



L'orientation mentale : Un facteur explicatif de l'augmentation de la sensibilité maternelle suite à l'Intervention Relationnelle

Mémoire doctoral

Clarice Huard

Doctorat en psychologie
Docteure en psychologie (D. Psy.)

Québec, Canada

**L'orientation mentale : un facteur explicatif de
l'augmentation de la sensibilité maternelle suite à
l'Intervention Relationnelle**

Mémoire doctoral

Clarice Huard

Sous la direction de :

George Tarabulsy, directeur de recherche

Résumé

La théorie de l'attachement est un paradigme incontournable pour la compréhension du développement de l'enfant et des interactions parent-enfant. En 2011, une stratégie d'intervention basée sur ces principes, intitulée Intervention Relationnelle (IR), a été implantée dans cinq Centres Jeunesse au Québec, Canada. Une étude a été réalisée afin d'évaluer son efficacité. Les résultats montrent une augmentation significative de la sensibilité maternelle suite à l'intervention (Tarabulsy et al., 2016). Toutefois, aucun facteur pouvant expliquer ce changement n'est identifié. Des études suggèrent que la capacité du parent à déchiffrer adéquatement et à commenter les états mentaux de l'enfant - l'orientation mentale- influence de façon importante la sensibilité parentale (Meins et al., 2001).

L'objectif de cette étude est d'examiner si l'orientation mentale constitue un facteur médiateur de la relation entre l'exposition à l'IR et la sensibilité parentale. Elle évalue également les effets modérateurs des symptômes dépressifs et de trauma chez le parent. L'échantillon est constitué de 66 dyades parent-enfant suivies par la protection de la jeunesse. La version courte du Q-sort de comportement maternel est utilisée pour mesurer la sensibilité parentale (Tarabulsy et al., 2009). L'orientation mentale est évaluée par la méthode observationnelle (Meins et Fernyhough, 2015).

Le modèle de médiation s'est révélé non significatif. Toutefois, les effets directs de l'IR sur la sensibilité parentale et l'orientation mentale se sont révélés significatifs. L'IR semble donc avoir des effets bénéfiques sur ces deux caractéristiques parentales. Une corrélation bivariée significative est également obtenue entre l'orientation mentale et la sensibilité parentale. Les symptômes dépressifs et de trauma ont une influence modératrice sur la relation entre l'IR et la sensibilité parentale. Les effets de l'IR sur la sensibilité parentale sont d'autant plus marqués lorsque les parents présentent des symptômes dépressifs et de trauma. Ces résultats sont mis en relation avec les implications cliniques et les limites de l'étude.

Abstract

Attachment theory has become a key conceptual paradigm in understanding the child's development and parent-child interactions. In 2011, an attachment-based video-feedback intervention strategy (AVI) was implemented in child protection services across five regions in Quebec, Canada. A study was conducted to evaluate its effectiveness. Results showed a significant increase in parental sensitivity for the group exposed to the intervention (Tarabulsy et al. 2016). However, this study does not identify factors that may explain the change in parental sensitivity. Research suggests that the ability to adequately consider and comment the child's mental states - Mind-Mindedness – may greatly influence parental sensitivity (Meins et al., 2001).

The objective of this study is to examine whether Mind-Mindedness mediates the relationship between exposure to AVI and parental sensitivity. This project also assesses whether parental depressive and trauma symptoms are moderating factors in this relationship. The sample consists of 66 parent-child dyads, which are followed by child welfare. The short version of the Maternal Behavior Q-sort was used to measure parental sensitivity (Tarabulsy et al., 2009). Mind-Mindedness was assessed using the observational method (Meins & Fernyhough, 2015).

The mediation model was found to be non-significant. Mind-Mindedness did not mediate the relationship between intervention and parental sensitivity in our sample. The direct effects of the intervention on parental sensitivity and on Mind-Mindedness were significant. Thus, AVI appears to have positive effects on these two parental characteristics. Results showed positive correlations between Mind-Mindedness and parental sensitivity. Subsequently, Parent mental health variables moderated the relationship between AVI and maternal sensitivity. The results indicate that AVI has a greater effect on maternal sensitivity when parents have depressive and trauma symptoms. These results are discussed in regard to the clinical implications and the limitations of the study.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract.....	iii
Table des matières	iv
Liste des figures.....	vi
Liste des tableaux.....	vii
Liste des abréviations	viii
Remerciements.....	ix
Introduction	1
Chapitre 1 : Contexte théorique	2
Théorie de l'attachement.....	2
La sensibilité maternelle	4
L'attachement, la sensibilité maternelle et le développement de l'enfant.	6
La sensibilité maternelle et la santé mentale du parent : Symptômes dépressifs et symptômes de trauma.	6
Programmes d'intervention fondés sur l'attachement et leurs retombées.....	8
Implantation de l'Intervention Relationnelle au niveau des services sociaux québécois.	11
Principaux résultats de l'évaluation de l'Intervention Relationnelle en contexte de services sociaux québécois.	12
L'orientation mentale	13
Autres concepts liés à la métacognition du parent.	13
Fondements théoriques et conceptuels de l'orientation mentale.	14
L'orientation mentale, la sensibilité maternelle et la sécurité d'attachement.	16
L'orientation mentale et la santé mentale du parent : symptômes dépressifs et symptômes de trauma.	20
Chapitre 2 Objectifs et hypothèses de l'étude	23
Chapitre 3 Méthode	25
Procédure.....	25
Participants.....	26
Mesures.....	27
Orientation mentale.	27
Sensibilité parentale interactive.	28
Symptômes de dépression.	29
Symptômes liés au trauma.	29
Chapitre 4 Résultats	30
Analyses préliminaires.....	30

Données descriptives des variables en fonction du groupe d'appartenance	30
Associations bivariées entre les variables d'intérêt	30
Relation entre l'exposition à l'IR et la sensibilité maternelle	31
Analyses de médiation	32
Analyses de modération	32
Modérateurs de la relation IR-SM	33
Modérateurs de la relation IR-OM	34
Chapitre 5 Discussion	35
Relations entre l'Intervention Relationnelle, la sensibilité parentale et l'orientation mentale	36
L'Intervention Relationnelle et la sensibilité parentale	36
L'Intervention Relationnelle et l'orientation mentale	36
La sensibilité parentale et l'orientation mentale	38
Le modèle de médiation IR – OM – SM	39
Les associations avec les variables de santé mentale : Symptômes dépressifs et symptômes de trauma .	40
Liens modérateurs de la relation entre l'IR et la SM	41
Liens modérateurs de la relation entre l'IR et l'OM	42
Conclusion	43
Bibliographie	45
Annexe A Description détaillée du programme d'intervention : L'Intervention Relationnelle (IR)	54
Contexte d'implantation	54
Familles vulnérables, maltraitance et l'Intervention Relationnelle	54
Le programme d'intervention	55
Structure des rencontres	55
Principaux objectifs de l'IR	56

Liste des figures

Figure 1. Modèle proposé pour l'OM en tant que médiateur de la relation entre l'IR et la SM.	23
Figure 2. Relation entre la sensibilité parentale et les symptômes de dépression chez les parents en fonction du groupe d'appartenance.	33
Figure 3. Relation entre la sensibilité parentale et les symptômes de trauma chez le parent en fonction du groupe d'appartenance.	34
Figure 4. Nouveau modèle proposé pour illustrer l'effet de l'IR sur la sensibilité parentale et l'orientation mentale.	40

Liste des tableaux

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	26
Tableau 2 Étapes de la codification de l'orientation mentale	28
Tableau 3 Statistiques descriptives des variables d'intérêt en fonction du groupe d'appartenance	30
Tableau 4 Corrélations bivariées entre les variables d'intérêts de l'étude	31
Tableau 5 Analyse de variance de la sensibilité parentale en fonction de l'exposition à l'IR	31
Tableau 6 Sommaire des résultats de l'analyse de médiation impliquant les commentaires appropriés vers les états mentaux de l'enfant (OM+) comme médiateur de la relation entre l'intervention relationnelle et la sensibilité parentale	32
Tableau 7 Sommaire des résultats de l'analyse de médiation impliquant les commentaires non appropriés vers les états mentaux de l'enfant (OM-) comme médiateur de la relation entre l'intervention relationnelle et la sensibilité parentale	32

Liste des abréviations

CJ : Centre Jeunesse

IR : Intervention Relationnelle

OM : Orientation mentale

OM+ : Commentaires appropriés aux états mentaux de l'enfant

OM- : Commentaires inappropriés aux états mentaux de l'enfant

PJ : Protection de la jeunesse

SM : Sensibilité maternelle

Remerciements

Le dépôt de ce mémoire doctoral est un moment particulièrement important. Il représente non seulement la publication d'une étude qui contribue à l'avancement des connaissances scientifiques, mais représente également l'aboutissement de quatre années d'engagement professionnel et personnel. L'espace de ces quelques lignes, je souhaite remercier plusieurs personnes qui ont été présentes et qui m'ont soutenue à travers ce cheminement.

J'aimerais tout d'abord remercier mon directeur de recherche, monsieur George Tarabulsy. Je le remercie d'avoir été à l'écoute de mes intérêts de recherche et de mes intérêts cliniques. La réalisation de la présente étude fut très stimulante. Je le remercie également pour sa confiance et son soutien ainsi que pour ces nombreuses discussions lors desquelles il a su transmettre sa passion pour le domaine de l'attachement, du développement de l'enfant et de l'intervention. Je le remercie pour les diverses opportunités qui m'ont permis de poursuivre mon développement professionnel. Je souhaite remercier monsieur Jean-Pascal Lemelin, membre de mon comité d'encadrement, pour ses rétroactions, ses suggestions ainsi que ses réflexions qui ont su enrichir mon mémoire doctoral. Je remercie également Karine Gagné pour son aide et pour nos discussions sur le concept de l'orientation mentale.

Je tiens à remercier Marlène pour son amour et son soutien inconditionnel à travers tous mes projets. Je la remercie pour ses encouragements et pour son intérêt envers mes apprentissages et l'avancement de ma recherche. Merci à William pour tous ces débats d'idées. Je remercie également Pascal d'avoir été à mes côtés toutes ces années et pour son écoute, son soutien et ses encouragements. Merci à mes collègues Lidia et Andrée-Anne pour votre amitié et votre bienveillance. Finalement, j'aimerais remercier mes collègues du laboratoire de George Tarabulsy avec qui j'ai toujours beaucoup de plaisir à discuter.

Introduction

Les études empiriques ont montré, à maintes reprises, que la sécurité d'attachement est primordiale pour le développement de l'enfant (van IJzendoorn, Dijkstra et Bus, 1995; Lemelin, Tarabulsy et Provost, 2006; Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn et al., 2010; Cooke, Stuart-Parrigon, Movahed-Abtahi, 2016). Il est également bien établi que la sensibilité parentale est l'un des vecteurs des soins parentaux qui favorise le développement de la sécurité d'attachement (de Wolff & van IJzendoorn, 1997; Meins, Fernyhough, Fradley et al., 2001; Pederson Bailey, Tarabulsy et al., 2014). La sensibilité parentale est la capacité parentale à décoder les signaux de l'enfant ainsi qu'à y répondre de façon prévisible, cohérente et chaleureuse (Ainsworth, Bell et Stayton, 1971; Ainsworth, Blehar, Maters et ses collaborateurs, 1978). À la lumière de ces résultats, de nombreux programmes d'intervention basés sur les principes de l'attachement, ciblant principalement la sensibilité parentale, ont été créés (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn et Juffer, 2003). Au Québec, un programme d'intervention basé sur les principes de la théorie de l'attachement, intitulé l'Intervention Relationnelle, s'est montré efficace pour augmenter la sensibilité parentale auprès de familles suivies en protection de la jeunesse (Tarabulsy, Baudry, Pearson et al. 2016).

L'étude actuelle se penche sur les mécanismes qui sous-tendent ce changement au niveau de la sensibilité parentale. Un nombre grandissant d'études montre que l'orientation mentale influence la sensibilité parentale et semble jouer un rôle important dans le développement de la sécurité d'attachement (McMahon et Bernier, 2017; Zeegers et al., 2017). L'orientation mentale est la capacité du parent à considérer et interpréter de façon adéquate les états mentaux de l'enfant (Meins et al., 2001). Ainsi, l'étude actuelle vise à examiner si l'orientation mentale permet d'expliquer ce changement au niveau de la sensibilité parentale suite à l'exposition à l'Intervention Relationnelle. Elle vise également à étudier l'influence des symptômes dépressifs et de trauma sur ces caractéristiques parentales.

Ce mémoire doctoral est divisé en cinq chapitres. Le chapitre 1 présente une recension de la littérature sur les domaines de l'attachement, de la sensibilité parentale, des programmes d'intervention basés sur les principes d'attachement et de l'orientation mentale. Les écrits scientifiques concernant l'influence des symptômes dépressifs et de trauma du parent sur la sensibilité parentale et sur l'orientation mentale sont également rapportés. Le chapitre 2 présente les objectifs de l'étude ainsi que les hypothèses. Le chapitre 3 présente la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude. Le chapitre 4 présente les résultats obtenus. Le chapitre 5 offre une discussion des hypothèses explorées et des résultats obtenus. Cette discussion intègre également des considérations cliniques importantes. Finalement, le mémoire doctoral termine sur une conclusion présentant les limites de l'étude ainsi que des pistes de recherche futures pour le domaine.

Chapitre 1 : Contexte théorique

Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement a été initialement proposée par Bowlby à partir des années 1960. Cette théorie propose que les enfants possèdent un répertoire de comportements d'attachement visant à atteindre ou à maintenir la proximité de la personne prodiguant les soins à des fins de survie (Bowlby, 1969). En début de vie, l'enfant se trouve dans un état de grande vulnérabilité et utilise ces comportements d'attachement pour assurer la proximité physique et affective avec sa figure de soins principale. Ils sont innés et font référence à des comportements comme pleurer, suivre, agripper, sourire, etc. (Bowlby, 1969).

La relation d'attachement entre l'enfant et sa figure de soins se développe graduellement dès les premières interactions avec l'enfant. Bowlby (1969) avance que les douze premiers mois de vie sont cruciaux pour le développement de la relation d'attachement. La qualité de ces interactions quotidiennes est primordiale pour construire ce lien privilégié et durable entre le parent et l'enfant. L'enfant vient à moduler ses comportements d'attachement en fonction des réponses du parent et en fonction des situations dans lesquelles il se trouve. De plus, le développement de cette relation privilégiée se poursuit au-delà des premiers mois de vie de l'enfant. Au fil de ces interactions avec sa figure de soins, l'enfant consolidera des patrons relationnels durables, appelés modèles internes opérants (Bowlby, 1969).

Au cours des interactions contingentes, l'enfant développe une confiance envers la disponibilité et la fiabilité du parent (Ainsworth, 1969; Ainsworth, Bell et Stayton, 1971). La figure de soins devient graduellement une « base sécurisante » pour l'enfant. Introduit par Ainsworth et ses collègues (1971), le concept de « base sécurisante » renvoie au fait que l'enfant est en mesure de bien explorer son environnement si son système d'attachement n'est pas activé, et pour cela, il a besoin de savoir que sa figure de soins répondra en cas de détresse ou de difficultés (Ainsworth, 1969). En effet, s'inspirant de la théorie éthologique des systèmes comportementaux (voir Leedom, 2014 pour une recension), Bowlby (1969) a proposé que deux systèmes guident la manière dont l'enfant organise ses comportements relationnels. Ces systèmes s'activent en alternance : le système d'attachement et le système d'exploration. Le système d'attachement, aussi appelé système d'alarme, s'active si l'enfant est en détresse ou s'il perçoit une trop grande distance entre lui et le donneur de soins, faisant en sorte que ses comportements s'organiseront dans le but de réduire la distance et se rapprocher de sa figure d'attachement. Lorsque l'enfant est en sécurité, le système d'exploration est activé et l'enfant s'oriente davantage vers son environnement, le jeu et la compréhension de son milieu immédiat (Bowlby, 1969). Selon cette perspective, le développement et le maintien d'une relation sécurisante avec sa

figure de soins sont particulièrement importants pour le développement global et l'adaptation psychologique de l'enfant (Bowlby, 1969).

Ainsworth, Blehar, Maters et ses collaborateurs (1978) ont développé une méthode observationnelle pour évaluer la sécurité de l'attachement à la petite enfance. La « situation étrangère » est une procédure standardisée en laboratoire qui permettait initialement d'identifier trois types d'attachement parent-enfant, soit l'attachement sécure, insécure-ambivalent et insécure-évitant. À travers cette procédure, deux courtes séparations suivies de réunions sont observées afin d'évaluer les patrons d'attachement. L'enfant qui a un attachement sécure signale sa détresse lors des moments de séparation. Cette détresse est répondue par le parent lors des réunions, ce qui a pour résultat d'apaiser pleinement l'enfant. L'enfant ayant un attachement insécure-ambivalent manifeste sa détresse, recherche le contact avec le parent et tente d'être réconforté. Cependant, le contact avec le parent semble peu efficace et ne réconforte pas pleinement l'enfant, ce dernier pouvant se mettre en colère ou manifester de hauts niveaux de passivité. Les travaux fondés sur des observations d'interactions parent-enfant suggèrent que de tels modèles d'attachement sont attribuables à des délais importants avant une réponse parentale, peu de prévisibilité et parfois des réponses qui ne sont pas cohérentes avec les signaux que l'enfant manifeste (Pederson, Bailey, Tarabulsky et al., 2014; Tarabulsky, Tessier, Gagnon et al., 1996). Ainsi, ces enfants auront tendance à augmenter l'intensité de leurs signaux afin de s'assurer d'obtenir une réponse parentale. Dans le cas de l'attachement insécure-évitant, l'enfant manifeste une forte tendance à ne pas se référer au parent. L'enfant inhibe sa détresse tout au long de la procédure et peut même refuser les tentatives de rapprochement ou d'interaction initiées par le parent. Plusieurs chercheurs notent que dans le contexte d'interactions quotidiennes, ces enfants sont exposés à des parents qui répondent peu à leurs signaux et qui ont tendance à rejeter leur enfant lorsque ce dernier exprime ses besoins affectifs. Ces enfants peuvent être laissés seuls pendant de longues périodes ou peuvent avoir des parents qui interagissent en se préoccupant moins de leurs sentiments et de leurs émotions (Pederson et al., 2014).

Ainsworth et ses collaborateurs (1978) ont toutefois réalisé que certaines relations parent-enfant observées durant la situation étrangère ne concordaient pas avec l'un de ces trois types de patrons relationnels. Quelques années plus tard, Main et Solomon (1990) ont défini une quatrième catégorie, soit l'attachement désorganisé. L'enfant ayant un attachement désorganisé montre un patron de comportements inusités, qui semblent parfois contradictoires. Ce type d'attachement est surreprésenté dans les populations à haut risque psychosocial et suivies en protection de la jeunesse (PJ) (Cyr et Dubois-Comtois, 2014; Moss, Dubois-Comtois, Cyr et al., 2011; van IJzendoorn, Schuengel et Bakermans-Kranenburg, 1999). Les enfants de cette dernière catégorie ont des parents qui adoptent des comportements d'une grande insensibilité et qui peuvent même effrayer l'enfant. Plusieurs travaux montrent que ces parents ont plus souvent des problèmes de santé mentale,

proviennent de milieux souvent vulnérables ou ont été victimes de maltraitance (Savage, Tarabulsky, Pearson et al., 2019).

À travers leurs travaux, Ainsworth et ses collègues (1971; 1974) ont énormément contribué à l'évolution de la théorie de l'attachement en examinant les éléments clés des soins parentaux pouvant être associés au développement d'un attachement sécure chez l'enfant. La variable centrale au développement de l'attachement est, selon Ainsworth et ses collègues, la sensibilité maternelle.

La sensibilité maternelle

La sensibilité maternelle (SM) se définit comme étant l'aptitude maternelle à percevoir et interpréter de façon adéquate les signaux de son enfant, ainsi qu'à répondre de façon adéquate et contingente en considérant l'expérience subjective de l'enfant (Ainsworth et al., 1971; Pederson et al., 2014; Waters, Petters et Facompre, 2013).

Dans leurs premiers travaux, Ainsworth et ses collègues (1971) ont d'abord étudié quatre dimensions liées aux soins parentaux : la sensibilité, l'acceptation, la coopération et l'accessibilité. Ils ont rapporté que la sensibilité maternelle semble être la composante centrale qui prédit le mieux la sécurité d'attachement. Les autres dimensions seraient nécessaires, mais non suffisantes individuellement. À titre d'exemple, pour que le parent porte attention aux signaux de l'enfant, celui-ci doit être relativement accessible, tant au niveau physique qu'émotionnel, pour son enfant. Toutefois, le fait qu'il soit disponible aux signaux de l'enfant n'implique pas nécessairement que celui-ci répondra de façon adéquate. Ainsworth et ses collègues (1971) rapportent également qu'il existe des différences qualitatives dans les relations mère-enfant. L'enfant, par l'entremise des interactions précoces, vient à moduler et adapter son système de comportements d'attachement dans le but d'augmenter les chances d'obtenir une réponse de sa figure d'attachement. Dans une relation mère-enfant positive, ceci peut s'illustrer par une mère qui est attentive à ce qui apaise son enfant le plus rapidement lorsqu'il pleure et qui est constante dans ses réponses lorsque son enfant pleure. Dans une relation où la mère a tendance à émettre une réponse tardive, il semblerait que les jeunes enfants, entre 6 et 12 mois, aient tendance à pleurer plus fréquemment, avec une plus grande intensité et pour de plus longues durées (Ainsworth et al., 1971).

Ainsworth et ses collaborateurs (1978) ont ensuite identifié quatre composantes essentielles à la sensibilité maternelle : 1. l'attention portée aux signaux de l'enfant ; 2. l'interprétation adéquate de ces signaux ; 3. la réponse adéquate aux signaux ainsi que 4. la réponse constante, rapide et contingente à ces signaux. À titre d'exemple, un parent qui interprète et répond de façon inadéquate aux signaux de son enfant peut tenter de jouer avec son enfant qui pleure plutôt que de tenter de le prendre dans ses bras et de le réconforter ou

d'identifier la raison de ses pleurs. Ainsworth et ses collègues (1974) ont également observé des parents qui tentent de jouer avec leur enfant qui a faim ou qui est fatigué.

La sensibilité maternelle contribue à la réciprocité relationnelle entre le parent et l'enfant (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2012). L'enfant joue un rôle actif dans sa socialisation dès la naissance en interagissant avec ses parents. Notamment, le tempérament est identifié comme une caractéristique innée chez l'enfant qui teinte ses comportements et ses interactions sociales. Le tempérament réfère à la façon dont l'enfant réagit à son environnement et aux différents stimuli (Zeanah et Fox, 2004). Ainsi, l'interaction est modulée en fonction de l'enfant ainsi qu'en fonction de la capacité de la figure de soins – p.ex. à ajuster les paramètres de l'interaction afin d'apaiser l'enfant ou de solliciter l'intérêt et l'attention de l'enfant, à se mettre au niveau de son enfant et à maintenir des échanges sociaux qui favorisent la formation de la relation d'attachement (van IJzendoorn et al., 2012). La réciprocité relationnelle suscitera éventuellement une satisfaction mutuelle dans les interactions entre l'enfant et la figure de soins. À titre d'exemple, la réciprocité relationnelle se manifeste lors d'une interaction d'attention conjointe entre l'enfant et l'adulte, ou lorsque l'adulte ajuste ses comportements et son discours afin de se mettre au niveau de son enfant.

La sensibilité maternelle est un concept relationnel et dynamique qui a été maintes fois lié empiriquement à la sécurité d'attachement (de Wolff & van IJzendoorn, 1997; Meins et al., 2001; Pederson et al., 2014). Cette aptitude a d'ailleurs été considérée comme l'unique prédicteur de la sécurité d'attachement pendant plusieurs années. Toutefois, de Wolff et van IJzendoorn (1997) ont conclu, dans leur méta-analyse, que la sensibilité maternelle n'est pas le seul élément à considérer dans la prédiction du lien d'attachement parent-enfant. Les résultats de la méta-analyse ont montré une taille d'effet moyenne, significativement moins importante que celle retrouvée dans les études initiales d'Ainsworth et ses collègues. Les auteurs proposent que les tailles d'effets modérées trouvées entre la sensibilité maternelle et la sécurité d'attachement implique que la communauté scientifique devrait se pencher sur l'examen d'autres facteurs qui pourraient aussi expliquer, en partie, la sécurité d'attachement de l'enfant (de Wolff & van IJzendoorn, 1997). Meins et ses collaborateurs (2001) ont proposé que cette différence de tailles d'effets entre la méta-analyse de de Wolff et van IJzendoorn (1997) et les travaux initiaux d'Ainsworth et ses collaborateurs pouvait être liée au manque de consensus concernant les comportements parentaux à considérer lorsqu'on étudie la sensibilité maternelle ainsi que le manque de considération pour la qualité globale de l'interaction. Meins et ses collaborateurs (2001; 1999; 1997) proposent donc le concept d'orientation mentale (OM), définie comme la capacité du parent à décoder et commenter les états mentaux de son enfant. L'orientation mentale est conceptualisée comme un aspect de la métacognition du parent qui influencerait sa façon de répondre aux signaux de l'enfant (SM) et la sécurité d'attachement (Meins et al., 2001; 1999; McMahon et Bernier, 2017).

L'attachement, la sensibilité maternelle et le développement de l'enfant.

De nombreuses preuves empiriques démontrent le rôle primordial de la sensibilité maternelle pour la sécurité d'attachement et pour les différentes sphères de développement de l'enfant (Baudry, Tarabulsy, Atkinson et al., 2017; Landry, Smith, Swank et al., 2001; Lemelin, Tarabulsy et Provost, 2006; Smith, Landry et Swank, 2006). À titre d'exemple, la SM contribue au développement de la capacité de régulation des émotions de l'enfant. En bas âge, l'enfant est incapable de gérer pleinement par lui-même ses émotions et requiert l'appui de son parent pour identifier ses affects et s'apaiser. Durant les interactions, les parents démontrant une bonne sensibilité en viennent à commenter le jeu, les comportements et les états mentaux de leur enfant. Durant les moments de détresse, l'enfant qui se trouve dans une relation sécuritaire avec sa figure de soins s'y référera pour y trouver du réconfort. L'enfant utilise sa mère comme une « base sécurisante » afin de réguler ses émotions et de retourner explorer l'environnement. De fait, la première relation soutient la régulation émotionnelle de l'enfant en attendant que ce dernier développe les compétences nécessaires pour devenir plus autonome et d'intégrer les stratégies de régulation (Thompson et Raikes, 2003). Cette combinaison d'attitudes, de commentaires et de comportements sensibles du parent permet à l'enfant de s'appuyer sur une base sécurisante et d'acquiescer graduellement, dans un environnement sécuritaire, l'autonomie et la compréhension nécessaires pour réguler de façon de plus en plus autonome ses émotions. Aussi, grâce aux interactions précoces avec la figure de soins, l'enfant développe un concept de soi – une vision de lui-même comme un être humain digne d'être aimé.

Pour sa part, l'attachement a été maintes fois lié à la qualité du développement de l'enfant. La sécurité d'attachement a notamment été associée au développement du langage (van IJzendoorn, Dijkstra et Bus, 1995), au développement cognitif global (Lemelin et al., 2006; Moss et St-Laurent, 2001) et au développement social (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn et al., 2010; Schneider, Atkinson et Tardif, 2001; Moss, Cyr et Dubois-Comtois, 2004).

La sensibilité maternelle et la santé mentale du parent : Symptômes dépressifs et symptômes de trauma.

La sensibilité maternelle peut être influencée, entre autres, par les caractéristiques propres aux parents. Parmi les caractéristiques les plus étudiées à cet égard se trouvent celles associées à la santé mentale des parents. Les problématiques de santé mentale chez le parent semblent jouer un rôle délétère sur la sensibilité maternelle, le développement d'une relation d'attachement sécuritaire, ainsi que sur le développement global de l'enfant (Erickson, Julian et Muzik, 2019). Plusieurs études démontrent, en effet, que

la qualité des interactions parent-enfant est moindre pour les dyades impliquant un parent aux prises avec la dépression ou d'autres difficultés psychologiques (Bernard, Nissim, Vaccaro et al., 2018).

Symptômes dépressifs.

La dépression est un trouble de santé mentale très étudié en contexte de parentalité. Chez les femmes, la prévalence de la dépression postpartum se situe autour de 13% selon les études (Goodman, 2004, McCoy, Beal, Shipman et al., 2006). D'ailleurs, les femmes sont 1.5 à 3 fois plus à risque de souffrir d'une dépression au cours de leur vie que les hommes (APA, 2013). Ce trouble de santé mentale se caractérise par une humeur dépressive ou une perte de plaisir ou d'intérêt dans la plupart des activités quotidiennes et peut être accompagné de difficultés de sommeil, d'agitation ou de ralentissement psychomoteur et de symptômes cognitifs, tels que des difficultés de concentration (APA, 2013).

La dépression maternelle est un facteur de risque important pour le développement socioémotionnel et la santé mentale de l'enfant (Galbally et Lewis, 2017; Bigelow, Beebe, Power et al., 2018). Les symptômes dépressifs, tels que les préoccupations et la dominance des affects négatifs, contribuent à une indisponibilité cognitive, affective et relationnelle pouvant être présente chez les parents dépressifs (Field, 2010). Dans sa méta-analyse, Field (2010) souligne l'importance des perturbations de la relation mère-enfant qui peuvent être observées. Deux patrons comportementaux sont observés auprès de ces parents: une augmentation des comportements intrusifs et de surstimulation, et une diminution de comportements parentaux positifs, qui se caractérisent par un retrait parental et de l'hostilité lors des interactions parent-enfant (Beebe, Lachmann, Jaffe et al., 2012; Field, 2010). Les parents souffrants de symptômes dépressifs ont également tendance à être moins alertes aux signaux de leur enfant, comparativement à des parents ne présentant pas de trouble de santé mentale (Field, 2010). Dans leur méta-analyse, Lovejoy, Graczyk, O'Hare et al. (2000) rapportent que les mères souffrant de dépression peuvent présenter davantage d'hostilité et d'irritabilité à l'égard de l'enfant. Ils mettent également en lumière une association forte entre la dépression maternelle et les conduites parentales inadéquates (p.ex. comportements hostiles et coercitifs, intrusions, affects négatifs ou de colère). Dans leur étude évaluant le rôle de la dépression sur la régulation émotionnelle chez les enfants âgés de 3 mois, Riva Crugnola, Ierardi, Ferro et al. (2016) ont montré que les mères souffrant de dépression avaient moins de synchronie dans leurs interactions avec leur enfant et avaient davantage de représentations négatives à propos de la parentalité.

Symptômes de trauma.

L'exposition à des expériences traumatiques constitue un facteur de risque important pour le développement ultérieur de problématiques de santé mentale (Cicchetti et Banny, 2014). Entre autres, les

individus avec un historique de traumatismes non résolus peuvent développer une propension à la dissociation, de la détresse psychologique, du retrait social et des symptômes d'agressivité ou de colère (APA, 2013). Ces individus sont également plus à risque de développer, de façon concomitante, d'autres troubles de santé mentale, tels que des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles de personnalité ainsi que des troubles psychotiques (Cicchetti et Banny, 2014). Une récente méta-analyse établit des liens importants entre les expériences potentiellement traumatisantes associées à la maltraitance durant l'enfance chez les femmes et la qualité des interactions parent-enfant (Savage et al., 2019).

Les parents qui souffrent de symptômes liés aux traumatismes ont tendance à adopter des comportements contrôlants, surprotecteurs et à avoir une discipline plus coercitive et teintée d'agressivité (Banyard, 1997; Gara, Allen, Herzog et al., 2000). Ces parents ont tendance à être moins sensibles aux signaux de leur enfant et à être moins disponibles émotionnellement (van Ee, Kleber et Jongmans, 2016). Ils peuvent montrer plus d'évitement, d'intrusion et d'hostilité dans leurs interactions avec leur enfant, comparativement aux parents qui ne souffrent pas de symptômes liés au trauma. L'une des pistes d'explications de ces patrons relationnels est que les signaux de l'enfant, et tout particulièrement les pleurs ou la détresse, ont le potentiel de réactiver des souvenirs traumatiques. Ces mémoires traumatiques, surtout lorsqu'elles sont non résolues, ont le potentiel de submerger affectivement le parent, le rendant ainsi moins disponible, moins sensible, et plus prompt au désengagement et à la dissociation (Madigan, Atkinson, Laurin et al., 2013; Schechter, Suardi, Manini et al., 2015).

Ces travaux soulignent donc l'importance d'examiner la possibilité que de tels symptômes puissent influencer la qualité de la sensibilité maternelle et le développement de l'attachement. Il s'avère d'autant plus pertinent que ces problématiques de santé mentale soient considérées dans le cadre d'études portant sur les programmes d'intervention basés sur l'attachement qui visent à augmenter la sensibilité parentale et qui s'adressent aux familles à très haut risque social.

Programmes d'intervention fondés sur l'attachement et leurs retombées

De nombreuses recherches ont été réalisées afin de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la sensibilité maternelle, de l'attachement et de leur influence sur le développement de l'enfant. Ces recherches ont été à la base de l'élaboration de stratégies d'intervention basées sur les principes de l'attachement, recensées dans une importante méta-analyse par Bakermans-Kranenburg et ses collaborateurs (2003). Ces stratégies visent à promouvoir la sécurité d'attachement et ciblent particulièrement la sensibilité maternelle pour y arriver. Certains programmes ont également introduit des modules sur les stratégies disciplinaires adéquates afin de favoriser une relation parent-enfant plus saine chez les familles à risque sur le plan social (Van Zeijl, Mesman, van IJzendoorn et al., 2006).

La méta-analyse réalisée par Bakermans-Kranenburg et al. (2003) a permis de comparer différentes stratégies d'intervention, telles que les interventions psychosociales générales et les interventions fondées sur les principes de l'attachement. Les auteurs ont révélé que les interventions basées sur la théorie de l'attachement et qui ciblaient uniquement la sensibilité maternelle étaient plus efficaces, comparativement aux programmes ciblant la SM et d'autres éléments comme le soutien social ou les représentations mentales, pour augmenter la sensibilité maternelle. Les travaux de Bakermans-Kranenburg et al. (2003) ont montré que les programmes d'intervention employant la rétroaction vidéo et incluant 5 séances et moins étaient particulièrement efficaces pour augmenter la sensibilité maternelle. Ces auteurs ont également conclu que les programmes d'intervention ciblant la sensibilité maternelle étaient plus efficaces pour augmenter la sécurité d'attachement. Ces résultats appuient l'hypothèse selon laquelle le développement d'un attachement sécure repose sur des interactions sensibles entre l'enfant et le parent (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Colonnese, Wissink, Noom et al., 2013; Moss, Bureau, St-Laurent et al., 2011; Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer et al., 2006).

Il est important de souligner que les premiers programmes d'intervention basés sur l'attachement, notamment ceux qui font partie de la méta-analyse de Bakermans-Kranenburg et al. (2003), ont été développés et évalués auprès de populations à faible risque. Toutefois, des travaux plus récents ont permis d'établir que certaines interventions basées sur l'attachement sont également efficaces auprès de populations plus à risque. Van Zeijl et ses collaborateurs (2006) ont évalué un programme d'intervention basé sur l'attachement visant à diminuer la présence de comportements extériorisés chez les enfants âgés de 1 à 3 ans en ciblant la sensibilité maternelle et la discipline. Les auteurs ont sélectionné les enfants qui avaient un score égal ou dépassant le 75e percentile pour les comportements externalisés du Child Behavior Checklist (CBCL). Les familles étaient ensuite assignées aléatoirement au groupe intervention ou au groupe contrôle. À travers 6 séances effectuées à la maison, des capsules d'information générale sur le développement de l'enfant étaient présentées au parent. Chacune des séances impliquait également de la rétroaction vidéo. Dans un premier temps, un moment était réservé pour une interaction parent-enfant et était filmé. Par la suite, l'intervenant revient avec le parent sur les comportements parentaux positifs qu'il a émis durant l'interaction et les comportements à améliorer. Ce programme évalué auprès d'un échantillon de 237 familles s'est montré efficace pour favoriser une attitude maternelle positive envers la discipline et des comportements parentaux plus sensibles aux difficultés externalisées de leur enfant. Toutefois, ces auteurs mentionnent que le changement dans l'attitude parentale ne prédit pas nécessairement un changement au niveau comportemental (Van Zeijl et al., 2006).

Colonnese et ses collaborateurs (2013) ont évalué l'efficacité d'un programme basé sur l'attachement, nommé « Basic Trust ». L'une des particularités de leur étude est qu'ils ont utilisé un protocole expérimental prétest-posttest. Ce programme s'adresse aux familles adoptives d'enfants âgés de 2 et 5 ans qui ont des difficultés d'attachement. Il vise à améliorer l'orientation mentale du parent, la qualité des interactions ainsi que

l'adaptation psychologique des enfants. En guise de rappel, l'orientation mentale réfère à la capacité du parent à considérer les états mentaux et affectifs de son enfant et à émettre des commentaires liés à ceux-ci (Meins, 1997, Meins et al., 2001). Le programme d'intervention est composé de 8 séances qui se déroulent à la maison, utilise la rétroaction vidéo et des capsules psychoéducatives sur le développement de l'enfant. Les auteurs rapportent que le programme d'intervention est efficace pour diminuer le niveau de désorganisation de l'attachement chez l'enfant et les problèmes de comportements. Ils notent toutefois une absence de différence significative entre le prétest et le posttest en ce qui concerne la sensibilité parentale. L'une des pistes explicatives est que le programme Basic Trust, en ciblant directement l'orientation mentale dans ses modules d'intervention, a un plus grand effet sur l'OM que sur la SM. Ce changement au niveau de la métacognition semble avoir un effet sur l'attachement. Toutefois, il est important de noter que l'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 20 familles adoptives (mère-père-enfant). Ce petit échantillon peut influencer la taille des associations trouvées (Colonnesi et al., 2013).

Riva Crugnola, Lerardi, Peruta et al. (2021) ont également développé un programme d'intervention fondé sur les principes de l'attachement qui utilise la rétroaction vidéo et qui cible la sensibilité maternelle et l'orientation mentale. Leur étude de 2021 visait à évaluer l'efficacité de l'intervention sur les deux caractéristiques parentales. L'échantillon était composé de 32 mères adolescentes et leur enfant. Les auteurs rapportent une augmentation significative de la sensibilité maternelle et une diminution significative des comportements de contrôle pour le groupe de mères exposées à l'intervention. Les résultats montrent également que l'intervention est efficace pour augmenter l'orientation mentale. En effet, Riva Crugnola et ses collaborateurs (2021) notent davantage d'OM+ et moins d'OM- chez les mères exposées à l'intervention. Bien que l'étude ait été conduite auprès d'un petit échantillon, les auteures concluent que leur programme semble être efficace pour aider les mères adolescentes à décoder de façon adéquate les signaux de l'enfant et émettre des commentaires plus appropriés en regard aux signaux de l'enfant. La qualité des interactions semble également augmentée à l'aide de cette intervention.

Finalement, une équipe de recherche québécoise a développé et validé un programme d'intervention basée sur la théorie de l'attachement, intitulé l'« Intervention Relationnelle » (IR). Ce programme est adapté pour les familles ayant un enfant âgé de 0 à 5 ans et pour être appliqué auprès des populations à très haut risque psychosocial, telles que les familles suivies par la protection de la jeunesse pour des motifs de maltraitance (Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsy et al., 2017; Moss et al., 2011, Moss, Tarabulsy, St-Georges et al., 2014; Tarabulsy, Pascuzzo, Moss et al., 2008; Tarabulsy, Baudry, Pearson et al., 2016). Moss et al. (2011) ont mené une étude en utilisant un essai clinique randomisé afin d'évaluer l'efficacité du programme d'intervention auprès des familles suivies par la protection de la jeunesse. Ce programme cible spécifiquement la sensibilité parentale. Les auteurs regardaient l'impact de l'intervention sur la sécurité d'attachement et les

problèmes comportementaux chez l'enfant. Les résultats ont montré qu'une intervention de courte durée (8 semaines) est efficace auprès de cette population pour augmenter la sensibilité maternelle, la sécurité d'attachement et diminuer les problèmes de comportements et la désorganisation chez l'enfant.

Cette intervention précoce a un grand potentiel, car elle semble très efficace au niveau des modifications des trajectoires relationnelles, surtout en contexte de maltraitance. En effet, Tarabulsy et ses collaborateurs (2008) soulignent le potentiel que ce type d'intervention détient pour améliorer la sensibilité maternelle et favoriser la sécurité d'attachement chez l'enfant. Également, ces auteurs soulignent l'importance de s'intéresser aux représentations mentales du parent au cours des séances d'intervention. Les représentations mentales du parent peuvent être à la base d'une mauvaise interprétation des motivations, intentions ou des émotions de l'enfant, ce qui peut engendrer des comportements parentaux qui ne sont pas contingents ou sensibles au vécu de l'enfant. En ce sens, le présent mémoire doctoral s'intéresse au rôle que peuvent jouer ces représentations mentales du parent, et plus particulièrement le rôle de l'orientation mentale, dans le changement observé au niveau de la sensibilité maternelle à la suite de l'exposition à l'Intervention Relationnelle.

Implantation de l'Intervention Relationnelle au niveau des services sociaux québécois.

L'une des critiques soulevées par Tarabulsy et ses collaborateurs (2016) concernant les recherches mentionnées ci-haut est qu'elles sont, en majorité, réalisées dans un milieu universitaire ou en laboratoire. Sur le plan méthodologique, les recherches en laboratoire permettent de contrôler les variables nuisibles ou les paramètres de l'intervention. Entre autres, elles permettent de contrôler la formation des intervenants qui dispensent le programme d'intervention, de mettre en place un devis expérimental ou quasi expérimental avec des groupes constitués de façon aléatoire et de contrôler certains facteurs environnementaux ayant le potentiel d'influencer l'efficacité du traitement. Ces recherches gagnent en validité interne, mais perdent en validité écologique, car leur contexte d'implantation ne correspond pas au contexte dans lequel les intervenants, qui travaillent au sein des services sociaux, exercent leur pratique. Dans le cadre des recherches, les personnes réalisant les modules du programme d'intervention sont souvent des étudiants universitaires de 2e ou 3e cycle. Toutefois, les intervenants travaillant dans les centres intégrés de santé et de services sociaux du Québec (les CISSS et CIUSSS) ont généralement une formation collégiale ou universitaire de premier cycle. Également, ces intervenants ne travaillent généralement pas uniquement sur le programme d'intervention basé sur l'attachement, contrairement aux étudiants universitaires qui sont très dédiés à l'application de l'intervention. En ce sens, cela peut influencer l'application et les impacts du programme d'intervention lors des séances auprès des familles (Tarabulsy et al., 2016).

L'Intervention Relationnelle a donc été implantée dans cinq établissements de santé et de services sociaux, auparavant appelés Centres Jeunesse (CJ). Une étude a été réalisée afin d'évaluer l'efficacité de l'IR dans le cadre des services sociaux québécois auprès d'une population à très haut risque psychosocial et suivie par la PJ pour maltraitance (voir Annexe A pour la description détaillée du programme d'intervention).

Principaux résultats de l'évaluation de l'Intervention Relationnelle en contexte de services sociaux québécois.

Cette étude a considéré plusieurs variables afin de faire une analyse la plus complète possible concernant l'efficacité et la faisabilité du programme dans le cadre des services sociaux québécois (Tarabulsky et al., 2016). La variable principale à l'étude était la sensibilité maternelle. En effet, la sensibilité maternelle est conceptualisée comme un moteur de changement important au niveau de l'attachement et de la qualité des liens parent-enfant. D'autres variables telles que la sécurité d'attachement, le développement langagier et cognitif de l'enfant ainsi que la régulation émotionnelle et les problèmes de comportement ont également été évalués, mais ne sont pas rapportés dans le présent mémoire doctoral.

Dans cette étude, deux groupes ont été créés et appariés sur la base des caractéristiques sociodémographiques de l'enfant et du parent, du motif de signalement aux services de PJ et de la durée des services reçus. Ces groupes ont été rencontrés une fois, lors d'une rencontre à domicile, pour compléter l'évaluation (se référer à la section Procédure pour les détails sur le recrutement et la procédure d'évaluation réalisée au domicile des familles participantes).

Les résultats révèlent une différence significative sur le plan de la sensibilité maternelle en faveur du groupe ayant été exposé à l'IR. Les chercheurs proposent, à la lumière de ces résultats, que les retombées de l'IR réalisée dans le cadre des services sociaux québécois auprès de familles suivies par la PJ pour des motifs de négligence et d'abus physiques sont analogues à celles observées lorsque l'intervention est réalisée dans des contextes plus contrôlés (Tarabulsky et al., 2016). En d'autres mots, le programme d'intervention implanté est efficace pour augmenter la sensibilité maternelle.

Aussi, les résultats semblent indiquer que certains parents pourraient davantage bénéficier du programme d'intervention comparativement aux autres parents (Tarabulsky et al., 2016). En effet, les auteurs ont observé des tendances statistiques selon lesquelles les effets de l'intervention sur la sensibilité maternelle étaient plus importants lorsque les niveaux de symptômes de dépression, d'hostilité et de trauma étaient plus élevés chez le parent. Ces tendances observées ont une importance clinique, car les difficultés d'adaptation psychologique sont souvent surreprésentées chez les parents des familles suivies en PJ. Ces résultats soulignent l'importance de programmes d'intervention tels que l'IR, basés sur les principes de l'attachement. Ils

suscitent un intérêt pour approfondir notre compréhension des mécanismes de changement sous-jacents à l'efficacité du programme. La recherche actuelle s'inscrit dans cette optique. Elle examine un mécanisme de changement sur le plan clinique qui permettrait de mieux comprendre l'augmentation de la sensibilité maternelle à la suite de l'IR. Plus spécifiquement, la présente étude se penche sur l'orientation mentale comme potentiel facteur explicatif de la relation entre la sensibilité maternelle et l'Intervention Relationnelle.

L'orientation mentale

Plusieurs chercheurs proposent que pour qu'une intervention fondée sur l'attachement puisse être efficace, elle doit avoir un impact sur les représentations mentales et les processus cognitifs des parents (Fonagy, Steele, Steele et al., 1991). Certains soulèvent la possibilité qu'en ciblant la sensibilité maternelle, les parents puissent modifier leur façon de réfléchir aux émotions, intentions, motivations de leurs enfants. En ce sens, l'IR permettrait cette réflexion, en ciblant de manière explicite le sens des émotions des enfants (Tarabulsy, Dubois-Comtois, Baudry et al., 2018).

Dans le domaine de l'attachement, les représentations mentales ont souvent été étudiées sur la base des travaux de Meins (1997) portant sur « l'orientation mentale ». L'orientation mentale (OM) réfère à la capacité du parent à considérer les états mentaux de son enfant et de les commenter. Ceci implique que le parent est en mesure de considérer son jeune enfant comme un agent actif, un individu ayant une vie mentale singulière et qui pose des actions de façon intentionnelle (Meins, 1997; Meins et al., 2001). L'OM est un concept qui a été développé à la fin des années 1990 par Meins et ses collaborateurs. Il semble offrir des pistes de réflexion prometteuses quant à la métacognition du parent et de ses liens avec la sensibilité parentale, la sécurité d'attachement et le développement de l'enfant. Meins et ses collègues (2001) suggèrent que l'OM pourrait permettre de clarifier le concept de sensibilité maternelle et d'aller au-delà de l'évaluation strictement comportementale pour investiguer les éléments fondamentaux qui influencent la sécurité d'attachement.

Autres concepts liés à la métacognition du parent.

Il est important de mentionner que plusieurs concepts liés à la métacognition du parent se sont développés vers la fin des années 1990 et au début des années 2000 notamment en réponse à la méta-analyse de Wolff & van IJzendoorn (1997). Certains auteurs, tels que Meins et al. (1999; 2001), proposent que la sensibilité maternelle demeure un prédicteur important, mais que les recherches négligent d'examiner les représentations mentales du parent. Ainsi, trois concepts liés aux représentations mentales se sont développés : l'orientation mentale, le fonctionnement réflexif parental et le discernement parental.

Bien que ces trois construits existent, le présent mémoire doctoral portera sur l'orientation mentale. L'OM est le seul des trois construits qui peut être évalué directement à partir d'une séance de jeu libre entre le parent et l'enfant. Cette caractéristique de l'évaluation de l'OM amène des retombées intéressantes. Certains auteurs ont montré que la capacité à considérer les états mentaux d'autrui durant l'interaction demande un effort particulier et n'est en aucun cas automatique (Keysar, Lin et Barr, 2003). Ils concluent qu'il ne suffit pas de détenir la capacité pour la mobiliser durant les interactions. La mesure de l'OM permet d'apprécier, en temps réel durant l'interaction, les commentaires et les actions comportementales spontanés et relationnels du parent, qui témoignent d'une compréhension adéquate des états mentaux de l'enfant (Meins, Fernyhough et Harris-Waller., 2014).

Fondements théoriques et conceptuels de l'orientation mentale.

L'OM, par sa nature métacognitive, permet d'approfondir le concept de la sensibilité maternelle (Meins et al., 2001). À la lumière de ses travaux qui se penchent sur la sécurité d'attachement et la cognition, Meins (1997) propose que la théorie de l'attachement développée par Bowlby, les travaux d'Ainsworth et la théorie de l'apprentissage socioculturel de Vygotsky (1978) sont complémentaires et permettent, ensemble, de formuler une compréhension complète et détaillée de la relation parent-enfant et de la complexité des liens à la base de cette relation privilégiée. L'OM prend donc assise sur ces deux piliers théoriques que sont (1) la théorie de l'attachement et les travaux d'Ainsworth sur la sensibilité maternelle et la sécurité d'attachement, ainsi que (2) la théorie de Vygotsky.

Meins et ses collègues (1997; 2001) préconisent un retour sur la définition de la sensibilité maternelle élaborée par Ainsworth et al. (1971; 1978). À titre de rappel, la sensibilité maternelle est définie comme la capacité maternelle à percevoir et interpréter de façon adéquate les signaux implicites et explicites de son enfant, et d'y répondre de façon rapide, contingente et avec chaleur (Ainsworth et al., 1971). Meins et ses collègues (1997; 2001) soulignent que les recherches réalisées sur la sensibilité maternelle mettent l'emphase sur la dimension comportementale de la sensibilité maternelle, c'est-à-dire la réponse émise par le parent, et ont tendance à oublier les autres composantes de la sensibilité maternelle énoncées par Ainsworth et ses collègues (1971; 1978). En ce sens, afin que le parent agisse de façon contingente aux signaux de son enfant, il doit porter attention aux signaux de l'enfant et être capable d'adopter le point de vue de celui-ci afin de faire une interprétation juste des signaux. Cette capacité à adopter le point de vue de son enfant sous-entend que le parent considère que son enfant a un monde interne qui lui est propre et lui reconnaît des motivations, sentiments et intentions distinctes et indépendantes des siennes.

L'OM est également un concept qui est enraciné dans la théorie de Vygotsky (1978). Dans son ouvrage, Meins (1997) avance que cette théorie est particulièrement utile pour comprendre comment le développement

cognitif et le développement global de l'enfant sont tributaires des situations et activités sociales qui composent le quotidien de l'enfant. La capacité du parent à percevoir les choses du point de vue de son enfant lui permet d'être sensible à la « zone proximale de développement » (ZPD). La ZPD est un élément clé dans la théorie de Vygotsky et signifie qu'un enfant peut apprendre davantage des situations d'exploration si le parent stimule ses compétences et ses capacités un peu au-delà de ce qu'il est actuellement capable de faire, tout en demeurant disponible durant l'apprentissage afin d'éviter l'échec et le découragement de la part de l'enfant (Meins, 1997). Un parent ayant une plus grande capacité à décoder les états mentaux de son enfant, soit ayant une meilleure OM, pourra mieux influencer les moments d'exploration ou d'apprentissage en permettant à l'enfant de dépasser ses limites, sans aller trop loin.

Sur les plans pratique et observationnel, l'OM se traduit par des commentaires du parent sur les états mentaux de l'enfant. L'OM se manifeste également par des comportements, tels que diriger l'attention de son enfant ou l'encourager à entreprendre une activité. Meins et ses collègues (2001) ont déterminé que l'OM peut se décomposer en cinq dimensions, ce qui permet d'opérationnaliser le concept et de pouvoir le mesurer adéquatement. Ces cinq dimensions sont : (1) Attention du parent aux changements de direction du regard de l'enfant; (2) Attention du parent aux actions dirigées vers un objet faites par l'enfant; (3) Imitation des vocalises de l'enfant; (4) Encouragements émis par le parent pour soutenir l'autonomie de son enfant; (5) Commentaires liés à l'état mental de l'enfant. Le parent peut, au cours d'une interaction, démontrer de différentes façons qu'il considère que son enfant a une vie mentale distincte de la sienne. À titre d'exemples, le parent peut émettre des commentaires qui sont directement orientés vers des processus cognitifs tels que « est-ce que tu reconnais ce jouet ? » (Meins et al., 2001), ou orientés sur les connaissances, pensées et désirs de l'enfant tels que « Quel jouet préfères-tu ? » (Meins et al., 2001). Au niveau comportemental, le parent dirige son attention sur les objets qui attirent l'attention de son enfant. Le parent demeure vigilant et module l'interaction en fonction de l'objet captant l'attention de l'enfant.

Les outils de mesure permettant d'évaluer l'orientation mentale exigent de statuer sur le caractère approprié ou inapproprié des commentaires liés aux états mentaux de l'enfant. Ainsi, les commentaires appropriés aux états mentaux de l'enfant (OM+) sont ceux qui semblent en concordance avec les signaux explicites de l'enfant, sont cohérents avec l'interaction, permettent de clarifier l'état mental de l'enfant ou sont émis dans le but de faire du modeling face aux états mentaux de l'enfant. Ce modeling fait référence à des commentaires où le parent imite l'enfant et verbalise, sous forme affirmative ou interrogative, ce qu'il peut penser, ressentir à un moment précis de l'interaction. Les difficultés au niveau de l'orientation mentale des parents peuvent s'exprimer par l'absence de commentaires orientés vers les états mentaux de l'enfant, ou vers une plus grande tendance à émettre des commentaires non appropriés aux états mentaux de l'enfant (OM-). Les OM- sont des commentaires faisant preuve d'une interprétation erronée des états mentaux de l'enfant de

la part du parent, qui ne sont pas cohérents avec l'interaction ou avec le centre d'attention de l'enfant (Meins et Fernyhough, 2015).

L'orientation mentale, la sensibilité maternelle et la sécurité d'attachement.

L'OM est un concept important à considérer et à intégrer aux réflexions sur la sensibilité maternelle et la sécurité d'attachement. Les représentations mentales maternelles se forment graduellement dès les premiers mois de la grossesse et possèdent une charge affective (Meins, Fernyhough, Arnott et al., 2011). Ces représentations ainsi que les charges affectives leur étant associées influencent l'établissement de la relation parent-enfant dès la naissance de l'enfant. En effet, Arnott et Meins (2007) ont mené une étude examinant les associations entre les représentations mentales prénatales et le volet comportemental de l'OM à la période postnatale chez 25 couples avec leur enfant et 3 dyades mère-enfant. Ces auteurs concluent que les représentations mentales qui se forment progressivement durant la période prénatale sont reliées aux comportements parentaux initiés à travers les interactions précoces avec l'enfant (Arnott et Meins, 2007).

Meins et ses collaborateurs (2011) ont observé que les commentaires appropriés (OM+) et non appropriés (OM-) face aux états mentaux de l'enfant âgé de 8 mois sont reliés à des éléments clés de l'historique obstétrique chez la mère. Leur étude, réalisée auprès de 206 dyades mère-enfant, montre que l'évaluation subjective de la mère quant à sa grossesse ainsi que l'interaction entre cette évaluation subjective de la mère et la planification de la conception sont les éléments qui influencent le plus l'OM. Tout d'abord, aucune différence n'a été observée sur le plan de l'OM+ entre les mères qui évaluaient que leur grossesse a été facile, comparativement aux mères qui percevaient que leur grossesse avait été difficile. Toutefois, pour le groupe de mères qui perçoivent que leur grossesse a été facile, les mères dont la grossesse était planifiée démontraient davantage d'orientation mentale que les mères dont la grossesse n'était pas planifiée. Pour leur part, les OM- étaient liés aux émotions vécues dans les premiers instants de vie de l'enfant. Les mères rappelant davantage d'émotions neutres ou négatives ou des émotions liées à des risques pour leur intégrité physique lors de l'accouchement avaient tendance à émettre plus d'OM-, comparativement aux mères rappelant davantage d'émotions positives liées au souvenir de l'accouchement. Une étude réalisée par une équipe de chercheurs en Chine a obtenu des résultats similaires. En effet, Dai, Lim et Xu. (2019) ont examiné les relations entre l'orientation mentale, le stress parental et l'historique obstétrique chez des mères provenant d'une ville urbaine en Chine. Les résultats obtenus indiquent que parmi les mères qui percevaient leur grossesse comme ayant été difficile, les mères dont la conception était planifiée manifestaient une plus grande orientation mentale que les mères dont la conception n'était pas planifiée.

Plusieurs travaux de recherche se sont par ailleurs intéressés aux liens entre l'orientation mentale, la sensibilité maternelle et la sécurité d'attachement. En effet, l'OM et la SM ont été maintes fois associées positivement, et ce, dans divers contextes d'évaluation tels qu'en laboratoire (Meins et al., 2001; Meins, 2003) ou à domicile (Laranjo, Bernier et Meins, 2008), et en utilisant différents outils de mesure de la SM tels que l'échelle d'Ainsworth et al. (1971) (Meins et al., 2001; 2011) ou le MBQS (Laranjo et al., 2008).

Dans leurs efforts pour clarifier la nature du construit de l'OM, Meins et ses collègues (2001) ont examiné les liens entre l'orientation mentale et la sensibilité maternelle et leurs contributions relatives à la sécurité d'attachement. Tout d'abord, les auteurs rapportent une association positive et modérée entre l'OM, mesurée par observation, et la sensibilité maternelle, mesurée par l'échelle d'Ainsworth et al. (1971). Les auteurs concluent que les mesures de l'OM et de la sensibilité maternelle mesurent des éléments distincts des comportements parentaux, bien qu'ils soient liés. De plus, les résultats ont révélé que la sensibilité maternelle et l'orientation mentale prédisent la sécurité d'attachement et que les OM+ semblent un meilleur prédicteur de la sécurité d'attachement que la sensibilité maternelle, expliquant 12.7% de la variance comparativement à 6.5% pour la SM. Les auteurs concluent que les OM+ sont un important facteur prédicteur de la sécurité d'attachement chez l'enfant. Les résultats ont aussi révélé que les cinq dimensions de l'orientation mentale sont corrélées positivement avec la sensibilité maternelle, indiquant que ces cinq dimensions mesurent des éléments complémentaires et permettent d'apprécier la capacité du parent à considérer son enfant comme un agent mental et à agir en contingence avec l'état mental de son enfant (Meins et al., 2001).

Une méta-analyse récente de Zeegers, Colonesi, Stams et al. (2017) a examiné les associations entre la mentalisation du parent, la SM et la sécurité d'attachement. Pour leur étude, les auteurs ont décidé d'inclure l'ensemble des études sur l'orientation mentale, le fonctionnement réflexif parental et le discernement parental pour créer un score de mentalisation du parent. Les résultats révèlent que la mentalisation du parent est positivement liée à la sensibilité maternelle et à la sécurité d'attachement. De plus, les auteurs rapportent un effet direct de la mentalisation du parent sur la sécurité d'attachement, et un effet indirect de la mentalisation du parent sur la sécurité d'attachement, en passant par la sensibilité maternelle. Ces résultats semblent appuyer l'idée selon laquelle les représentations mentales du parent sont une composante importante pour adopter des comportements parentaux sensibles. La mentalisation du parent semble également jouer un rôle important pour le développement de la sécurité d'attachement (Zeegers et al., 2017). Ces auteurs argumentent que la réponse sensible du parent aux signaux de son enfant serait issue de sa compréhension appropriée des besoins et des états mentaux de l'enfant. Ils notent également que les OM+ semblent prédire la sécurité d'attachement, mais que les OM- seraient un prédicteur plus important de l'insécurité d'attachement (Zeegers et al., 2017).

Les constats découlant de la revue systématique de McMahon et Bernier (2017) abondent dans le même sens que les résultats rapportés dans la méta-analyse de Zeegers et ses collaborateurs (2017). L'une des particularités de la recension systématique de McMahon et Bernier est qu'elle examine spécifiquement les études réalisées sur l'orientation mentale depuis l'émergence du concept. Les auteurs rapportent notamment de nombreuses preuves empiriques montrant une association positive et modérée entre l'OM et la sensibilité maternelle, et tout particulièrement entre l'OM+ et la sensibilité maternelle. Pour ce qui est du lien entre l'OM et l'attachement, les auteurs relèvent également des preuves empiriques montrant une association positive et modérée. Toutefois, davantage de recherches demeurent nécessaires pour bien comprendre comment l'OM peut être un prédicteur de la sécurité d'attachement (McMahon et Bernier, 2017).

L'ensemble de ces résultats indique que les représentations mentales du parent peuvent avoir plusieurs impacts sur la dynamique interactionnelle entre le parent et l'enfant et la sécurité d'attachement. Le présent mémoire doctoral semble d'autant plus pertinent qu'il est l'une des rares études réalisées sur ce sujet auprès d'une population suivie par les services de PJ. Les parents à haut risque psychosocial ou les parents de familles suivies en PJ ont tendance à faire plus d'attributions négatives ou problématiques afin d'expliquer les comportements ou intentions de leur enfant (Black, Heyman et Slep, 2001; Sanders, Pidgeon, Gravestock et al. 2004; Beckerman, van Berkel, Mesman et al., 2017). À titre d'exemple, un parent pourrait croire que son jeune enfant pleure afin de le manipuler. Il semble donc indispensable, particulièrement dans le cadre de l'Intervention Relationnelle réalisée auprès de familles suivies par la PJ, d'investiguer le rôle que peuvent jouer les mécanismes métacognitifs et représentationnels associés à l'orientation mentale.

Un nombre important de recherches ont ainsi examiné le lien entre l'OM, la SM et la sécurité d'attachement depuis les vingt dernières années. Toutefois, très peu d'études permettent de mieux comprendre les différences individuelles qui sous-tendent cette capacité à bien décoder les états mentaux de l'enfant et à les commenter adéquatement à travers les interactions quotidiennes (McMahon et Bernier, 2017; Adrich, Chen, Alfieri, 2021). Par exemple, certains chercheurs, dont Lundy (2003; 2013) et Colonnese, Zeegers, Majdandžić et al. (2019), se sont intéressés aux différences entre les pères et les mères au niveau de l'OM. Les différences individuelles observées au niveau de l'orientation mentale ne semblent pas être dues au sexe du parent (Lundy, 2003; 2013; Arnott et Meins, 2007; Colonnese et al., 2019). Ces auteurs avancent plutôt que les différences individuelles peuvent être expliquées par les représentations mentales d'attachement du parent et la capacité générale du parent à considérer ses états mentaux et ceux des autres (Colonnese et al., 2019).

Le développement de cette capacité générale à considérer ses états mentaux et ceux des autres pour mieux comprendre ses comportements et ceux d'autrui semble être une tâche développementale importante (Fonagy, Bateman, Luyten, 2012). Son développement sain semble être enraciné dans les premières relations

d'attachement (Achim, Lebel et Ensink, 2020). Parmi les facteurs qui semblent à l'origine des différences individuelles sur le plan de l'OM, les études identifient notamment le style d'attachement du parent (Camoirano, 2017; Hill et McMahon, 2016; Demers, Bernier, Tarabulsy et al., 2010a), la santé mentale du parent (Pawlby, Fernyhough, Meins et al., 2010), l'âge et la maturité psychologique (Camberis, McMahon, Gibson et al., 2015; Demers et al., 2010b; McMahon et Bernier, 2017) et les fonctions exécutives (Yatziv, Kessler et Atzaba-Poria, 2018;2020).

L'OM semble être une capacité qui fluctue en fonction des contextes relationnels et de l'activation affective (Fonagy et al. 2012; Achim et al., 2021; Meins et al., 2014). Par exemple, Meins et ses collaborateurs (2014) ont examiné l'orientation mentale à travers divers contextes relationnels. L'article de 2014 fait état d'une série de quatre études. Les résultats indiquent que l'OM se manifeste plutôt lors de relations privilégiées, telles qu'une relation parent-enfant ou une relation de couple de longue durée. Les auteurs ont observé que les participants avaient plus tendance à se référer à des caractéristiques mentales lorsqu'ils décrivaient leur conjoint, comparativement à la description d'un proche. Ils ont également observé que les participants avaient plus tendance à utiliser des caractéristiques mentales lorsqu'ils décrivaient un proche, comparativement aux caractéristiques utilisées pour décrire une célébrité. L'OM semble donc être favorisée en contexte d'attachement.

De plus, il est important de noter que certaines études rapportent des résultats qui indiquent que les commentaires appropriés (OM+) et non appropriés (OM-) en lien avec les états mentaux de l'enfant sont des construits qui devraient être potentiellement considérés distinctement. Tout d'abord, certains auteurs rapportent une absence de lien entre les OM+ et les OM- (Arnott et Meins, 2007; Larkin, Schacht, Oostenbroek et al., 2021; McMahon et Bernier, 2017; Meins, Fernyhough, de Rosnay et al., 2012) et les OM- semblent se manifester jusqu'à cinq fois moins régulièrement que les OM+ dans la population générale (Meins & al., 2011). Aussi, la relation entre les OM+ et la sensibilité parentale a été observée maintes fois et semble robuste (Arnott & Meins, 2007; Meins et al., 2001; Demers et al., 2010b; Laranjo et al., 2008), tandis que l'association SM et OM- est plus débattue (Meins, Fernyhough, Wainwright, 2003; Meins et al., 2012). Toutefois, les connaissances sur l'orientation mentale auprès de populations cliniques et des populations à plus haut risque social demeurent limitées et controversées (McMahon et Bernier, 2017). Dans une étude récente, Gagné, Lemelin et Tarabulsy (2021) ont obtenu une association positive entre l'OM+ et l'OM-. À la lumière de ce résultat, les auteurs argumentent que les commentaires non appropriés aux états mentaux de l'enfant peuvent être plus fréquents dans les populations à haut risque psychosocial.

Meins et ses collaborateurs (2012) argumentent que le fait de considérer les OM+ et les OM- de façon multidimensionnelle permettrait d'apprécier plus précisément l'influence des OM- sur la relation parent-enfant.

Les auteurs argumentent que ces influences potentielles de l'OM- ne semblent pas évaluer par les outils de mesure de la sensibilité maternelle ni par le biais de l'OM+. Leurs résultats semblent cohérents avec cette hypothèse (Meins et al., 2012). Ils montrent, tout d'abord, une absence de relation entre les OM- et la sensibilité maternelle. Il est noté que les mères dont l'enfant a un attachement sécure émettent davantage d'OM+, comparativement aux mères d'enfants insécures. Les auteurs ont également observé que les mères des enfants ayant un attachement ambivalent émettaient davantage d'OM- que les mères dont les enfants avaient un attachement évitant. Bien qu'il ne semble pas y avoir encore de consensus à travers les études, la prépondérance des OM- trouvée dans l'étude de Meins et al. (2012) semble avoir permis de distinguer les mères dont l'enfant a un attachement insécure-ambivalent et insécure-évitant.

Ce dernier élément sera considéré dans la présente étude. Tout d'abord, elle est l'une des rares recherches, à ce jour, à étudier l'orientation mentale auprès d'une population à très haut risque psychosocial, et plus particulièrement des familles suivies par la protection de la jeunesse pour des motifs de maltraitance. De plus, les enfants de ces familles présentent davantage un attachement de type insécure (ambivalent, évitant) ou désorganisé (Cyr & Dubois-Comtois, 2014). En ce sens, il est intéressant d'investiguer si les OM- sont plus fréquents dans l'échantillon de la présente étude et d'investiguer comment ils sont liés à la sensibilité maternelle et aux OM+.

L'orientation mentale et la santé mentale du parent : symptômes dépressifs et symptômes de trauma.

Un parent peut éprouver des difficultés à interpréter et commenter les états mentaux et l'expérience subjective de son enfant en raison du contexte quotidien ou de caractéristiques qui lui sont propres. Le sexe et le niveau de scolarité du parent ne semblent pas être des éléments qui sont associés aux différences individuelles de l'OM (Meins, 2001; Meins et al., 2012; Lundy, 2003). Plutôt, les facteurs de risques maternels, tels qu'une grossesse à l'adolescence ou une problématique de santé mentale chez les parents, semblent faire davantage obstacle à cette capacité (Demers et al., 2010b; Riva Crugnola, Ierardi et Canevini, 2018). La présente étude examine les influences des symptômes dépressifs et de trauma sur l'orientation mentale.

Symptômes dépressifs.

Tel que discuté précédemment, les symptômes dépressifs peuvent perturber le développement et le maintien de la relation mère-enfant. Les symptômes dépressifs peuvent contribuer à rendre le parent moins disponible et engagé lors des interactions, et semblent augmenter le risque d'adopter des comportements inadéquats (Beebe, Jaffe, Buck et al., 2008; Kaminer, Beebe, Jaffe et al., 2007). Le retrait social, les préoccupations excessives et la dominance d'affects négatifs chez les individus souffrant de dépression peuvent

contribuer à diminuer la capacité de l'individu à prendre conscience de l'expérience subjective d'autrui et de l'impact de son état psychologique sur son environnement immédiat. Le parent avec des symptômes dépressifs est aussi plus susceptible d'avoir de représentations négatives à propos de la parentalité, ce qui peut contribuer au maintien des difficultés au niveau des relations (Riva Crugnola et al., 2016).

Plusieurs travaux documentent une relation négative entre la dépression et l'OM (Pawlby et al., 2010; Bigelow et al., 2018; Lok & McMahon, 2006). Les symptômes dépressifs sont davantage associés à la fréquence, plutôt qu'au caractère inapproprié, des commentaires liés aux états mentaux de l'enfant (Bigelow et al., 2018; Lok & McMahon, 2006). Bigelow et ses collègues (2018) rapportent d'ailleurs que les mères souffrant de dépression ont tendance à émettre moins fréquemment des OM+ comparativement aux mères ne souffrant pas de dépression, mais qu'aucune différence significative entre les deux groupes n'a été relevée pour les OM-. De plus, les conséquences sur la dynamique mère-enfant ainsi que sur le développement de l'enfant semblent plus prononcées lorsque la dépression de la mère se présente dans la première année de vie (Pawlby et al., 2010). Pour leur part, Trapolini, Ungerer et McMahon (2008) se sont intéressées aux liens entre la dépression, les représentations mentales de la mère et les comportements de soins dont la sensibilité maternelle. Les résultats obtenus montrent que la relation entre la dépression chronique et l'insensibilité maternelle est partiellement médiée par l'incapacité de la mère à considérer le vécu subjectif de son enfant. Les mères souffrant de dépression chronique semblent avoir une moins bonne capacité à identifier, à comprendre et à considérer la perspective de leur enfant, ce qui mène à des comportements moins sensibles envers ces derniers. Les auteurs notent que la sensibilité maternelle est affectée par une combinaison des difficultés liées à la capacité du parent à considérer les états mentaux de son enfant et les difficultés engendrées par la dépression chronique. Trapolini et ses collaboratrices (2008) rapportent, pour leur part, que pour la relation entre la dépression non chronique et l'insensibilité maternelle avait une influence modératrice, plutôt que médiatrice. Les auteures argumentent que ces résultats supportent l'hypothèse selon laquelle certaines mères qui souffrent de dépression non chronique sont néanmoins en mesure de prodiguer des soins relativement sensibles à leur enfant et d'être attentives au monde interne de leur enfant.

Symptômes de trauma.

À ce jour, très peu d'études se sont penchées sur la relation entre l'OM et les symptômes liés au trauma. À notre connaissance, seules deux études ont investigué le lien entre les symptômes liés au trauma, l'OM et les comportements parentaux.

Dans leur étude longitudinale, Easterbrooks, Crossman, Caruso et ses collègues (2017) ont investigué si les symptômes de trauma avaient une influence modératrice sur la relation entre l'OM et les problèmes de comportements chez l'enfant. L'échantillon était composé de 212 dyades enfant-mère adolescente à très haut

risque psychosocial : 16% ne présentaient aucun symptôme lié au trauma, tandis que 24% remplissaient les critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les résultats montrent qu'une meilleure orientation mentale chez la mère est liée à moins de problèmes de comportement chez l'enfant, mais uniquement pour les mères qui ne souffrent pas d'un TSPT. Pour les mères souffrant d'un TSPT, les auteurs rapportent que certaines mères souffrant d'un TSPT peuvent présenter un bon niveau d'OM, mais qu'une attention disproportionnée envers leurs états mentaux et ceux de leur enfant, en plus d'une suractivation affective et d'une hypervigilance, tous deux des symptômes du TSPT, favoriseraient des interactions parent-enfant qui désorganisent l'enfant.

Camisasca, Procaccia, Miragoli et al. (2017) ont examiné l'influence des symptômes de trauma post-partum, à 87 heures post-accouchement et à 17 mois après l'accouchement, sur l'orientation mentale et le stress parental. Les résultats montrent qu'à 17 mois, les femmes présentant davantage de symptômes de trauma en lien avec l'accouchement avaient tendance à présenter une plus faible orientation mentale. Plus particulièrement, les auteurs identifient le groupe de symptômes liés à une altération de la réactivité (APA, 2013) comme étant celui qui influence le plus l'OM. Ce groupe de symptômes se caractérise par des accès de colère, de l'agressivité ou de l'irritabilité, des comportements d'hypervigilance, des problèmes de concentration, et une altération du sommeil (APA, 2013). Les parents souffrant de symptômes liés aux traumas pourraient éprouver davantage de difficultés liées à l'OM, en raison de difficultés de concentration, de fatigue et d'une charge cognitive importante résultant par exemple de l'hypervigilance ou des émotions négatives vécues (Camisasca et al., 2017; Meins et al., 2011).

À la lumière de la littérature scientifique qui porte sur les problématiques de santé mentale et leur influence sur la sensibilité parentale et sur l'orientation mentale, il semble pertinent, dans le cadre de ce travail doctoral, de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques en se penchant sur ces associations, et leurs implications dans le contexte de l'IR réalisée auprès de familles suivies en protection de la jeunesse.

Chapitre 2 Objectifs et hypothèses de l'étude

Le premier objectif de ce mémoire doctoral est d'examiner le rôle de l'orientation mentale dans la relation entre l'exposition à l'Intervention Relationnelle et la sensibilité maternelle. Plus spécifiquement, cette étude vise à examiner si l'orientation mentale constitue un facteur explicatif de l'augmentation de la sensibilité maternelle à la suite de l'exposition à l'Intervention Relationnelle. Le rapport de Tarabulsy et ses collaborateurs (2016) constitue le point de départ de l'étude. De celui-ci découlent plusieurs questions de recherche qui sont examinées dans la présente étude :

1. Existe-t-il un lien positif entre l'exposition à l'IR et l'OM ?
2. Existe-t-il un lien positif entre la sensibilité maternelle et l'OM?
3. Est-ce que l'OM agit comme médiateur du lien entre l'exposition à l'IR et l'augmentation de la sensibilité maternelle ? (Figure 1)

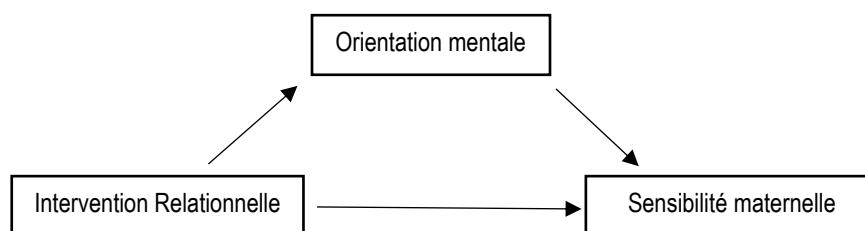


Figure 1. Modèle proposé pour l'OM en tant que médiateur de la relation entre l'IR et la SM.

Le second objectif du présent mémoire doctoral est d'examiner l'influence des symptômes dépressifs et des symptômes de trauma sur les variables mentionnés ci-haut. Dans un premier temps, les liens de modérations des effets directs seront testés, et s'il y a lieu, les effets de modérations seront testés sur le modèle de médiation.

Il est attendu que l'orientation mentale soit associée positivement à l'exposition à l'intervention relationnelle et à la sensibilité maternelle. L'hypothèse avancée est que l'exposition à l'intervention relationnelle sera associée à une plus grande orientation mentale. Également, on émet l'hypothèse que l'orientation mentale préditera une plus grande sensibilité, plaçant l'OM comme médiateur du lien entre l'exposition à l'intervention relationnelle et l'augmentation de la sensibilité maternelle.

Il est également attendu que les symptômes dépressifs et les symptômes de trauma soient associés négativement à la sensibilité maternelle et à l'orientation mentale. Toutefois, aucune hypothèse spécifique n'est émise concernant la modulation potentielle par ces facteurs sur le modèle de médiation IR-OM-SM ou sur les liens directs IR-SM et IR-OM.

Chapitre 3 Méthode

La recherche actuelle s'appuie sur des données recueillies lors de l'implantation de l'Intervention relationnelle au sein des services sociaux québécois, plus précisément à l'intérieur des services de la protection de la jeunesse (Tarabulsy et coll., 2016). Le devis de l'étude est un devis quasi-expérimental.

Procédure

Le recrutement de l'échantillon s'est effectué entre juin 2013 et juillet 2015 par l'entremise des intervenants sociaux qui travaillent auprès des familles qui sont suivies par la protection de la jeunesse (PJ). Ces intervenants identifiaient les enfants admissibles à l'étude et proposaient le projet de recherche aux parents. Si les parents consentaient, les coordonnées de la famille étaient transmises à l'équipe de recherche.

Au sein de l'équipe de recherche, la coordonnatrice était la personne responsable de prendre contact avec la famille par téléphone afin de leur expliquer plus en détail le projet de recherche, obtenir oralement leur consentement libre et éclairé et fixer un rendez-vous à leur domicile. La visite au domicile de la famille était structurée ainsi :

1. Entrevue permettant de recueillir des renseignements sociodémographiques
2. Périodes de jeu libre (avec et sans jouets)
3. Série de questionnaires complétée par le parent
4. Une évaluation du développement de l'enfant

Les rencontres à domicile étaient filmées, et d'une durée de 90 à 120 minutes.

Pour des raisons éthiques, l'attribution des familles participantes au groupe exposé à l'IR et au groupe contrôle ne s'est pas faite de façon aléatoire. La méthode « liste d'attente » a été utilisée afin de créer ces deux groupes. Ainsi, lorsqu'un parent exposé à l'IR acceptait de participer à l'étude, l'équipe de recherche recrutait une famille qui était également suivie par les services PJ, mais qui n'avait pas encore été exposée à l'IR. L'équipe de recherche a donc recruté les familles exposées à l'IR en prenant soin d'apparier celles-ci avec une famille du groupe contrôle dont les caractéristiques familiales et individuelles étaient semblables. Les critères d'appariement étaient les suivants : (1) sexe et âge du parent et de l'enfant (2) durée du suivi par la PJ (3) motif de signalement retenu à la PJ (Tarabulsy et al., 2016).

Pour le groupe intervention, 66 parents ont accepté d'être contactés par l'équipe de recherche. De ces 66 parents, 43 ont accepté de participer à l'étude, soit un taux de participation de 65.15%. En ce qui concerne

le groupe contrôle, 61 familles ont été appariées aux familles du groupe intervention. De ces 61 familles, 28 ont accepté de participer à l'étude, soit un taux de participation de 45.90%. Dans le cadre du présent mémoire doctoral, la séquence d'interaction parent-enfant filmée lors de cette visite est utilisée.

Participants

Les critères d'inclusion étaient (1) que la famille soit suivie volontairement ou par une décision juridique pour des motifs de négligence ou d'abus physique et (2) que l'enfant ait entre 12 et 60 mois. Également, les familles devaient avoir complété un minimum de 6 rencontres d'intervention pour être éligibles à l'évaluation. Les familles étant suivies par le CJ pour des cas d'abandon ou d'abus sexuels n'étaient pas considérées pour l'évaluation de l'intervention. D'autres critères d'exclusion ont été pris en considération, tels que (1) la présence d'anomalie congénitale ou de maladie importante, (2) un placement imminent en famille d'accueil et (3) la présence d'une déficience intellectuelle chez l'enfant.

Au total, 71 familles (43 familles dans le groupe d'intervention et 28 dans le groupe de comparaison) ont été recrutées à travers cinq CJ à travers la province et ont participé à l'étude. Dans le cadre de la présente recherche, 5 dyades participantes (4 du groupe intervention et 1 du groupe contrôle) ont dû être exclues des analyses statistiques en raison de données manquantes. Ainsi, le sous-échantillon utilisé dans le cadre de cette étude est de 66 dyades participantes (59 dyades mère-enfant et 7 dyades père-enfant). À travers les dyades, 54.5% étaient composés de garçons (36 garçons). Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des deux groupes.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variables	Intervention			Contrôle		
	N	M	ET	N	M	ET
Âge des mères	37	27.81	5.50	22	29.86	5.28
Âge des pères*	1	23	N/A	4	30.00	7.62
Âge de l'enfant	39	1.43	0.5	27	1.48	0.51

*2 pères n'ont pas donné leur âge, un dans le groupe intervention et un dans le groupe contrôle.

De façon générale, l'âge du parent dans le groupe intervention (M=27 ans, ET=5.51) était inférieur à l'âge des parents issus du groupe contrôle (M=30 ans, ET=5.23). Cette différence était presque significative ($t(64) = 1.89, p=0.06$).

Le revenu annuel moyen pour les familles du groupe intervention se situait entre 10 000\$ et 20 000\$, tandis que le revenu moyen des familles du groupe contrôle se situait entre 20 000\$ et 30 000\$. Cette différence s'est révélée significative ($t(64) = 2.04, p<0.05$).

Mesures

Orientation mentale.

Deux méthodes d'évaluation, par observation de l'interaction parent-enfant ou par entrevue avec le parent, peuvent être utilisées pour mesurer l'orientation mentale. La méthode de l'entrevue a été développée pour des enfants d'âge préscolaire – 2 à 5 ans, tandis que la méthode d'observation a principalement été développée pour des enfants entre 0 à 2 ans. Toutefois, Meins et ses collègues (2003) ont conclu que la méthode d'observation semble être plus sensible à certains éléments de l'orientation mentale que la méthode d'entrevue, car la méthode d'observation permet d'évaluer les commentaires spontanés du parent lors d'une interaction. Ainsi, dans la présente étude, l'évaluation de l'orientation mentale est réalisée grâce à cette méthode d'observation, bien que certains enfants soient plus âgés que 2 ans.

À l'aide des séquences de jeu filmées lors des rencontres à domicile, l'OM a été codifié en se basant sur les manuels de codification (Meins et Fernyhough, 2015) et les travaux réalisés par Demers et ses collègues (2010a). La première étape a été de retranscrire les verbatims des séquences d'interaction parent-enfant. La deuxième étape a été d'identifier les commentaires émis par le parent qui sont reliés aux états mentaux de l'enfant. Les verbatims ont tous été lus et évalués par deux évaluatrices afin de garantir une uniformité dans l'identification des commentaires OM. La troisième étape fut de codifier les séquences d'interaction parent-enfant et ainsi d'identifier le type de commentaires reliés aux états mentaux. La durée moyenne des séquences vidéo est de 8 minutes 20 secondes. Au cours de cette étape, cinq grands types de commentaires ont été pris en considération (tableau 2 : étape 1). Une fois l'identification du type de commentaires réalisée, les évaluatrices précisaient si le commentaire était approprié ou non approprié aux états mentaux de l'enfant (tableau 2 : étape 2) (Meins et Fernyhough, 2015).

Tableau 2

Étapes de la codification de l'orientation mentale

1. Type de commentaires OM				
Processus mentaux	Émotions	Connaissances, préférences, intérêts, désirs	Manipuler les pensées de l'autre (p.ex. faire une blague)	Parler à la place de l'enfant
2. Commentaire approprié ou non approprié aux états mentaux de l'enfant				
Approprié			Non approprié	

Par l'entremise de la codification, deux scores ont été créés : le premier score correspond à la fréquence d'OM+ durant l'interaction et le deuxième à la fréquence des OM- durant l'interaction.

Les évaluatrices n'avaient aucune connaissance du groupe d'appartenance des familles (groupe intervention ou groupe contrôle). L'accord interjuge a été établi sur la base de la codification de 15 séquences d'interaction sélectionnées aléatoirement dans l'échantillon (23% de l'échantillon). Dans un premier temps, les évaluatrices ont codifié 15 dyades afin de bien s'arrimer sur la codification. Par la suite, 15 dyades supplémentaires ont été sélectionnées aléatoirement à travers les deux groupes dans le but d'établir l'accord interjuge. La corrélation intraclasse pour les commentaires appropriés aux états mentaux de l'enfant (OM+) est de 0.86, et celle pour les OM- est de 0.88.

Sensibilité parentale interactive.

La sensibilité parentale est mesurée grâce à la version courte du Q-sort de comportement maternel (Pederson et Moran, 1995) (QSM) qui a été validée par Tarabulsky, Provost, Bordeleau et ses collègues (2009). Ces auteurs ont été en mesure de faire la démonstration que la version courte du QSM détient des caractéristiques psychométriques satisfaisantes. La fidélité de l'instrument rapportée dans l'étude est $r = .94$ ($p < .0001$) (Tarabulsky et al., 2009). Quant aux indices de validité, le score obtenu à l'aide de la version courte du

QSM, mesurée lorsque l'enfant avait 10 mois, était associée au score obtenu à l'aide de la version longue lorsque l'enfant avait 6 mois ($r = .35$; $p < .05$), à l'évaluation de la sécurité d'attachement effectuée à 15 mois à l'aide du Q-sort de sécurité d'attachement (Waters, 1995) ($r = .34$; $p < .05$), ainsi qu'à l'évaluation du développement cognitif de l'enfant réalisée à 10 et 15 mois à l'aide du Bayley Scales of Infant Development (Bayley 1993) ($r = .48$; $p < .01$) (Tarabulsy et al., 2009).

Cette version courte inclut 25 cartes descriptives présentant un comportement maternel pouvant être observé durant l'interaction parent-enfant. Il est important de mentionner que l'outil de mesure a été validé ultérieurement auprès des pères pour mesurer la sensibilité (Tarabulsy et al., 2016). Les 25 items sont divisés en cinq piles, la première pile étant les comportements et attitudes qui caractérisent le moins le parent, et la cinquième pile étant les comportements et attitudes qui caractérisent le plus le parent. Chaque carte descriptive est associée à un pointage (Pederson, Moran & Bento, 1999). Le score total obtenu par le parent est ensuite comparé au score critère correspondant au score de sensibilité parentale typique. La corrélation obtenue varie entre -1 et 1.

Symptômes de dépression.

Le Symptoms Checklist-90-R (Derogatis et Savitz, 1999) a été utilisé afin de mesurer la dépression du parent. Cet outil est un questionnaire autorapporté et permet de dépister la présence de symptômes dépressifs. L'une des problématiques de santé mentale fréquemment observées chez les parents suivis en PJ est liée à la dépression (Tarabulsy et al., 2016). L'étude réalisée par Tarabulsy et ses collègues (2016) rapporte un alpha de Cronbach pour l'échelle de dépression de .93.

Symptômes liés au trauma.

Les symptômes liés au trauma ont été mesurés à l'aide du Traumatic Symptoms Inventory (Brière, 1995). Le Traumatic Symptoms Inventory (Brière, 1995) est un outil de dépistage basé sur le DSM IV utilisé pour évaluer les symptômes liés au trauma. Il permet d'évaluer les symptômes liés à divers événements potentiellement traumatiques, tels que l'abus conjugal, les traumas multiples, l'abus physique, l'exposition à la guerre, etc. (Brière & Hedges, 2010). Des normes sont disponibles pour les femmes et les hommes âgés entre 18 à 54 ans ou 54 ans et plus. Cet outil permet de comparer le score du participant aux normes correspondant à sa population d'appartenance. Dans l'étude de Tarabulsy et ses collègues (2016), l'alpha de Cronbach pour cette échelle est .96.

Chapitre 4 Résultats

Les résultats présentés dans cette section ont été obtenus suivant le plan d'analyse établi en regard des objectifs du mémoire doctoral. En guise d'analyses préliminaires, les données descriptives ainsi que les corrélations bivariées entre les variables d'intérêt ont été calculées. Ensuite, un premier modèle de médiation, illustré à la figure 1 ci-haut, a été testé plaçant les commentaires appropriés aux états mentaux (OM+) comme médiateur. Un second modèle de médiation a été testé, plaçant les commentaires non appropriés aux états mentaux (OM-) comme médiateur. Suivant le plan d'analyse, des analyses de modération sur les liens directs IR-SM et IR-OM ont été effectuées.

Analyses préliminaires

Données descriptives des variables en fonction du groupe d'appartenance.

Le tableau 3 présente la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum ainsi que le nombre de participants impliqués pour chacune des variables continues. Il est à noter que l'exposition à l'Intervention Relationnelle (IR) est une variable catégorielle (0 = groupe contrôle et 1 = groupe expérimental). Elle n'apparaît donc pas dans le tableau 3 qui regroupe les statistiques descriptives des variables continues de l'étude.

Tableau 3
Statistiques descriptives des variables d'intérêt en fonction du groupe d'appartenance

Variables	Intervention			Contrôle		
	N	M (ET)	Min -Max	N	M (ET)	Min-Max
Sensibilité maternelle (SM)	39	.34 (.59)	-.67 – .82	27	.005 (.59)	-.94 – 0.85
Commentaires appropriés aux états mentaux de l'enfant (OM+)	38	6.11 (4.77)	0 – 22	27	3.96 (2.34)	0 – 9
Commentaires non appropriés aux états mentaux de l'enfant (OM-)	38	2.56 (2.61)	0 – 9	27	1.59 (1.69)	0 – 6
Échelle de dépression (Dép)	39	13.49 (10.93)	1 – 47	27	12.67 (9.59)	0 – 39
Inventaire des symptômes de trauma (Trauma)	39	32.59 (16.81)	4 – 69	27	29.48 (19.67)	1 – 68

Note. N groupe intervention = 39; N groupe contrôle = 27

Associations bivariées entre les variables d'intérêt.

Le tableau 4 présente les résultats des corrélations bivariées de Pearson (r) effectuées. Tout d'abord, l'Intervention Relationnelle est associée à la sensibilité parentale ($r = .33, p < 0.01$), aux commentaires appropriés

aux états mentaux de l'enfant (OM+) ($r=0.26, p<0.05$). Une tendance statistique ($p<0.10$) est observée pour la relation IR et OM- ($r=0.21$). La sensibilité parentale est uniquement associée aux OM+ ($r=0.26, p<0.05$). Aucun lien entre les variables d'OM et les variables de santé mentale ne s'est révélé significatif. La dépression est fortement associée aux symptômes de trauma ($r=.71, p<0.001$).

Tableau 4
Corrélations bivariées entre les variables d'intérêts de l'étude

Variables	1	2	3	4	5	6
1. IR						
2. SM	.33**					
3. OM+	.26*	.26*				
4. OM-	.21 ^t	-.003	.47***			
5. Dép	.04	.005	-.004	-.131		
6. Trauma	.09	.07	-.03	.08	.71 ***	

Note. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, t $p < 0.10$

Relation entre l'exposition à l'IR et la sensibilité maternelle

Dans le rapport sur l'efficacité de l'Intervention Relationnelle en contexte de protection de la jeunesse, Tarabulsy et ses collaborateurs (2016) ont réalisé une analyse de variance (ANOVA) pour tester le lien entre l'IR et la sensibilité parentale. Les auteurs rapportent une différence significative entre les deux groupes sur la sensibilité parentale ($F(1,70)=4.05, p<0.05$). Le groupe exposé à l'IR avait une sensibilité moyenne de .26 (.43), comparativement à une sensibilité moyenne de .02 (.58) pour le groupe contrôle. Dans le cadre de la présente étude, une analyse de variance (ANOVA) a été réalisée en raison de l'exclusion de 5 dyades. L'ANOVA a révélé une différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle sur la variable de la sensibilité parentale. La moyenne de sensibilité parentale du groupe exposé à l'intervention est de .34 (.37), comparativement à une moyenne de sensibilité de .005(0.58) pour le groupe contrôle ($F(1,64)=7.97, p<0.05$). Le tableau 5 résume les résultats de cette analyse.

Tableau 5
Analyse de variance de la sensibilité parentale en fonction de l'exposition à l'IR

	ddl	CM	F	p
Groupe	1	1.78	7.97	.006
Erreur	64	0.22		

Note. N groupe intervention = 39; N groupe contrôle = 27

Le résultat obtenu dans l'étude de Tarabulsy et ses collaborateurs (2016) est très semblable au résultat obtenu dans le cadre du présent mémoire doctoral.

Analyses de médiation

Les deux modèles de médiation ont été testés à l'aide du module 4 de PROCESS sur SPSS. Le premier modèle testé est celui plaçant les commentaires appropriés vers les états mentaux (fréquence des OM+) comme médiateur dans la relation entre l'exposition à l'intervention relationnelle et la sensibilité parentale. Le deuxième modèle testé est celui plaçant les commentaires non appropriés aux états mentaux (fréquence des OM-) comme médiateur dans la relation entre l'exposition à l'intervention relationnelle et la sensibilité parentale. Aucun modèle de médiation ne s'est révélé significatif. Les tableaux 6 et 7 résument les résultats des régressions multiples réalisées.

Tableau 6

Sommaire des résultats de l'analyse de médiation impliquant les commentaires appropriés vers les états mentaux de l'enfant (OM+) comme médiateur de la relation entre l'intervention relationnelle et la sensibilité parentale

Variable	B	Erreur standard B	t	p
(Constante)	-.08	.11	-.76	.45
IR	.30	.12	2.49	.01
OM+	.02	.01	1.47	.14

Notes. N = 65, $R^2 = 0.15$, $p < .01$

Tableau 7

Sommaire des résultats de l'analyse de médiation impliquant les commentaires non appropriés vers les états mentaux de l'enfant (OM-) comme médiateur de la relation entre l'intervention relationnelle et la sensibilité parentale

Variable	B	Erreur standard B	t	p
(Constante)	-.03	.01	-.32	.74
IR	.37	.12	3.02	.003
OM+	-.02	.03	-.66	.50

Notes. N = 65, $R^2 = 0.12$, $p < .05$

Analyses de modération

Considérant que les modèles de médiation testés se sont révélés non significatifs, des analyses de modération ont été réalisées à l'aide du module 1 de PROCESS afin d'examiner l'influence potentiellement modératrice de la santé mentale sur la relation entre l'IR et la SM ainsi qu'entre l'IR et l'OM. Tout d'abord, en ce qui concerne la relation IR-SM, les deux variables de santé mentale - (1) symptômes dépressifs et (2) symptômes de trauma - ont été testées comme modérateur. L'IR est la variable prédictive, et la SM la variable dépendante dans ces analyses.

Modérateurs de la relation IR-SM.

L'interaction entre l'IR et les symptômes dépressifs s'est révélée significative [$B = .02$, 95% IC (.00, .05), $p = .04$]. Pour les effets selon les conditions, à un faible niveau de symptômes dépressifs (3,72), la différence entre les groupes n'est pas significative [effet = 0.11, 95% IC (-.20, .43), $p = .48$], tandis qu'à un niveau modéré de symptômes dépressifs = 11.00 [effet = 0.29, 95% IC (.05, .52), $p < .02$] et à un niveau élevé de symptômes dépressifs = 23 [effet = 0.57, 95% IC (.00, .24), $p = .001$], la différence entre les deux groupes est significative. Ces résultats désignent les symptômes dépressifs du parent comme un modérateur positif de la relation entre l'IR et la SM (figure 2). Ainsi, l'effet de l'Intervention Relationnelle sur la sensibilité maternelle est plus fort en présence de symptômes dépressifs chez le parent.

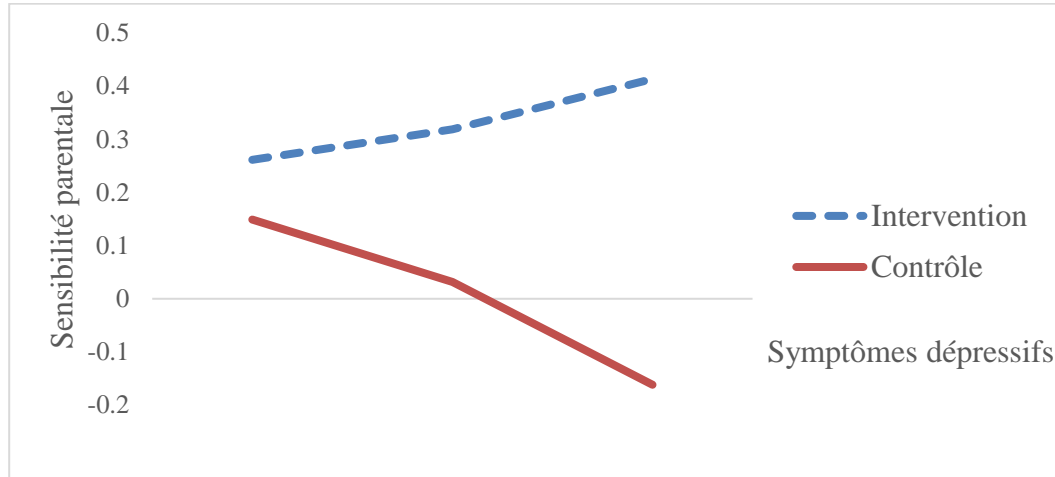


Figure 2. Relation entre la sensibilité parentale et les symptômes de dépression chez les parents en fonction du groupe d'appartenance.

L'interaction entre l'IR et les symptômes de trauma s'est révélée marginalement significative [$B = .01$, 95% IC (-.00, .02), $p = .08$]. Pour les effets selon les conditions, à un faible niveau de symptômes de trauma (= 11.72), la différence entre les groupes n'est pas significative [effet = 0.11, 95% IC (-.23, .45), $p = .53$], tandis qu'à un niveau modéré de symptômes de trauma (= 32.00) [effet = 0.34, 95% IC (.11, .58), $p = .005$] et à un niveau élevé de symptômes de trauma (= 51.28) [effet = 0.56, 95% IC (.21, .91), $p = .002$], la différence entre les groupes est significative (figure 3). Cette tendance est semblable à celle observée pour la dépression. Ainsi, en présence de symptômes de trauma de niveau modéré à élevé chez le parent, l'effet de l'Intervention Relationnelle sur la sensibilité parentale semble être plus fort.

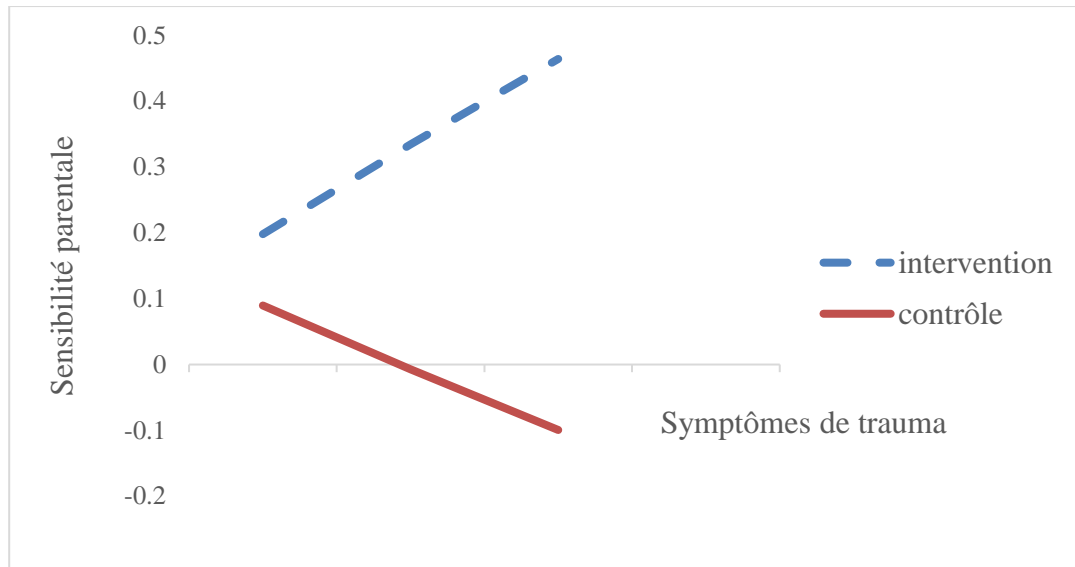


Figure 3. Relation entre la sensibilité parentale et les symptômes de trauma chez le parent en fonction du groupe d'appartenance.

Modérateurs de la relation IR-OM.

Le premier modèle de modération testé fut celui avec les symptômes dépressifs. Aucun effet modérateur n'est observé quant à la relation entre l'IR et l'OM [$B = -.006$, 95% IC (-.27, .28), $p = .96$]. Le second modèle de modération testé fut celui avec les symptômes de trauma. Aucun effet modérateur n'est observé quant à la relation entre l'IR et l'OM [$B = .03$, 95% IC (-.12, .18), $p = .72$].

Chapitre 5 Discussion

Les recherches portant sur la relation parent-enfant ont bien documenté l'importance de la sécurité d'attachement pour une saine trajectoire de développement chez l'enfant (van IJzendoorn et al., 1995; Moss et al., 2004; Goodman, Newton et Thompson, 2012). L'une des caractéristiques parentales indispensables pour le développement de la sécurité d'attachement est la sensibilité parentale, soit cette aptitude à identifier, décoder et répondre aux signaux de l'enfant de façon adéquate et contingente (Ainsworth et al., 1971; 1974; de Wolff et van IJzendoorn, 1997). À la lumière de ces nombreuses preuves empiriques liant l'attachement, la sensibilité parentale et le développement de l'enfant, plusieurs équipes de recherche ont pris l'initiative de développer des programmes d'intervention basés sur les principes de la théorie de l'attachement. Dans leur méta-analyse, Bakermans-Kranenburg et ses collaborateurs (2003) ont conclu que les programmes basés sur les principes de l'attachement sont les plus efficaces pour augmenter la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement. Au Québec, un programme d'intervention fondé sur la théorie de l'attachement, l'Intervention Relationnelle, a été développé et validé en contexte universitaire, puis implanté dans nos services sociaux en protection de la jeunesse (Moss et al., 2011; 2014, Tarabulsky et al., 2008; 2016). L'Intervention Relationnelle s'adresse tout particulièrement aux familles suivies en protection de la jeunesse dont l'enfant est âgé entre 0 et 5 ans. L'étude de Tarabulsky et ses collaborateurs (2016) a permis de conclure que l'Intervention Relationnelle, réalisée dans le cadre des services sociaux québécois, est efficace pour augmenter la sensibilité parentale des parents suivis en protection de la jeunesse.

Le présent mémoire doctoral visait à mieux comprendre les mécanismes de changement, sur le plan clinique, qui peuvent expliquer ce résultat. Pour ce faire, l'orientation mentale a été examinée comme un facteur médiateur potentiel de la relation entre l'exposition à l'Intervention Relationnelle et la sensibilité parentale. Le second objectif de l'étude était d'examiner l'influence des symptômes dépressifs et traumatiques des parents sur ces variables. Il est important de noter que cette étude est l'une des rares à examiner l'orientation mentale dans le cadre d'un programme d'intervention basé sur l'attachement qui ne cible pas directement l'OM comme cible d'intervention et est réalisé auprès d'une population à très haut risque psychosocial. Cette section du mémoire doctoral présente une discussion des résultats obtenus en regard aux objectifs et hypothèses émises et aux résultats des études antérieures dans le domaine. Elle permet également de présenter une réflexion sur les implications cliniques des résultats obtenus. Le mémoire se conclut par une discussion concernant les limites propres à l'étude et des pistes pour des recherches futures.

Relations entre l'Intervention Relationnelle, la sensibilité parentale et l'orientation mentale

Le premier objectif visait à examiner si l'orientation mentale constitue un facteur médiateur de la relation entre l'Intervention Relationnelle et la sensibilité parentale. Pour ce faire, les associations entre l'IR, la SM et l'OM ont été examinées à l'aide des corrélations bivariées. Dans un deuxième temps, des analyses de médiation ont été effectuées afin de tester le modèle de médiation proposé à la figure 1.

L'Intervention Relationnelle et la sensibilité parentale.

L'étude de Tarabulsy et ses collaborateurs (2016) fut le point de départ du présent mémoire doctoral. Elle a rapporté le résultat d'une ANOVA montrant une différence significative pour la sensibilité parentale entre le groupe exposé à l'IR et le groupe contrôle ($F(1,70)=4.05, p<.05$). Considérant l'exclusion de 5 dyades en raison de données manquantes, l'analyse de variance a été réalisée à nouveau avec les 66 dyades composant l'échantillon de la présente étude. Des résultats très similaires ont été obtenus ($F(1,64)=7.97, p<.01$). Ceci réitère les résultats de Tarabulsy et ses collaborateurs (2016). Les parents qui ont été exposés à l'Intervention Relationnelle étaient plus sensibles, comparativement aux parents qui n'ont pas été exposés à l'IR. Les résultats permettent de conclure que l'IR est un programme d'intervention fondé sur les principes de l'attachement qui est efficace pour augmenter la sensibilité parentale auprès de populations à très haut risque psychosocial. Ceci contribue significativement à l'avancement des connaissances. Bakermans-Kranenburg et ses collaborateurs (2003) notaient notamment que la vaste majorité des études se penchant sur des programmes d'intervention étaient réalisées auprès de populations à faible et moyen risque. Or, il est important de confirmer que les programmes d'intervention mis sur pieds sont également efficaces pour aider les familles les plus vulnérables. Ces résultats sont donc importants sur le plan clinique.

L'Intervention Relationnelle et l'orientation mentale.

En ce qui concerne la relation entre l'IR et l'OM, l'hypothèse avancée était que l'OM serait positivement associée à l'IR. Tel qu'attendu, les résultats obtenus indiquent que l'IR est positivement associée à l'OM ($r = .26, p<.05$). Ainsi, les parents exposés au programme d'intervention ont tendance à émettre plus fréquemment des commentaires orientés vers les états mentaux de leur enfant, comparativement aux parents non exposés à l'IR. À la lumière de ce résultat, l'IR semble avoir un effet positif sur l'OM, et plus particulièrement, sur la capacité du parent à décoder et à commenter de façon appropriée les états mentaux de l'enfant. Ce résultat est prometteur, car il rend compte du potentiel de l'IR pour favoriser une meilleure orientation mentale chez le parent.

À ce jour, peu d'études se sont penchées sur l'OM dans un contexte de programme d'intervention basé sur les principes de la théorie de l'attachement. Par exemple, Riva Crugnola et ses collaborateurs (2021) ont mis sur pied un programme d'intervention ciblant la sensibilité parentale et l'orientation mentale dans le but d'améliorer la qualité des interactions parent-enfant auprès de mères adolescentes. Bien que plusieurs différences puissent être observées entre leur programme d'intervention et l'IR, il est intéressant de noter que le programme d'intervention de Riva Crugnola et ses collaborateurs (2021) semble efficace pour augmenter la sensibilité parentale et l'orientation mentale du parent. L'orientation mentale semble donc être une capacité du parent sur laquelle les interventions peuvent avoir des impacts positifs importants. Leur étude souligne également l'importance du rôle de l'OM dans la qualité globale des interactions parent-enfant.

De plus, la relation entre l'OM+ et l'OM- est significative, révélant une relation positive et modérée entre les commentaires appropriés aux états mentaux de l'enfant (OM+) et les commentaires non appropriés aux états mentaux (OM-) ($r = .47, p < .001$). Autrement dit, les parents qui émettent davantage de commentaires appropriés aux états mentaux de leur enfant sont ceux qui avaient tendance à émettre davantage de commentaires non appropriés. Ce résultat peut sembler également contre-intuitif en regard aux résultats obtenus dans les études antérieures sur l'orientation mentale. En effet, certaines études réalisées auprès de populations à faible et moyen risque rapportent une absence d'association entre l'OM+ et l'OM- (Meins et al., 2012, Arnott et Meins, 2007). Toutefois, les études réalisées auprès de populations à plus haut risque psychosocial rapportent des patrons de résultats entre l'OM+ et l'OM- similaires à celui obtenu dans la présente étude. À ce jour, très peu d'études ont étudié l'OM auprès de ces populations vulnérables. L'une des pistes explicatives de ce différent patron de résultats observé réside dans les caractéristiques particulièrement vulnérables sur le plan psychosocial de ces populations étudiées (Gagné et al., 2021; Marcoux, Bernier, Séguin et al., 2016; Schacht, Meins, Fernyhough et al., 2017).

Dans le cadre de la présente étude, il est possible de mieux comprendre ces résultats à la lumière des caractéristiques propres à l'échantillon et des caractéristiques liées au contexte de l'intervention. L'IR est une stratégie d'intervention qui utilise la rétroaction vidéo. Par ce moyen, l'intervenant fait un retour avec le parent sur l'interaction parent-enfant. Ils observent l'interaction et l'intervenant souligne les comportements, attitudes ou commentaires du parent qui sont positifs et sensibles en regard aux signaux de l'enfant. L'IR invite donc le parent à s'attarder aux signaux, expressions faciales et états de son enfant et à commenter les interactions. Par la bande, ces discussions sur les conduites parentales en regard aux signaux de l'enfant informent le parent que les comportements observables de l'enfant sont motivés par les états internes propres à ce dernier. Ceci peut solliciter le développement d'une attitude de curiosité envers les états mentaux de l'enfant et favoriser les verbalisations du parent au cours des interactions. Toutefois, bien que ces tentatives augmentent, les parents peuvent éprouver des difficultés à se décentrer de leurs propres états mentaux et à bien décoder les états

internes de leur enfant malgré tout. L'IR ne cible pas directement la capacité de mentalisation du parent ni les autres caractéristiques propres aux parents, telles que la santé mentale, qui pourraient entraver sa capacité d'OM. Les résultats obtenus montrent une association positive, mais faible, entre l'IR et l'OM+. Ainsi, selon l'état du parent et ce qui se passe durant l'interaction avec leur enfant, ces parents exposés à l'intervention peuvent émettre davantage d'OM+ et à d'autres moments, davantage d'OM-. Il pourrait s'avérer bénéfique que les intervenants portent une attention particulière à la façon dont le parent décode et commente les états internes de leur enfant afin de bonifier les effets positifs de l'intervention.

La sensibilité parentale et l'orientation mentale.

En ce qui concerne les associations entre la sensibilité parentale et l'orientation mentale, les résultats obtenus indiquent une relation positive et faible entre la SM et l'OM+ ($r = .26$, $p < .05$) et une relation non significative avec l'OM- ($r = -.003$, $p > .05$). Autrement dit, les parents qui ont tendance à commenter plus fréquemment les états mentaux de leur enfant de façon appropriée ont également tendance à démontrer une plus grande sensibilité parentale au cours des interactions. La sensibilité parentale ne semble pas associée aux commentaires non appropriés aux états mentaux de l'enfant.

Ces résultats sont cohérents avec les résultats obtenus à travers les recherches et documentés dans une méta-analyse et une revue systématique récentes (Zeegers et al., 2017; McMahon et Bernier, 2017). La méta-analyse de Zeegers et ses collaborateurs (2017) rapporte des tailles d'effet allant de faible à modéré concernant la relation entre la sensibilité parentale et la capacité de mentalisation. En guise de rappel, Zeegers et ses collaborateurs (2017) se sont penchés sur la capacité de mentalisation du parent qui incluait les définitions d'orientation mentale, de fonctionnement réflexif et de discernement parental. De plus, les auteurs obtiennent une corrélation positive et faible ($r = .24$), impliquant 24 tailles d'effets. Pour sa part, la revue systématique de McMahon et Bernier (2017) examinait les résultats récoltés à travers les études qui portaient spécifiquement sur l'orientation mentale. Les études documentées rapportent également des associations positives et faibles à modérées entre la sensibilité parentale et l'orientation mentale. Ces résultats sont très similaires à celui obtenu dans la présente étude concernant la relation entre la SM et l'OM+.

Ainsi, les résultats obtenus dans le cadre du présent mémoire doctoral indiquent que la sensibilité parentale et l'orientation mentale sont deux caractéristiques du parent qui sont liées entre elles, et ce, dans un échantillon à très haut risque psychosocial. Les caractéristiques propres à l'échantillon sont importantes à souligner ici, car bien que nos résultats soient cohérents avec les résultats rapportés par Zeegers et al. (2017) et McMahon et Bernier (2017), ces auteurs font le constat qu'un nombre important des recherches sur l'OM sont réalisées auprès de populations à faible ou moyen risque psychosocial. D'ailleurs, ces auteurs soulignent que peu d'études rapportent les scores d'OM-, notamment en raison de la rareté de ces commentaires dans la

population générale. McMahon et Bernier (2017) soulèvent toutefois l'hypothèse que les OM- pourraient être plus fréquents dans les populations plus vulnérables et qu'il serait important pour les recherches subséquentes de les documenter.

De plus, ces auteurs mettent en lumière une certaine variabilité entre les tailles d'effets obtenus à travers les études (Zeegers et al. 2017; McMahon et Bernier, 2017). McMahon et Bernier (2017) font d'ailleurs d'importants constats, notamment que les études utilisent divers outils de mesure pour évaluer la sensibilité maternelle et l'orientation mentale. L'utilisation de ces différents outils de mesure peut avoir une incidence sur la stabilité des tailles d'effets et associations trouvées à travers les études. Par exemple, dans le cas de l'orientation mentale, le manuel de codification de Meins et ses collaborateurs (2015) indique qu'il est possible de calculer un score de fréquence – nombre de fois que le parent émettra un commentaire orienté vers les états mentaux – ou un score de proportion – score de fréquence / nombre de verbalisations durant l'interaction. Cette différence dans la façon de créer les scores d'OM a une incidence sur les résultats obtenus. Dans le cas de la sensibilité parentale, McMahon et Bernier (2017) rapportent plusieurs outils utilisés dans le cadre des études recensées. Ces auteures soulignent que les études qui semblent rapporter des résultats similaires sont celles utilisant le Q-sort de comportement maternel et la méthode par observation pour mesurer l'OM. L'identification d'outils de mesure considérés comme le plus valable et l'unification de la méthode utilisée pour créer les scores de l'OM pourraient être bénéfiques pour documenter ces relations de façon plus précise en fonction du contexte des études et des caractéristiques des populations.

Le modèle de médiation IR – OM – SM.

Ce mémoire doctoral s'intéresse tout particulièrement aux mécanismes de changement qui, sur le plan clinique, pourraient expliquer l'augmentation de la sensibilité parentale suite à l'exposition à l'IR. Certains auteurs argumentent que la mentalisation serait un précurseur à la sensibilité parentale (Zeegers et al., 2017). En d'autres mots, si le parent est en mesure de se représenter mentalement que son enfant est un être à part entière, habité par un monde interne – émotions, désires, intentions –, il sera en mesure de décoder plus adéquatement les signaux, émotions et états mentaux de son enfant, ce qui permettra au parent de répondre aux manifestations de son enfant de façon plus sensible. À l'inverse, des difficultés à se former des représentations mentales de son enfant pourraient mener le parent à prêter des intentions ou à projeter des émotions sur son enfant, et répondre de façon plus ou moins sensible en fonction des situations.

Dans le cadre de la présente étude, il a été postulé que l'orientation mentale agirait comme un médiateur dans la relation entre l'IR et la SM. Les analyses de médiation permettent notamment d'obtenir des

résultats qui sont utiles pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents par lesquels l'IR a une influence sur la SM. En guise de rappel, le modèle de médiation testé est celui représenté à la *Figure 1*. Contrairement à ce qui était attendu, aucun lien de médiation ne s'est révélé significatif. Ces résultats indiquent que l'orientation mentale ne semble pas être un facteur explicatif de l'augmentation de la sensibilité parentale à la suite de l'exposition à l'Intervention Relationnelle. Tel que Baudry, Tarabulsky, Pearson et ses collaborateurs (2015) le documentent dans leur étude, les liens de médiation peuvent être difficiles à obtenir au sein des études portant sur des programmes d'intervention. Les auteurs soulignent que ces études ont parfois un nombre restreint de participants, ce qui influence la puissance statistique des analyses réalisées. Dans le cadre de la présente étude, l'échantillon était constitué de 66 dyades parent-enfant. Ce faible échantillon peut limiter la puissance statistique des analyses réalisées et être l'une des pistes explicatives de l'absence de relation de médiation statistiquement significative. De plus, les résultats obtenus indiquent qu'uniquement les effets directs sont significatifs.

À la lumière de tous ces résultats, le modèle qui semble mieux illustrer les relations entre les variables d'intérêt est présenté à la figure 4.

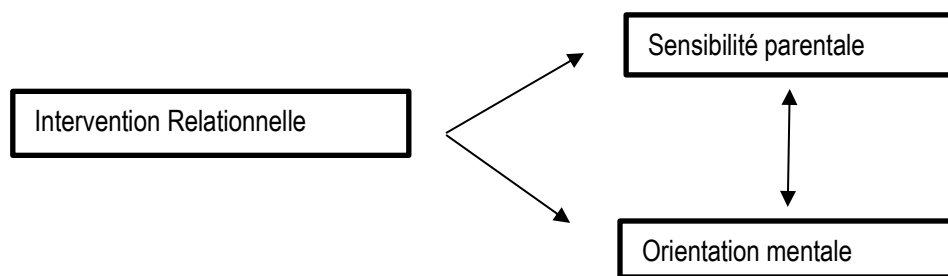


Figure 4. Nouveau modèle proposé pour illustrer l'effet de l'IR sur la sensibilité parentale et l'orientation mentale

L'Intervention Relationnelle semble avoir un effet positif sur ces deux caractéristiques parentales, soit la sensibilité parentale et l'orientation mentale. Tout en augmentant la capacité à bien décoder les signaux de l'enfant pour répondre de façon contingente et rapide, l'Intervention Relationnelle a le potentiel d'influencer la capacité du parent à s'intéresser et à commenter les états mentaux de l'enfant. Des études supplémentaires seront nécessaires afin de tester ces hypothèses explicatives et mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à l'effet de l'IR sur l'OM et la SM.

Les associations avec les variables de santé mentale : Symptômes dépressifs et symptômes de trauma

Dans leur rapport, Tarabulsky et ses collaborateurs (2016) rapportaient des tendances statistiques avec les variables de symptômes dépressifs ($\beta=.50$, $p=0.053$) et de symptômes de trauma ($\beta=.49$, $p=0.07$). Ces auteurs ont avancé l'hypothèse selon laquelle les parents qui rapportent davantage de symptômes dépressifs

ou de trauma bénéficieraient davantage de l'Intervention Relationnelle. Le deuxième objectif de la présente étude visait donc à examiner l'influence des symptômes dépressifs et des symptômes de trauma sur le modèle de médiation IR-OM-SM. Considérant les résultats non significatifs des modèles de médiation testés, des analyses de modération ont été réalisées afin d'examiner l'influence des deux variables de santé mentale du parent sur les relations IR-SM et IR-OM respectivement.

Liens modérateurs de la relation entre l'IR et la SM.

Tout d'abord, le modèle identifiant les symptômes dépressifs comme modérateur, l'IR comme variable prédictive et la SM comme variable dépendante a été testé. Il était attendu que les symptômes dépressifs soient négativement associés à la sensibilité maternelle. Toutefois, aucune hypothèse n'était émise quant à l'effet modérateur potentiel que les symptômes dépressifs pourraient avoir sur la relation IR-SM. L'interaction entre l'IR et les symptômes dépressifs s'est révélée significative (*Figure 2*). Les résultats indiquent qu'à des niveaux modéré et élevé de symptômes dépressifs rapportés par le parent, l'effet de l'Intervention Relationnelle sur la sensibilité est plus marqué, tandis qu'aucun effet de l'intervention n'est noté pour un niveau faible de symptômes dépressifs.

Un patron de résultats similaire peut être observé pour les symptômes de trauma. De même que pour les symptômes dépressifs, il était attendu que les symptômes de trauma soient négativement associés à la sensibilité maternelle, mais aucune hypothèse n'était émise quant à l'effet modérateur potentiel. Les résultats indiquent qu'à des niveaux modéré et élevé de symptômes de trauma, l'effet de l'Intervention relationnelle sur la sensibilité parentale est plus marqué, tandis qu'aucune influence n'est notée pour un niveau faible de symptômes de trauma (*Figure 3*).

À la lumière de ces résultats, l'Intervention Relationnelle semble être particulièrement efficace pour augmenter la sensibilité parentale auprès des parents qui souffrent de symptômes dépressifs ou de trauma. Ces résultats ont d'importantes implications cliniques. Tel que souligné précédemment, les problèmes de santé mentale chez les parents ont des effets délétères sur la sensibilité parentale et constituent d'importants facteurs de risque pour le développement et l'adaptation de l'enfant (Field, 2010 ; Gabally et Lewis, 2017; Erikson et al., 2019; Bigelow et al., 2018). Les études notent notamment des comportements parentaux plus intrusifs, hostiles, désengagés et coercitifs chez les parents qui souffrent de problèmes de santé mentale (Field, 2010; Lovejoy et al., 2000). Bien que ces associations soient relativement bien documentées à travers la littérature scientifique, certains auteurs argumentent que certaines mères sont en mesure d'agir de façon relativement sensible, bien que celles-ci souffrent de dépression ou de trauma (Campbell et al., 2004; Bouvette-Turcot, Bernier, Leblanc, 2017). Ainsi, en offrant l'IR aux parents aux prises avec la dépression ou des symptômes de trauma, ils sont accompagnés par un intervenant afin de mieux comprendre et décoder leur enfant par des capsules

psychoéducatives et la rétroaction vidéo. La rétroaction vidéo, par le fait qu'uniquement les comportements et attitudes parentales positives soient soulignés, renforcés et liés avec les réactions et comportements de l'enfant, aiderait les parents à développer un sentiment de compétence parentale. La mobilisation du parent dans ce programme d'intervention, le développement de ses connaissances sur le développement de l'enfant et le développement d'un sentiment de compétence parentale pourraient constituer des facteurs qui favorisent l'augmentation de la sensibilité parentale, sans nécessairement que l'IR n'intervienne directement sur les symptômes dépressifs ou de trauma vécu par le parent. Cette piste explicative demeure toutefois à valider à l'aide d'autres études sur l'intervention. Ces résultats indiquent néanmoins que certaines caractéristiques parentales semblent jouer un rôle sur l'efficacité de l'intervention. Les recherches futures devraient considérer diverses caractéristiques parentales afin d'identifier quels sont les facteurs qui peuvent influencer l'efficacité des programmes d'intervention.

Liens modérateurs de la relation entre l'IR et l'OM.

Il était également attendu que les symptômes dépressifs et les symptômes de trauma soient négativement associés à l'orientation mentale. Toutefois, aucune hypothèse sur les effets de modération n'avait été émise. Les résultats obtenus indiquent qu'aucun modèle de modération ne s'est révélé significatif pour les symptômes dépressifs et les symptômes de trauma. Contrairement à ce qui peut être observé dans la littérature scientifique (Bigelow et al., 2018; Camisasca et al., 2017; Schacht, Hammond, Marks et al., 2013), l'orientation mentale ne semble pas être associée aux variables de santé mentale dans notre échantillon. De plus, les variables de santé mentale ne semblent pas être des facteurs modérateurs de l'effet de l'Intervention Relationnelle sur l'orientation mentale.

Il se peut qu'en raison de caractéristiques propres à notre échantillon, les variables de santé mentale n'influencent pas l'orientation mentale de la même façon que dans les échantillons des autres études. Les familles suivies par la protection de la jeunesse sont des familles qui sont considérées à très haut risque sur le plan psychosocial et qui font face à de l'adversité quotidienne en raison de difficultés personnelles, économiques, sociales ou autres. La présence de plusieurs facteurs de risque a un effet cumulatif sur les ressources personnelles de l'individu et sur sa capacité à faire face à l'adversité (Cicchetti, 2013). Ainsi, il se peut que d'autres facteurs que la santé mentale du parent modèrent la relation entre l'IR et l'OM dans de tels contextes. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de mieux comprendre la relation entre les problématiques de santé mentale et l'orientation mentale dans les échantillons faisant face à de multiples facteurs de risque, tels que les familles suivies par la protection de la jeunesse pour des motifs de mauvais traitements.

Conclusion

En conclusion, l'Intervention Relationnelle est un programme d'intervention basé sur les principes de l'attachement qui s'avère efficace pour aider les familles les plus vulnérables en lien avec la parentalité. La recherche actuelle confirme à nouveau son efficacité pour augmenter la sensibilité maternelle et montre également que l'IR a des effets bénéfiques sur l'orientation mentale. Cette capacité que détient le parent de décoder les états mentaux de son enfant et d'émettre des commentaires sur le monde interne de son enfant durant les interactions s'avère une caractéristique parentale importante à considérer pour mieux comprendre la complexité des interactions parent-enfant et leur influence sur le développement de l'enfant. La recherche actuelle a également mis en lumière des résultats qui ont d'importantes répercussions sur le plan de l'intervention : l'Intervention Relationnelle est d'autant plus efficace pour augmenter la sensibilité maternelle lorsque les parents présentent de hauts niveaux de symptômes dépressifs et de trauma.

Bien que les résultats présentés dans cette étude aient d'importantes retombées au niveau de l'intervention et de la recherche, il demeure important de considérer ces conclusions à la lumière des limites de l'étude. Tout d'abord, le choix d'utiliser la méthode observationnelle pour évaluer l'orientation mentale impacte l'interprétation des résultats. Cette décision repose notamment sur le fait que la méthode observationnelle permet de mesurer plus précisément l'orientation mentale comme elle se manifeste dans les interactions quotidiennes. La revue systématique de McMahon et Bernier (2017) relève notamment que les études utilisant la méthode observationnelle et le Q-sort de comportement maternel sont celles qui rapportent des résultats plus robustes et convergents. Toutefois, le schème de codification proposé par Meins et Fernyhough (2015) pour la mesure observationnelle a été développé pour les enfants âgés entre 0 et 2 ans. Or, notre échantillon inclut des enfants âgés entre 1 et 5 ans. Ainsi, il est possible de se questionner si la nature ou la fréquence des commentaires orientés vers les états mentaux changent au cours du développement de l'enfant (notamment lorsque l'enfant est en mesure de mieux s'exprimer verbalement) et comment la méthode observationnelle est en mesure de capter ces changements. À ce jour, peu d'études ont utilisé cette méthode au-delà de la petite enfance et davantage de recherches sont nécessaires pour être en mesure de valider l'utilisation de la méthode observationnelle jusqu'à la fin de l'âge préscolaire (McMahon et Bernier, 2017).

De plus, au niveau méthodologique, le petit échantillon et le choix du devis de l'étude sont à considérer dans l'interprétation des résultats. Les familles qui ont participé à l'étude constituent un échantillon extrêmement vulnérable : familles suivies en protection de la jeunesse pour négligence et abus physique, revenu annuel très faible, peu d'éducation, etc. L'assignation entre les groupes ne s'est donc pas faite de façon aléatoire en raison de considérations éthiques très importantes. Ceci a également influencé le type de devis d'étude choisi, soit un devis transversal avec un seul temps de mesure. Ces éléments ont des impacts sur la puissance statistique et

les conclusions qui peuvent être tirées des résultats. En effet, dans le cadre du présent mémoire doctoral, des analyses de médiation ont été réalisées. Or, ces analyses demandent une puissance statistique minimale, qui est notamment réduite par un petit échantillon. Ainsi, il serait important que l'étude soit répliquée avec un plus grand nombre de familles. De plus, le devis quasi-expérimental présente également des forces et des limites. L'absence de mesures pré-intervention et post-intervention influence les résultats obtenus, la puissance statistique et les conclusions de l'étude. Ces limites de l'étude soulignent l'importance d'un devis expérimental dans les études sur les interventions, permettant ainsi de faire des comparaisons intra-individuelles et inter-individuelles, et d'un devis longitudinal, permettant de voir si les effets bénéfiques de l'IR qui sont observés au premier temps de mesure sont également observables à long terme.

Finalement, le domaine de recherche de l'orientation mentale est relativement récent et plusieurs questions restent à être abordées. En effet, les connaissances futures sur cette capacité parentale auprès des populations à plus haut risque psychosocial ainsi que sur les différences individuelles observées permettront de mieux comprendre sa contribution à la relation parent-enfant et son influence sur le développement de l'enfant. Ces connaissances permettront également d'aiguiller, sur le plan clinique, comment aider les parents à développer ou améliorer cette capacité métacognitive.

Bibliographie

- Achim, J., Lebel, A. & Ensink, K. (2020). Chapitre 1. Qu'est-ce que mentaliser et comment se développe cette capacité?. Dans J. Achim, A. Lebel et K. Ensink (dir), *Mentaliser en contexte pédopsychiatrique: Interventions thérapeutiques* (pp. 31-54). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development*, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1971). Individual differences in Strange Situation behaviour of one year olds. Dans H. R. Schaffer (dir.), *The origins of human social relations*. New York: Academic Press.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: "Socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world*, 99– 135. Cambridge : Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C. Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Aldrich, N. J., Chen, J., & Alfieri, L. (2021). Evaluating associations between parental mind-mindedness and children's developmental capacities through meta-analysis. *Developmental Review*, 60, 100946.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnott, B. & Meins, E. (2007). Links among antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security : A preliminary study of mothers and fathers. *Bulletin of Menninger Clinic*, 71(June), 132-149.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2003). Less Is More : Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*. 129 (2), 195-215.
- Banyard, V. L. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child abuse & neglect*, 21(11), 1095-1107.
- Baudry, C., Tarabulsy, G. M., Atkinson, L., Pearson, J., & St-Pierre, A. (2017). Intervention with adolescent mother-child dyads and cognitive development in early childhood: A meta-analysis. *Prevention Science*, 18(1), 116-130.
- Baudry, C., Tarabulsy, G., Pearson, J., & Roy, F. (2015). Étude de la fonction médiatrice des comportements maternels dans les programmes d'interventions visant à améliorer le développement socio-affectif et cognitif de l'enfant. *Revue de psychoéducation*, 44(1), 143-160.
- Bayley, N. (1993). *Bayley scales of infant development* (2nd edition). New York: The Psychological Corporation.
- Beckerman, M., van Berkel, S. R., Mesman, J., & Alink, L. R. (2017). The role of negative parental attributions in the associations between daily stressors, maltreatment history, and harsh and abusive discipline. *Child abuse & neglect*, 64, 109-116.

- Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Feldstein, S., & Andrews, H. (2008). Six-week postpartum maternal depressive symptoms and 4-month mother–infant self-and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 29(5), 442-471.
- Beebe, B., Lachmann, F., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K. A., Chen, H., ... & Andrews, H. (2012). Maternal postpartum depressive symptoms and 4-month mother–infant interaction. *Psychoanalytic Psychology*, 29(4), 383.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological bulletin*, 114(3), 413.
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O., & Carlson, E. (2012). Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial. *Child development*, 83(2), 623-636.
- Bernard, K., Nissim, G., Vaccaro, S., Harris, J. L., & Lindhiem, O. (2018). Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: a meta-analysis. *Attachment & human development*, 20(6), 578-599.
- Bigelow, A. E., Beebe, B., Power, M., Stafford, A. L., Ewing, J., Egleson, A., & Kaminer, T. (2018). Longitudinal relations among maternal depressive symptoms, maternal mind-mindedness, and infant attachment behavior. *Infant Behavior and Development*, 51, 33-44.
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and violent behavior*, 6(2-3), 121-188.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: volume I: attachment. In *Attachment and Loss: Volume I: Attachment* (pp. 1-401). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bouvette-Turcot, A. A., Bernier, A., & Leblanc, É. (2017). Maternal psychosocial maladjustment and child internalizing symptoms: Investigating the modulating role of maternal sensitivity. *Journal of abnormal child psychology*, 45(1), 157-170.
- Briere, J. (1995). Trauma symptom inventory (TSI). PAR.
- Briere, J., & Hedges, M. (2010). Trauma symptom inventory. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-2.
- Camberis, A. L., McMahon, C. A., Gibson, F. L., & Boivin, J. (2016). Maternal age, psychological maturity, parenting cognitions, and mother–infant interaction. *Infancy*, 21(4), 396-422.
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in psychology*, 8, 14.
- Camisasca, E., Procaccia, R., Miragoli, S., Valtolina, G. G., & Di Blasio, P. (2017). Maternal mind-mindedness as a linking mechanism between childbirth-related posttraumatic stress symptoms and parenting stress. *Health Care for Women International*, 38(6), 593-612.
- Campbell, S. B., Brownell, C. A., Hungerford, A., Spieker, S. J., Mohan, R., & Blessing, J. S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and psychopathology*, 16(2), 231-252.

- Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient functioning in maltreated children—past, present, and future perspectives. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(4), 402-422.
- Cicchetti, D., & Banny, A. (2014). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (p. 723–741). Springer Science + Business Media.
- Cicchetti, D. & Toth, S.L. (2016). Child Maltreatment and Developmental Psychopathology : A Multilevel Perspective. Dans Cicchetti, D. (dir), *Developmental psychopathology* (3rd ed., vol. 3, p.457-512). Wiley.
- Colonnesi, C., Wissink, I. B, Noom, M. J., Asscher, J.J, Hoeve, M., Stams, G.J.J.M., Polderman, N., et Kellaert-Knol, M.G. (2013). Basic Trust : An Attachment-Oriented Intervention Based on Mind-Mindedness in Adoptive Families. *Research on Social Work Practice*, 23(2), 179-188.
- Colonnesi, C., Zeegers, M. A., Majdandžić, M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2019). Fathers' and mothers' early mind-mindedness predicts social competence and behavior problems in childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(9), 1421-1435.
- Cooke, J. E., Stuart-Parrigon, K. L., Movahed-Abtahi, M., Koehn, A. J., & Kerns, K. A. (2016). Children's emotion understanding and mother–child attachment: A meta-analysis. *Emotion*, 16(8), 1102.
- Cyr, C. et Dubois-Comtois, K. (2014). Coup d'œil sur l'attachement. Le développement et la promotion de l'attachement sécurisant chez l'enfant : Un passeport pour la vie. Source http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d%27oeil_sur_l%27attachement.aspx/
- Dai, Q., Lim, A. K., & Xu, Q. J. (2019). The relations between maternal mind-mindedness, parenting stress and obstetric history among Chinese mothers. *Early Child Development and Care*, 189(9), 1411-1424.
- de Wolff, M. S. & van IJzendoorn, M. h. (1997). Sensitivity and Attachment : A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child development*, 68 (4), 571-591
- Demers, I., Bernier, A., Tarabulsy, G.M., et Provost, M. A. (2010a). Maternal and child characteristics as antecedents of maternal mind-mindedness. *Infant Mental Health Journal*, 31(1), 94-112.
- Demers, I., Bernier, A., Tarabulsy, G.M., et Provost, M. A. (2010b). Mind-Mindedness in adult and adolescent mothers : Relations to maternal sensitivity and infant attachment *International Journal of Behavioral Development*, 34(6), 529-537.
- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A., & Moss, E. (2017). Testing the limits: Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Development and psychopathology*, 29(2), 565-574.
- Easterbrooks, M. A., Crossman, M. K., Caruso, A., Raskin, M., & Miranda-Julian, C. (2017). Maternal mind-mindedness and toddler behavior problems: The moderating role of maternal trauma and posttraumatic stress. *Development and Psychopathology*, 29(4), 1431-1442.
- Erickson, N., Julian, M., & Muzik, M. (2019). Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother–infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. *International review of psychiatry*, 31(3), 245-263.

- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child development*, 81(2), 435-456.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. Luyten,(2012). Introduction and overview. *Handbook of metallizing in mental health practice*, 419-444.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. & Higgitt, A. C.(1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201–218.
- Gagné, K., Lemelin, J. P., & Tarabulsy, G. M. (2021). Non-verbal and verbal parental mentalization as predictors of infant attachment security: Contributions of parental embodied mentalizing and mind-mindedness and the mediating role of maternal sensitivity. *Infant Behavior and Development*, 65, 101622.
- Galbally, M., & Lewis, A. J. (2017). Depression and parenting: the need for improved intervention models. *Current opinion in psychology*, 15, 61-65.
- Gara, M. A., Allen, L. A., Herzog, E. P., & Woolfolk, R. L. (2000). The abused child as parent: The structure and content of physically abused mothers' perceptions of their babies. *Child Abuse & Neglect*, 24(5), 627-639.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of advanced nursing*, 45(1), 26-35.
- Goodman, M., Newton, E. K., et Thompson, R.A (2012). La sécurité d'attachement et le développement social et émotionnel. Dans Lemelin, J.-P., Provost, M.A., Tarabulsy, G.M, Plamondon, A. et Dufresne, C. (dir.), *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent : Les bases du développement* (vol. 1). Presses de l'Université du Québec.
- Hill, S., & McMahon, C. (2016). Maternal mind-mindedness: Stability across relationships and associations with attachment style and psychological mindedness. *Infant and Child Development*, 25(5), 391-405.
- Kaminer, T., Beebe, B., Jaffe, J., Kelly, K., & Marquette, L. (2007). Mothers' dependent and self-critical depressive experience is related to speech content with infants. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 3, 163-185.
- Keysar, B., Lin, S. & Barr, D.J. (2003). Limits on theory of mind use in adults. *Cognition*, 89(1), 25-41.
- Laranjo, J., Bernier, A., & Meins, E. (2008). Associations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: Investigating the mediating role of maternal sensitivity. *Infant Behavior and Development*, 31(4), 688–695.
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., Assel, M. A., & Vellet, S. (2001). Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary?. *Developmental psychology*, 37(3), 387.

- Larkin, F., Schacht, R., Oostenbroek, J., Hayward, E., Fernyhough, C., Munoz Centifanti, L. C., & Meins, E. (2021). Mind-mindedness versus mentalistic interpretations of behavior: Is mind-mindedness a relational construct?. *Infant Mental Health Journal*, 42(2), 176-187.
- Leedom, L. J. (2014). Human Social Behavioral Systems: Ethological framework for a unified theory. *Human Ethology Bulletin*, 29(1), 39-65.
- Lemelin, J.-P., Tarabulsy, G., M. & Provost, M. A. (2006). Predicting Preschool Cognitive Development from Infant Temperament, Maternal Sensitivity and Psychosocial Risk. *Merrill-Palmer Quarterly* (1982), pp.779-806.
- Lok, S. M., & McMahon, C. A. (2006). Mothers' thoughts about their children: Links between mind-mindedness and emotional availability. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(3), 477-488.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 20(5), 561-592.
- Lundy, B. L. (2002). Paternal socio-psychological factors and infant attachment : The mediating role of synchrony in father-infant interaction. *Infant Behavior and Development*, 25 (2), 221-236.
- Lundy, B. L. (2003). Father- and mother- infant face-to-face interactions : Differences in mind-related comments and infant attachment ? *Infant Behavior and Development*, 26 (2), 200-212.
- Lundy, B. L. (2013). Paternal and maternal mind-mindedness and preschoolers' theory of mind: The mediating role of interactional attunement. *Social Development*, 22(1), 58-74.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Zoll, D., & Stahl, J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23(2), 223-232.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: a meta-analysis. *Developmental psychology*, 49(4), 672.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- Marcoux, A. A., Bernier, A., Séguin, J. R., Boike Armerding, J., & Lyons-Ruth, K. (2017). How do mothers with borderline personality disorder mentalize when interacting with their infants?. *Personality and mental health*, 11(1), 14-22.
- McCoy, S. J. B., Beal, J. M., Shipman, S. B. M., Payton, M. E., & Watson, G. H. (2006). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *Journal of Osteopathic Medicine*, 106(4), 193-198.
- McMahon, C. A., & Bernier, A. (2017). Twenty years of research on parental mind-mindedness: Empirical findings, theoretical and methodological challenges, and new directions. *Developmental Review*, 46, 54-80.
- Meins, E. (1997). Security of attachment and the social development of cognition. Hove, UK: Psychology Press.

- Meins, E. (2003). Emotional development and early attachment relationships. Dans A. Slater et G. Bremner (Dir). *An introduction to developmental psychology* (xxv, 141-164). Malden : Blackwell publishing.
- Meins, E. & Fernyhough, C. (1999). Linguistic acquisitional style and mentalising development: The role of maternal mind-mindedness. *Cognitive Development*, 14, 363–380.
- Meins, E. & Fernyhough, C. (2015). *Mind-mindedness coding manual, Version 2.2*. Unpublished manuscript. University of York, York, UK.
- Meins, E., Fernyhough, C., Arnott, B., Turner, M. & Leekam, S.R. (2011). Mother- Versus Infant-Centered Correlates of Maternal Mind-Mindedness in the First Year of Life. *Infancy*, 16(2), 137-165.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mother's comments on infant's mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637–648.
- Meins, E., Fernyhough, C. & Harris-Waller, J. (2014). Is mind-mindedness trait-like or a quality of close relationships? Evidence from descriptions of significant others, famous people, and work of art. *Cognition*, 130(3), 417-427.
- Meins, E., Fernyhough, C., de Rosnay, M., Arnott, B., Leekam, S. R., & Turner, M. (2012). Mind-Mindedness as a Multidimensional Construct: Appropriate and Nonattuned Mind-Related Comments Independently Predict Infant-Mother Attachment in a Socially Diverse Sample. *Infancy*, 17(4), 393–415.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., et al. (2003). Pathways to understanding mind: construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74, 1194–1211.
- Moss, E., Bureau, J.-F., St-Laurent, D. & Tarabulsy, G. M. (2011). Disorganized attachment and developmental risk. In George, C. and Solomon, J. (Eds.) *Attachment disorganization*. Guilford Press.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at Early School Age and Developmental Risk: Examining Family Contexts and Behavior Problems of Controlling-Caregiving, Controlling-Punitive, and Behaviorally Disorganized Children. *Developmental Psychology*, 40(4), 519–532. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.4.519>
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(1), 195–210.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental psychology*, 37(6), 863-874.
- Moss, E., Tarabulsy, G. M., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Bernier, A., & St-Laurent, D. (2018). The attachment video-feedback intervention program: Development and validation. Dans Steele, H. & Steele, M. (dir), *Handbook of Attachment-Based Interventions* (pp.318-338). New York, NY : Guilford.
- Moss, E., Tarabulsy, G. M., St-Georges, R., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Bernier, A., ... Lecompte, V. (2014). Video-feedback intervention with maltreating parents and their children: program implementation and case study. *Attachment and Human Development*, 16(4), 329–342.

- Pawlby, S., Fernyhough, C., Meins, E., Pariante, C. M., Seneviratne, G., & Bentall, R. P. (2010). Mind-mindedness and maternal responsiveness in infant–mother interactions in mothers with severe mental illness. *Psychological medicine*, 40(11), 1861-1869.
- Pederson, D. R., Bailey, H. N., Tarabulsky, G. M., Bento, S., & Moran, G. (2014). Understanding sensitivity: Lessons learned from the legacy of Mary Ainsworth. *Attachment & Human Development*, 16(3), 261-270.
- Pederson, D. R., & Moran, G. (1995). A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-sort measures of infant-mother interaction. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3), 111-132.
- Pederson, D. R., Moran, G., & Bento, S. (1999). Maternal behaviour Q-sort.
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., & Canevini, M. P. (2018). Reflective functioning, maternal attachment, mind-mindedness, and emotional availability in adolescent and adult mothers at infant 3 months. *Attachment & human development*, 20(1), 84-106.
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Ferro, V., Gallucci, M., Parodi, C., & Astengo, M. (2016). Mother-infant emotion regulation at three months: the role of maternal anxiety, depression and parenting stress. *Psychopathology*, 49(4), 285-294.
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Peruta, V., Muioli, M., & Albizzati, A. (2021). Video-feedback attachment based intervention aimed at adolescent and young mothers: effectiveness on infant-mother interaction and maternal mind-mindedness. *Early Child Development and Care*, 191(3), 475-489.
- Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, S., & Young, R. W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the Triple P-Positive Parenting Program with parents at risk of child maltreatment ?. *Behavior Therapy*, 35(3), 513-535.
- Savage, L. – E., Tarabulsky, G. M., Pearson, J., Collin-Vézina, D., & Gagné, L. – M. (2019). Maternal antecedents of childhood maltreatment and later parenting outcome: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*. 31, 9-21.
- Schacht, R., Hammond, L., Marks, M., Wood, B., & Conroy, S. (2013). The relation between mind-mindedness in mothers with borderline personality disorder and mental state understanding in their children. *Infant and Child Development*, 22(1), 68-84.
- Schacht, R., Meins, E., Fernyhough, C., Centifanti, L. C., Bureau, J. F., & Pawlby, S. (2017). Proof of concept of a mind–mindedness intervention for mothers hospitalized for severe mental illness. *Development and psychopathology*, 29(2), 555-564.
- Schechter, D. S., Suardi, F., Manini, A., Cordero, M. I., Rossignol, A. S., Merminod, G., ... & Serpa, S. R. (2015). How do maternal PTSD and alexithymia interact to impact maternal behavior?. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(3), 406-417.
- Schneider, B. H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child–parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental psychology*, 37(1), 86-100.
- Smith, K. E., Landry, S. H., & Swank, P. R. (2006). The role of early maternal responsiveness in supporting school-aged cognitive development for children who vary in birth status. *Pediatrics*, 117(5), 1608-1617.

- Tarabulsky, G. M., Baudry, C., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Moss, E., Pearson, J., Poitras, K. & Roy, F. (2015). Coup d'oeil sur l'attachement et l'intervention. La théorie appliquée : une approche à l'intervention auprès de dyades parent-enfant fondée sur les principes et les méthodes de l'attachement.
- Tarabulsky, G.M., Baudry, C., Pearson, J., Turgeon, K., Milot, T., Lemelin, J.-P. & Provost, M. A. (2016). *Évaluation de l'implantation d'une approche d'intervention fondée sur les principes de l'attachement parent-enfant pour les Centres Jeunesse de Lanaudière, Laurentides, Mauricie-Centre-du-Québec, Saguenay-Lac-St-Jean et Québec*. Montréal, Canada : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Tarabulsky, G. M., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2014). L'intervention relationnelle : une stratégie d'intervention fondée sur l'attachement parent-enfant. Montréal, Canada : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Tarabulsky, G. M., Dubois-Comtois, K., Baudry, C., Moss, E., Roberge, A., Savage, L. E., ... & Bernier, A. (2018). A case study illustrating the use of an attachment video-feedback intervention strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 74(8), 1358-1369.
- Tarabulsky, G. M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment-Based Intervention for Maltreating Families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 322–332. <https://doi.org/10.1037/a0014070>
- Tarabulsky, G. M., Provost, M. A., Bordeleau, S., Trudel-Fitzgerald, C., Moran, G., Pederson, D. R., ... & Pierce, T. (2009). Validation of a short version of the maternal behavior Q-set applied to a brief video record of mother–infant interaction. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 132-136.
- Tarabulsky, G. M., Tessier, R., Gagnon, J., & Piché, C. (1996). Attachment classification and infant responsiveness during interactions. *Infant Behavior and Development*, 19, 133-145
- Thompson, R. A., & Raikes, H. A. (2003). Toward the next quarter-century: Conceptual and methodological challenges for attachment theory. *Development and psychopathology*, 15(3), 691-718.
- Trapolini, T., Ungerer, J. A., & McMahon, C. A. (2008). Maternal depression: Relations with maternal caregiving representations and emotional availability during the preschool years. *Attachment & Human Development*, 10(1), 73-90.
- van Ee, E., Kleber, R. J., & Jongmans, M. J. (2016). Relational patterns between caregivers with PTSD and their nonexposed children: A review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(2), 186-203.
- Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2012). Chapter 19 : Integrating temperament and attachment: The differential susceptibility paradigm In Zentner M. & Shiner RL (Eds.), *Handbook of temperament* (pp. 403–424). New York, NY: Guilford.
- van IJzendoorn, M. H., Dijkstra, J., & Bus, A. G. (1995). Attachment, intelligence, and language: A meta-analysis. *Social development*, 4(2), 115-128.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(2), 225-250.
- van Zeijl, J., Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., ... Alink, L. R. A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-

- year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 994–1005.
- Velderman, M. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Van Ijzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 266–274.
- Vygotsky, L. S., & Cole, M. (1978). *Mind in society: Development of higher psychological processes*. Harvard university press.
- Waters, E. (1995). The attachment Q-set, Version 3.0. (Appendix A). In E. Waters, B. Vaughn, G. Posada, K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New growing points of attachment theory and research* (pp. 234–246). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3, Serial No. 244).
- Waters, E., Petters, D., & Facompre, C. (2013). Epilogue: Reflections on a special issue of *Attachment & Human Development* in Mary Ainsworth's 100th year. *Attachment & human development*, 15(5-6), 673-681.
- Yatziv, T., Kessler, Y., & Atzaba-Poria, N. (2018). What's going on in my baby's mind? Mothers' executive functions contribute to individual differences in maternal mentalization during mother-infant interactions. *PloS one*, 13(11), e0207869.
- Yatziv, T., Kessler, Y., & Atzaba-Poria, N. (2020). When do mothers' executive functions contribute to their representations of their child's mind? A contextual view on parental reflective functioning and mind-mindedness. *Developmental Psychology*, 56(6), 1191.
- Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2004). Temperament and attachment disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 32-41.
- Zeegers, M. A. J., Colonesi, C., Stams, G. J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245–1272

Annexe A Description détaillée du programme d'intervention : L'Intervention Relationnelle (IR)

Contexte d'implantation

Entre 2011 et 2013, l'IR a été implanté dans cinq Centre Jeunesse (établissements de Santé et Services Sociaux en protection de la jeunesse) à travers la province de Québec : Lanaudière, Les Laurentides, Mauricie-Centre-du-Québec, Saguenay-Lac-St-Jean et Capitale-Nationale. Le but de cette implantation était d'examiner l'efficacité d'un tel programme dans le cadre des services sociaux habituels. En effet, ce programme d'intervention a été préalablement validé dans un contexte de recherche universitaire (Dubois-Comtois et al., 2017; Moss et al., 2011; Tarabulsy et al., 2008). Or, il demeure important de valider l'efficacité du programme d'intervention au sein du milieu clinique pour lequel il est destiné (Tarabulsy et al., 2016).

Familles vulnérables, maltraitance et l'Intervention Relationnelle

L'IR est un programme d'intervention s'adressant aux familles à haut risque social. Les familles considérées à haut risque social présentent davantage de difficultés au niveau des comportements parentaux et du lien d'attachement en raison de difficultés personnelles, économiques, sociales ou autres. Par exemple, le stress parental ainsi que les symptômes dépressifs sont des facteurs influençant la fréquence et la synchronie des comportements parentaux (Lundy, 2002; 2003). Les parents peuvent être moins attentifs aux signaux de l'enfant, tels que les vocalises ou les émotions, en raison de préoccupations importantes qui les rendent moins disponibles envers leur enfant. Les parents sont plus enclins à supposer que leurs enfants sont très autonomes et vont avoir de la difficulté à implanter une discipline positive dans la dynamique familiale. Ces familles sont également plus à risque d'adopter un style de discipline coercitif.

Dans le cadre de la présente étude, l'IR s'adresse aux familles qui sont suivies par la protection de la jeunesse pour les motifs de négligence et d'abus physique. Les conséquences liées à l'expérience de maltraitance en bas âge sont très importantes et touchent toutes les sphères du développement de l'enfant (Cicchetti et Toth, 2006; Bernard, Dozier, Bick et al., 2012). D'ailleurs, la maltraitance est l'un des précurseurs les plus importants du développement d'un attachement insécuré et désorganisé chez l'enfant. Dans la population normative, il y a davantage d'enfants ayant développés un attachement sécurisé (61%) comparativement aux enfants ayant développés un attachement insécuré (24%) ou désorganisé (15%). Dans la population où les enfants sont victimes de maltraitance, il y a davantage d'enfants ayant un attachement désorganisé (51%) ou insécuré (35%) comparativement à un attachement sécurisé (14%) (Cyr & Dubois-Comtois, 2014).

L'un des fondements importants de ce programme d'intervention est la prémisse selon laquelle la maltraitance et les problèmes vécus par les enfants qui sont pris en charge par la protection de la jeunesse sont les conséquences de dysfonctions relationnelles importantes au sein de la famille (Tarabulsy et al., 2008). En effet, Tarabulsy et ses collaborateurs (2008), ainsi que plusieurs chercheurs se penchant sur la question (Lyons-Ruth et al., 1987; Belsky, 1993), avancent que la maltraitance est une partie intégrante et extrême d'une problématique relationnelle plus large. Dans ces familles, les interactions parent-enfant se caractérisent par des interactions plutôt négatives et parfois par la présence d'hostilité. Les parents peuvent adopter des conduites contradictoires; être insensibles aux signaux de l'enfant à certains moments, puis adopter des comportements intrusifs à d'autres moments. L'IR, en adoptant cette vision de la maltraitance, vise à réduire et éliminer les épisodes de négligence et autres types de maltraitance en ciblant principalement la qualité des interactions et la sensibilité parentale.

Le programme d'intervention

L'IR peut s'insérer dans une stratégie d'intervention ou de prévention plus globale, permettant ainsi de cibler l'ensemble des problématiques vécues par ces familles vulnérables. Durant les séances, une attention marquée est orientée vers la qualité des interactions parent-enfant, car les interactions quotidiennes de la dyade sont considérées comme l'un des moteurs les plus importants du développement de l'enfant (Tarabulsky, Cyr, Dubois-Comtois et al., 2014).

Structure des rencontres.

L'IR est un programme d'intervention relativement bref, constitué de 8 à 12 rencontres de 90 minutes entre l'intervenant, le parent et l'enfant âgé de 0 et 5 ans (Moss et al., 2011, Tarabulsky et al., 2018). Le lien entre le parent et l'intervenant prend la forme d'un mentorat, dans lequel l'intervenant agit comme « base sécurisante » auprès du parent afin de tisser une relation de confiance favorable pour l'intervention. Chacune des rencontres est divisée en trois sections (Tarabulsky et al., 2014; 2016). La rencontre débute avec une période de 30 minutes de discussion informelle. Cette première section de la rencontre permet un moment privilégié entre l'intervenant et le parent durant lequel l'intervenant peut apprendre davantage sur la famille et bâtir un lien de confiance avec le parent. Durant cette période de discussion, des sujets divers, tels que les préoccupations parentales, peuvent être abordés et il est du devoir de l'intervenant de voir dans quelle mesure ces enjeux peuvent être intégrés dans l'ensemble de l'intervention (Tarabulsky et al., 2014; 2015; 2018). Par la suite, l'intervenant aborde des thématiques précises concernant le développement de l'enfant et l'organisation familiale (Tarabulsky et al., 2014). Ces capsules psychoéducatives peuvent varier en fonction des problématiques familiales et de l'âge de l'enfant. Elles abordent, par exemple, l'importance du contact physique ; la réciprocité dans les interactions; le soutien à l'autonomie. Le choix des capsules dépend de l'évaluation que l'intervenant fait des besoins de la dyade et des dynamiques relationnelles qui sont présentes. Finalement, une tâche d'interaction entre le parent et l'enfant est organisée et filmée. La tâche est choisie par l'intervenant préalablement à la rencontre et est cohérente avec la thématique discutée durant celle-ci afin que le parent puisse mettre en application les concepts discutés (Tarabulsky et al., 2018). L'IR utilise la technique de rétroaction vidéo comme outil d'intervention. À la suite de l'interaction, la séquence vidéo est regardée par le parent et l'intervenant afin que le parent obtienne une rétroaction. Il est important de noter que l'intervenant fait une rétroaction positive sur les comportements parentaux adéquats que le parent a adoptés. Les aspects inadéquats ou négatifs du segment ne sont pas identifiés avec le parent, mais l'intervenant note ceux-ci. Cela permettra de planifier les sujets abordés dans les séances suivantes (Tarabulsky et al., 2016). La rétroaction vidéo est utile pour identifier, à l'aide d'exemples concrets, les comportements parentaux adéquats durant l'interaction. Elle peut également servir à souligner l'importance de ces gestes pour l'état émotionnel de l'enfant, pour son intérêt et pour son développement.

Thématiques liées aux besoins développementaux de l'enfant.

Les thématiques abordées lors des rencontres ont été préalablement choisies et ordonnées afin de suivre les besoins développementaux de l'enfant et encourager une réponse parentale plus adéquate face à ces besoins qui évoluent (Tarabulsky & al., 2016). Par exemple, les sujets abordés avec le parent d'un enfant de 0 à 12 mois sont liés à l'importance de la prévisibilité et de la chaleur des comportements parentaux et de la notion de sécurité. À partir de 12 mois, l'intervenant peut aborder également des sujets en lien avec le soutien au jeu et à l'exploration de l'enfant et les notions entourant l'encadrement et la discipline adéquate (Tarabulsky et al., 2018). Un élément central des discussions thématiques est qu'elles répondent à un objectif important de l'IR, soit de promouvoir le développement de l'enfant en soutenant la figure de soins dans son rôle de parent. Le soutien à la parentalité est réalisé par les discussions sous forme de mentorat qui permet aux parents d'acquiescer et de bonifier ses connaissances sur le développement de son enfant.

Principaux objectifs de l'IR

L'IR repose sur deux éléments principaux, soit l'utilisation de la rétroaction vidéo et une connaissance approfondie, de la part de l'intervenant, des notions entourant le développement de l'enfant, les interactions parent-enfant et la relation parent-enfant. L'IR se concentre sur la valorisation du rôle parental et des forces du parent. L'IR vise l'amélioration des comportements parentaux tant au niveau de la qualité que de la quantité des interactions. Quatre objectifs précis sont visés par l'IR. L'importance de ces objectifs varie en fonction de l'âge et des enjeux spécifiques à chaque famille (Tarabulsky et al., 2014; 2016).

1. Compréhension parentale : Aider le parent à mieux comprendre son enfant et ses signaux.
2. Comportements parentaux : Favoriser une prise de conscience, chez le parent, des impacts que peuvent avoir ses comportements sur les états émotionnels et sur le développement de l'enfant.
3. Soutien à l'exploration et au jeu : Favoriser une meilleure compréhension et augmenter les comportements de soutien à l'exploration tout en restant chaleureux et réceptif à la détresse de son enfant.
4. L'encadrement : Soutenir le parent à travers l'instauration d'un cadre disciplinaire adéquat et à maintenir les règles de façon prévisible, constante, cohérente, chaleureuse.