



Efficacité des interventions portant sur l'attachement

DIANE BENOIT, MD, FRCPC

University of Toronto, The Hospital for Sick Children, CANADA

(Publication sur Internet le 22 avril 2005)

Thème

Attachement

Introduction

De plus en plus de données prometteuses et rétrospectives relient la qualité des liens d'attachement précoce entre le nourrisson et le donneur de soins aux répercussions sociales et affectives ultérieures.^{1,2} Il existe quatre types d'attachement du nourrisson. On pense que l'attachement sécurisant se développe quand le donneur de soins répond à la détresse de l'enfant avec sensibilité. L'attachement insécurisant de style évitant se produit quand le donneur de soins répond constamment à la détresse de l'enfant en le rejetant. Lorsque le donneur de soins répond de façon inconsistante et imprévisible à la détresse de l'enfant, ce dernier développe un attachement insécurisant résistant. Enfin, on parle d'attachement insécurisant de style désorganisé quand le donneur de soins manifeste des comportements inhabituels et à la limite effrayants en présence de l'enfant. Des quatre modèles d'attachement du nourrisson envers le donneur de soins (sécurisant, évitant, résistant, désorganisé), les chercheurs ont découvert que le modèle d'attachement de style désorganisé vécu pendant l'enfance présentait un risque important d'inadaptation socio-affective et de psychopathologie plus tard dans la vie.³

Sujet

Les enfants qui manifestent un attachement de style désorganisé envers leur principale figure d'attachement sont plus vulnérables au stress, ont des difficultés à réguler et à contrôler leurs émotions négatives, font preuve de comportements oppositionnels, hostiles et agressifs, ont des styles d'interaction coercitifs, une faible estime de soi, des problèmes d'internalisation et d'externalisation au début des années scolaires, de médiocres interactions avec leurs pairs, et des comportements inhabituels ou bizarres en classe. Leurs professeurs rapportent des taux élevés de comportements dissociatifs, de symptômes d'internalisation au milieu de l'enfance, de difficultés sociales et de problèmes de comportement en classe, de faibles performances en mathématiques, d'une diminution des capacités de pensée formelle appliquées, une régulation du soi déficiente et des taux élevés de psychopathologie globale à 17 ans. Les enseignants disent aussi que ces enfants sont davantage rejetés par leurs pairs et sont surreprésentés dans les groupes d'enfants souffrant de problèmes cliniques et chez les victimes de maltraitance.^{1,2,3}

La majorité des enfants ayant vécu un attachement de style désorganisé envers leur figure principale d'attachement pendant la petite enfance continuent à développer une

inadaptation sociale et affective notable ainsi qu'une psychopathologie.³ Par conséquent, l'intervention portant sur l'attachement devrait se centrer sur la prévention ou la réduction de l'attachement de style désorganisé.

Problèmes et contexte de la recherche

Cependant, historiquement, les interventions sur l'attachement ont focalisé sur l'amélioration de la sensibilité du donneur de soins, en supposant que l'amélioration de cette dernière favorise un attachement sécurisant, relié à des répercussions sociales et affectives positives. Bien que la sensibilité du donneur de soins soit liée aux modèles d'attachement de style organisé (sécurisant, évitant, résistant), il n'est pas lié à l'attachement de style désorganisé. À ce jour, les interventions sur l'attachement n'ont donc pas focalisé sur l'attachement le plus significatif au plan clinique. C'est peut-être parce que les chercheurs viennent tout juste de découvrir l'étendue de l'impact négatif de l'attachement de style désorganisé sur les enfants. De plus, l'identification d'une trajectoire d'attachement de style désorganisé ainsi que de ses répercussions sociales et affectives négatives est récente. Elle inclut l'exposition des enfants à des formes particulières de comportements de soins aberrants que l'on appelle « atypiques » et qui peuvent être responsables de certains des résultats les plus faibles. Ces comportements atypiques incluent l'impossibilité d'assurer la sécurité de l'enfant, de consoler un enfant qui ressent de la détresse, de rire de sa détresse, de se moquer de lui ou de le taquiner quand il ressent de la détresse, de lui demander de l'affection et de vouloir qu'il rassure le donneur de soins ou de le menacer de lui faire mal. Ainsi, l'intervention sur l'attachement devrait se centrer à la fois sur l'amélioration de la sensibilité du donneur de soins (favoriser un attachement sécurisant et les répercussions socio-affectives positives associées) et sur la réduction et l'élimination des comportements atypiques chez le donneur de soins (pour prévenir ou réduire l'attachement de style désorganisé et les comportements négatifs associés).

Questions clés pour la recherche et résultats récents

Il existe des données solides sur les façons d'améliorer la sensibilité des donneurs de soins et de promouvoir un attachement sécurisant. Dans une méta-analyse de 70 études publiées (portant sur 9 957 enfants et parents, et une série principale de 51 essais aléatoires contrôlés avec 6 282 mères et enfants), Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer⁴ ont démontré que les interventions les plus efficaces en ce qui a trait à l'amélioration de la sensibilité parentale ($d = 0.33$, $p < .001$) visant à promouvoir un attachement sécurisant ($d = 0.20$, $p < .001$) comportaient les caractéristiques suivantes :

- 1) elles sont clairement et exclusivement centrées sur la formation comportementale visant la sensibilité parentale plutôt que sur la sensibilité et le soutien, ou sur la sensibilité plus le soutien, plus les représentations internes (par exemple la thérapie individuelle);
- 2) l'utilisation de la vidéo pour donner de la rétroaction;
- 3) moins de cinq séances (moins de cinq séances ont eu davantage d'efficacité que 5 à 16 séances, et 16 séances et plus ont eu le moins d'efficacité);
- 4) un début plus tardif, c'est-à-dire après le sixième mois du nourrisson (plutôt que pendant la grossesse ou avant que l'enfant ait six mois);
- 5) ont été effectuées par des non professionnels.

De plus, le lieu de l'intervention (à la maison plutôt qu'en clinique) et la présence de multiples facteurs de risque n'ont pas influencé l'efficacité, mais les interventions effectuées avec des patients et des clients dirigés vers ces interventions et celles qui incluaient les pères étaient plus efficaces que les autres. Le défaut de la méta-analyse de Bakermans-Kranenburg et al.⁴ est de ne pas avoir cherché à savoir si les interventions portant sur l'attachement et centrées sur la sensibilité du donneur de soins avaient un impact significatif sur la prévention de l'attachement de style désorganisé.

Pour savoir si les interventions portant sur l'attachement et centrées sur l'amélioration de la sensibilité du donneur de soins avaient aussi un impact sur la prévention de l'attachement de style désorganisé, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer ont examiné 15 études (n= 842) à partir de la première méta analyse. Cette dernière a fourni de l'information sur l'impact de l'intervention basée sur l'attachement pour prévenir l'apparition de l'attachement de style désorganisé. Globalement, ces interventions, qui focalisent sur l'amélioration de la sensibilité du donneur de soins, ne sont pas efficaces ($d = 0.05$, non significatif) pour prévenir ou réduire l'attachement de style désorganisé. Cependant, quelques interventions centrées sur la sensibilité semblent avoir un certain impact, ce qui suggère qu'un des effets secondaires de certaines de ces interventions peut être de modifier l'attachement de style désorganisé. Les interventions qui ont modifié l'attachement de style désorganisé ont commencé après que le nourrisson ait eu six mois (plutôt que pendant la grossesse ou avant l'âge de six mois), focalisaient sur les enfants à risque (plutôt que sur les parents à risque) et étaient effectuées par des professionnels plutôt que par des non professionnels. Les auteurs ont conclu que les interventions centrées sur la prévention ou la réduction de l'attachement de style désorganisé devraient peut-être se concentrer surtout sur les comportements des donneurs de soins associés à l'attachement de style désorganisé, comme les comportements atypiques. Dans une étude récente, Benoît et al.⁵ ont démontré qu'une intervention brève, déterminée et portant sur le comportement des parents pouvait réduire les comportements atypiques des donneurs de soins.

Conclusions

En résumé, à ce jour, les interventions portant sur l'attachement se sont concentrées sur les précurseurs des types d'attachement de style organisé plutôt que sur ceux des attachements de style désorganisé. Ceci reflète le fait que l'étendue des séquelles négatives de l'attachement désorganisé parent-enfant n'ont été reconnues qu'assez récemment. De même, les chercheurs traitant de l'attachement viennent seulement de réaliser qu'étant donné le taux élevé d'attachement organisé mais insécurisant (évitant ou résistant) dans la population générale, il n'est peut-être pas réaliste, ni même nécessaire, de centrer les interventions sur la prévention ou l'élimination de l'attachement de style évitant ou résistant.

D'un autre côté, une grande proportion de nourrissons qui développent un attachement insécurisant de style désorganisé avec leur principal donneur de soins continuent à développer une inadaptation sociale et affective importante ainsi qu'une psychopathologie. Par conséquent, l'attachement insécurisant de style désorganisé semble être le type d'attachement le plus significatif nécessitant une intervention. La focalisation

directe sur les antécédents de l'attachement de style désorganisé, comme les comportements atypiques des donneurs de soins, représente une direction prometteuse pour les recherches futures.

Implications

Les résultats des recherches suggèrent que l'intervention portant sur l'attachement devrait se centrer sur l'amélioration de la sensibilité du donneur de soins afin de promouvoir un attachement sécurisant et les résultats socio-affectifs positifs qui y sont associés. Cependant, une focalisation exclusive sur l'amélioration de la sensibilité du donneur de soins est souvent insuffisante et inefficace pour prévenir ou réduire le type d'attachement insécurisant le plus pertinent au plan clinique, c'est-à-dire l'attachement de style désorganisé. Les récents résultats de recherches suggèrent que le centrage sur la réduction des comportements atypiques du donneur de soins peut se révéler prometteur pour réduire l'attachement de style désorganisé. Davantage de recherches sont nécessaires pour déterminer si une réduction des facteurs liés à un attachement de style désorganisé, comme les comportements atypiques des donneurs de soins, est en réalité liée à une réduction de l'attachement de style désorganisé et des répercussions sociales et affectives médiocres, chez les enfants, qui y sont associées.

Davantage de recherche est aussi nécessaire pour déterminer les techniques d'intervention qui sont les plus efficaces pour diminuer les comportements atypiques des donneurs de soins (ou les autres précurseurs de l'attachement désorganisé) et l'attachement désorganisé. Il est important d'être conscient qu'en ce qui concerne les problèmes de liens d'attachement entre l'enfant et les donneurs de soins, à ce jour, les meilleures interventions sont brèves, ont recourt à la rétroaction par vidéo, commencent après l'âge de six mois, et sont clairement et exclusivement centrées sur la formation comportementale des parents plutôt que sur la sensibilité plus le soutien, ou sur la sensibilité plus le soutien plus les représentations internes. Il est nécessaire d'apprendre aux prestataires de services à utiliser des techniques éprouvées portant sur l'attachement et à reconnaître les comportements atypiques des donneurs de soins liés à l'attachement de style désorganisé.

RÉFÉRENCES

1. Benoit D. Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health* 2004;9(8):541-545.
2. Van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999;11(2):225-249.
3. Green J, Goldwyn R. Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2002;43(7):835-846.
4. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
5. Benoit D, Madigan S, Lecce S, Shea B, Goldberg S. Atypical maternal behavior toward feeding-disordered infants before and after intervention. *Infant Mental Health Journal* 2001;22(6):611-626.

Pour citer ce document :

Benoit D. Efficacité des interventions portant sur l'attachement. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-5. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/BenoitFRxp-Attachement.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005