49	55	59	63
-											

Annexe 8. Modèle de tableau avec score à déterminer en fonction des résultats de l'enfant

2- RÉSOLUTION

Items cotant pour l'échelle « résolution » en score positif et en scores inverse :

Items calculés en score positif :										
Item n°8- (Départ) Les sentiments liés à la séparation sont entièrement évoqués dans le jeu narratif scénique.										
Item n°9- Il y a une distance symbolique claire entre l'enfant et le personnage du jeu (par exemple : il ne dit pas « je » au lieu de « il » ou « elle » lorsqu'il parle des personnages).										
Item n°26- L'enfant propose des résolutions originales plutôt que des suites conventionnelles et attendues.										
Item n°31- L'enfant évoque des affects (colère, excitation, peur...) qui sont médiatisés par le jeu (ne jette pas, par exemple, le matériel par terre ou ne tape pas les figurines contre la table).										
Item n°35- L'enfant met en scène ou verbalise des résolutions aux situations présentées (il y a un narratif).										
Item n°48- La tonalité globale des émotions est positive (dominance de plaisir, joie, etc.).										
Item n°51- Les actions restent symbolisées. L'enfant fait jouer les personnages plutôt que de se comporter comme s'il était lui-même un des personnages.										
Item n°52- Les attitudes parentales coercitives (punitions, disciplines, colère, etc.) sont exprimées de façon ni violente ni extrême.										
Item n°53- Les différentes histoires sont complétées avec facilité, fluidité et cohérence.										
Item n°62- (Réunion) Le comportement de l'enfant ne devient pas désorganisé ou incohérent.										
Items calculés en score inversé										
Item n°32- L'enfant évoque des comportements d'agression et/ou de destruction (par exemple punitions sévères).										
Item n°39- L'enfant provoque des événements négatifs (par exemple frappe les personnages) au lieu de résoudre l'histoire.										
Item n°40- L'enfant réagit au thème négatif contenu dans l'histoire par une expression positive inadéquate (rire, sadisme, persécution...).										
Item n°47- L'expression émotionnelle et/ou la mimique du visage sont en désaccord avec le contenu de l'histoire.										
Item n°57- Lorsque des conflits sont évoqués (par exemple, un conflit entre parents et enfants), la résolution est bloquée, perturbée (excitation, etc..).										
Item n°33- L'enfant évoque des sentiments de peur, de crainte ou d'anxiété à l'égard des figures parentales (ou d'une figure parentale ; par exemple : l'enfant part se cacher lorsque le père le réprime).										

	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item
Score	8	9	26	31	35	48	51	52	53	62
+										
Score	32	39	40	47	57					
-										

Annexe 8. Modèle de tableau avec score à déterminer en fonction des résultats de l'enfant

3- PARENTALITÉ

Items cotant pour l'échelle « parentalité » en score positif et en scores inverse :

Items calculés en score positif :								
Item n°10- Face aux sentiments négatifs évoqués dans l'histoire (sentiments de peur, de douleurs...), l'enfant fait intervenir les figures parentales quel que soit leur rôle : protecteur ou non.								
Item n°24- L'enfant différencie adéquatement les générations (rôle des parents et des enfants).								
Item n°25- Les figures parentales sont présentées selon des facettes différentes et changeantes.								
Item n°27- L'enfant donne une image des figures parentales comme étant disponibles (accessibles, sensibles, prévisibles et adéquates).								
Item n°44- L'enfant restitue des images globalement positives des parents (par exemple il leur attribue des comportements d'affection, de chaleur, de soins, d'attention).								
Item n°56- Lorsqu'un thème négatif est introduit, l'enfant évoque un comportement de soutien de la part des figures parentales.								
Item n°61- Les parents sont décrits comme normalement protecteurs/réparateurs/ autoritaires.								
Items calculés en score inversé :								
Item n°17- L'enfant attribue des rôles et des sentiments différents au père et à la mère.								
Item n°54- Les rôles parent-enfant sont inversés (par exemple, l'enfant prend soin des parents ; il s'attribue un rôle parental ; les parents sont infantilisés : recherche de réconfort, etc.)								
Item n°58- Lorsque l'enfant évoque des comportements de protection/réconfort de la part des parents, il montre de son côté, des comportements d'excitation, d'expressions exagérément positives, des transformations en thème négatif.								

	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item
Score +	10	24	25	27	44	56	61	
Score -	2	13	14	15	17	33	54	58

Annexe 8. Modèle de tableau avec score à déterminer en fonction des résultats de l'enfant

ITEMS HORS COTATION :

3	4	5	6	7	11	12
16	18	21	41	45	50	64
65						

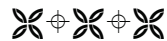


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

