

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.P.S.)
INTERVENTION EN ENFANCE ET ADOLESCENCE

PAR
LAURA CASTONGUAY-JOLIN

LIENS ENTRE LES REPRÉSENTATIONS D'ATTACHEMENT ET L'ANXIÉTÉ
CHEZ DES ENFANTS ET ADOLESCENTS SOUFFRANT DE TROUBLES
ANXIEUX

MARS 2018

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

LIENS ENTRE LES REPRÉSENTATIONS D'ATTACHEMENT ET L'ANXIÉTÉ
CHEZ DES ENFANTS ET ADOLESCENTS SOUFFRANT DE TROUBLES
ANXIEUX

PAR
LAURA CASTONGUAY-JOLIN

Valérie Simard, Ph.D., directrice de recherche

Université de Sherbrooke

Julie Achim, Ph.D., évaluatrice

Université de Sherbrooke

Guadalupe Puentes-Neuman, Ph.D., évaluatrice

Université de Sherbrooke

Sommaire

Les troubles anxieux font partie des troubles psychiatriques les plus diagnostiqués chez les enfants et les adolescents (Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006; Costello, Egger, Copeland, Erkanli, & Angold, 2011; Merikangas et al., 2010; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Plusieurs études s'intéressent donc à leur étiologie afin d'optimiser les traitements et la prévention (Bosquet & Egeland, 2006; Manassis & Bradley, 1994). Plusieurs facteurs de risque ont été mis de l'avant à travers les années et l'attachement fait partie de ceux-ci (Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes, & Luyten, 2011). En effet, l'insécurité d'attachement chez l'enfant a été empiriquement associée à des plus hauts niveaux d'anxiété et de symptômes intériorisés que la sécurité d'attachement (Brumariu & Kerns, 2010a; Brumariu & Kerns, 2010b; Brumariu & Kerns, 2013; Brumariu, Kerns, & Seibert, 2012; Colonnesi et al., 2011; Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012 ; Ivarsson, Granqvist, Gillberg, & Broberg, 2010; Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013; Madigan, Brumariu, Villani, Atkinson, & Lyons-Ruth, 2016; Manassis, 2001). Néanmoins, les résultats de ces études n'offrent pas de consensus en ce qui a trait aux associations spécifiques entre, d'une part, les différents patrons d'attachement et, d'autre part, les différents symptômes anxieux (Brumariu & Kerns, 2010b). La présente thèse a pour principal objectif de clarifier les liens existant entre l'attachement et l'anxiété. Pour ce faire, les représentations d'attachement de 30 jeunes âgés entre 8 et 16 ans provenant d'une clinique pédopsychiatrique de troubles anxieux ont été mesurées à l'aide de l'Entrevue d'attachement de l'enfant (*Child Attachment*

Interview, CAI). Les analyses ont plus précisément visé à étudier la distribution de l'attachement dans un échantillon clinique, ainsi qu'à observer si des liens spécifiques pouvaient être trouvés entre l'attachement, considéré de manière catégorielle et continue, et l'anxiété, considérée de manière développementale et médicale. Les résultats aux analyses de la présente thèse mettent principalement de l'avant des relations distinctes entre l'attachement et l'anxiété selon chaque trouble anxieux. En effet, le trouble d'anxiété de séparation serait associé à l'insécurité d'attachement, le trouble d'anxiété généralisé serait associé à la sécurité d'attachement, et, finalement, la phobie spécifique et le trouble panique ne seraient pas associés à l'attachement. Ces résultats seront discutés à la lumière de la théorie actuelle et les forces et les limites de l'étude seront exposées. Brièvement, ces résultats démontrent qu'il serait pertinent de poursuivre l'étude des liens entre l'anxiété et l'attachement en considérant la différence pouvant exister entre chaque trouble anxieux. Finalement, à un niveau clinique, alors que de plus en plus d'interventions basées sur l'attachement sont développées pour les enfants et les adolescents (Diamond, Wagner, & Levy, 2016; Emery, 2016; Huber, McMahon, & Sweller, 2015; Kobak, Zajac, Herres, & Krauthamer Ewing, 2015), les présents résultats démontrent que celles-ci pourraient présenter une pertinence variable selon le trouble anxieux.

Mots-clés : *Troubles anxieux, enfants, adolescents, représentations d'attachement, entrevue d'attachement de l'enfant (CAI), psychopathologie développementale.*

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction	1
Contexte théorique.....	7
L'anxiété chez les enfants et les adolescents.....	8
Définition de l'anxiété.....	8
Prévalence des troubles anxieux	9
Conséquences de l'anxiété.....	13
Approche développementale de la psychopathologie.....	15
Approche développementale et critique du DSM.....	16
Approche développementale et étiologie des troubles anxieux.....	18
L'attachement.....	20
Liens entre l'anxiété et l'attachement.....	30
Objectifs.....	39
Méthode.....	42
Participants.....	43
Procédure.....	44
Instruments de mesure	45
Anxiété et autres symptomatologies.....	45
Évaluation par l'équipe traitante.....	45
Entrevue semi-structurée basée sur le DSM-IV : le K-SADS-PL.....	46
Questionnaires.....	47
<i>Behavior Assessment Scale for Children, second version</i>	47
L'échelle révisée d'anxiété manifeste chez l'enfant.....	48
Représentations d'attachement.....	48
Entrevue d'attachement de l'enfant.....	48
Analyses effectuées.....	53
Objectifs associés à une approche catégorielle de l'attachement.....	53
Objectifs associés à une approche continue de l'attachement.....	54
Analyses post-hoc : analyses associées à une approche dimensionnelle de l'attachement.....	56
Analyses post-hoc : inclusion de covariables.....	57
Résultats.....	58
Analyses descriptives.....	59
Distribution de l'anxiété.....	59

Distribution des diagnostics de troubles anxieux et des troubles comorbides	59
Distribution de l'attachement selon le CAI.....	61
Analyses préliminaires.....	62
Analyses principales.....	63
Analyses associées à une approche catégorielle de l'attachement.....	63
Analyses associées à une approche continue de l'attachement.....	65
Trouble panique (avec ou sans agoraphobie).....	66
Anxiété de séparation.....	66
Phobie spécifique	67
Trouble d'anxiété généralisée.....	68
Comorbidité anxieuse.....	68
Comorbidité avec tout autre diagnostic DSM-IV.....	69
Comorbidité TDAH.....	69
Analyses post-hoc.....	70
Analyses selon une approche dimensionnelle (continuum d'attachement)..	70
Anxiété continue.....	71
Diagnostics K-SADS-PL.....	71
Comorbidités.....	72
Analyses avec covariables.....	72
Échelles d'attachement et K-SADS-PL.....	73
Échelles continues d'attachement et présence ou absence de comorbidités	74
Continuum d'attachement et K-SADS-PL.....	74
Discussion.....	75
Distribution de l'anxiété du présent échantillon	77
Représentations d'attachement du présent échantillon.....	79
Trouble d'anxiété de séparation et attachement.....	81
Trouble d'anxiété généralisée et attachement.....	85
Trouble panique, phobie spécifique et attachement.....	89
Sexe et attachement.....	91
Forces, limites et pistes de recherches futures	93
Pistes cliniques.....	96
Conclusion	99
Références	104
Appendice A – Behavior Assessment Scale for Children, second version	119
Appendice B – Échelle révisée d'anxiété manifeste chez l'enfant.....	121
Appendice C - Child Attachment Interview (CAI) – version française	123

Liste des tableaux

Tableau 1 – Troubles anxieux et différences entre le DSM-IV et le DSM-5	10
Tableau 2 – Description des échelles continues du CAI	51
Tableau 3 – Caractéristiques du discours et critères propres à chaque catégorie d’attachement du CAI	52
Tableau 4 – Statistiques descriptives de l’anxiété mesurée par questionnaires	60
Tableau 5 – Statistiques descriptives des échelles continues du CAI	62
Tableau 6 – Résultats significatifs et marginalement significatifs des analyses de variance à un facteur (2 niveaux) des scores aux différentes échelles continues du CAI selon la présence ou l’absence de chaque trouble anxieux (K-SADS-PL).....	67

Remerciements

Merci à ma directrice de thèse, Valérie Simard, pour sa grande intelligence et pour toute la confiance qu'elle m'a reflétée. Être ton étudiante c'est inspirant et donc ben « sécurisant ».

À Louise-Anne, une rencontre insoupçonnée. Merci mon amie, tu sais tout ce que tu m'as apporté. Ta générosité, ta sensibilité, ta pertinence et ta présence solide et chaleureuse ont tellement joué dans l'importance que les cinq dernières années ont eue dans ma vie.

À Ana, Pam, Jade, Dominique, Valérie, Gen, Cath, Manue, et toutes les autres avec lesquelles j'ai partagé angoisses, fous rires, découragement et fierté.

À mes superviseurs et à tous mes professeurs, pour avoir rendu ce doctorat passionnant, difficile et si formateur. Un merci spécial à Claud Bisailon pour avoir accepté de me diriger lors du congé de Valérie.

À toutes les familles qui ont généreusement accepté de nous inviter chez elles dans le cadre de cette étude.

Et, plus personnellement,

Merci Will. Pour ton amour, ton ouverture, ta solidité. J'ai vécu des montagnes russes dans ce doctorat-là, pis même si t'avais ton propre *rollercoaster*, t'as été le pilier des miennes.

À ma mère et à mon père pour m'avoir donné la meilleure des bases pour partir dans la vie. Maman, merci pour ta présence infaillible et ton écoute. Papa, merci pour ta disponibilité et ta curiosité. Merci à toi et Jocelyne de nous avoir construit une famille « restituée » bruyante, accueillante et sensible. Et merci à ma sœur d'avoir toujours été là, c'est précieux ce qu'on a. Et un merci particulier à vous tous de m'avoir suivie dans les profondeurs que peut représenter un doctorat en psychologie clinique infantile.

En vrac, merci à Lili, Samu, Nico, Luc, Sarah, Arie, Karlou, Wa, Lala, Jici, et à la famille Dubé. Vous m'avez encouragée, supportée, *groundée*, fait réfléchir et évoluer.

C'est finiiii !!!!!!!!!!!!!

Introduction

L'anxiété, qui est à la base une émotion adaptative importante, peut s'avérer pathologique lorsqu'elle est excessive et devient handicapante pour l'individu (Blanchard, Blanchard, Griebel, & Nutt, 2011). Cela peut se manifester à travers divers symptômes, que l'approche médicale catégorise en différents troubles anxieux (American Psychiatric Association [APA], 2013). Ceux-ci sont fréquents dans la population, notamment chez les enfants et les adolescents, avec des prévalences pouvant aller jusqu'à 40 % selon certaines études (Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006). En plus de leur fréquence, les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents sont associés à plusieurs difficultés telles que la victimisation, l'isolement, une faible estime de soi, le décrochage scolaire, des impacts familiaux, des impacts sur la santé physique, ainsi que plusieurs diagnostics comorbides, tels que la dépression, le TDAH et le trouble d'opposition (Beesdo et al., 2009; Costello, Egger, Copeland, Erkanli, & Angold, 2011; Ezpeleta, Keeler, Erkanli, Costello, & Angold, 2001; Kingery, Erdley, Marshall, Whitaker, & Reuter, 2010; Van Ameringen, Mancini, & Farvolden, 2003) et au développement ultérieur d'un trouble psychiatrique à l'âge adulte (Kim-Cohen et al., 2003; Lewinsohn, Holm-Denoma, Small, Seeley, & Joiner, 2008; Roza, Hofstra, van der Ende, & Verhulst, 2003).

Plusieurs chercheurs se sont donc intéressés à l'étiologie de l'anxiété dans le but de développer des interventions optimales, mais aussi dans le but de la prévenir (Bosquet

& Egeland, 2006; Manassis & Bradley, 1994; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). L'approche développementale (Sroufe, 1997), qui s'est développée en parallèle à l'approche médicale classique, offre une avenue intéressante pour l'étude de l'anxiété. Celle-ci propose de considérer le développement de l'anxiété pathologique comme résultant d'un amalgame de facteurs de risque et de protection unique à chaque individu. Ainsi, cette approche s'intéresse beaucoup aux facteurs sous-jacents au développement de l'anxiété. Contrairement à l'approche médicale qui tend à vouloir intervenir directement sur les symptômes observables, différents d'un trouble à l'autre, l'approche développementale cherche à identifier des facteurs de risque communs au développement général de l'anxiété pathologique dans le but d'intervenir sur ceux-ci (Barlow, Allen, & Choate, 2004). Dans ce contexte, l'attachement est un facteur d'intérêt. En effet, il représente à lui seul une variable permettant de relier plusieurs facteurs de risque et de protection et ce, dans la jeune enfance (Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes, & Luyten, 2011).

L'attachement, selon Bowlby (1969/1982), se développe entre chaque enfant et ses principales figures de soin. Le niveau de sécurité de cet attachement varie toutefois d'une relation à l'autre. En effet, un enfant peut percevoir ses figures d'attachement comme des bases de sécurité fiables à partir desquelles il peut explorer son environnement, en plus d'y trouver du réconfort en cas de besoin. À l'opposé, il arrive qu'un enfant ne perçoive pas ses figures d'attachement comme des bases de sécurité fiables. La qualité de l'attachement est influencée entre autres par des variables propres aux parents, comme la sensibilité parentale, et par des variables propres à l'enfant, comme le tempérament (Nolte

et al., 2011). Le niveau de sécurité au sein de la relation d'attachement est important, car il est intériorisé par l'enfant au cours de son développement. En effet, il prendrait graduellement la forme de représentations internes, en partie inconscientes, qui serviraient de filtre à l'individu dans sa représentation de soi-même, de son environnement, des autres et de ses relations (Bowlby, 1988 ; Bretherton & Munholland, 2008).

La Situation étrangère a été développée pour mesurer la sécurité d'attachement dans la jeune enfance (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Cette mesure a permis la création de catégories distinctes de patrons d'attachement (attachement sécurisant, attachement insécurisant-évitant, insécurisant-ambivalent, et attachement désorganisé). D'autres mesures ont par la suite été développées pour mesurer l'attachement chez les enfants d'âge scolaire et chez les adolescents. Les questionnaires auto-rapportés (p. ex., *Inventory of Parent and Peer Attachment* [Armsden & Greenberg, 1987]; *Security Scale* [Kerns, Klepac, & Cole, 1996]; *Coping Strategy Questionnaire* [Finnegan, Hodges, & Perry, 1996]) sont souvent utilisés auprès de ces populations, mais certains les critiquent (Dwyer, 2005) puisqu'ils ne donneraient pas accès aux représentations inconscientes d'attachement telles que définies par Bowlby (1988). L'entrevue d'attachement de l'enfant (CAI; Target, Fonagy & Shmueli-Goetz, 2003) propose de mesurer les représentations d'attachement selon une analyse du discours, permettant une classification de l'attachement en catégories correspondant théoriquement à celles de la Situation étrangère (Attachement sécurisant, attachement insécurisant-détaché, attachement insécurisant-préoccupé et attachement désorganisé).

Bowlby (1973) a proposé un lien théorique entre l'insécurité d'attachement et l'anxiété, et de plus en plus d'études le démontrent empiriquement (Brumariu & Kerns, 2010a; Kerns & Brumariu, 2014; Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013). Des divergences sont toutefois notées concernant les liens plus spécifiques entre, d'une part, les différents patrons d'attachement et, d'autre part, les différentes symptomatologies anxieuses (Brumariu & Kerns, 2010b). En effet, il n'est tout d'abord pas clair si l'anxiété serait davantage associée à l'attachement insécurisant-évitant/détaché (Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012; Ivarsson, Granqvist, Gillberg & Broberg, 2010; Madigan et al., 2013), insécurisant-ambivalent/préoccupé (Colonnesi et al., 2011) ou à l'attachement désorganisé/contrôlant (Brumariu & Kerns, 2013; Brumariu, Kerns, & Seibert, 2012; Brumariu, Osbuth, & Lyons-Ruth, 2013; Madigan, Brumariu, Villani, Atkinson, & Lyons-Ruth, 2016). Ensuite, certains auteurs proposent que l'attachement serait associé différemment à l'anxiété selon le type de symptomatologies (Brumariu & Kerns, 2010a; Brumariu & Kerns, 2010b; Manassis, 2001), mais aucune étude n'a à ce jour pu confirmer cette hypothèse.

La présente étude a pour but la clarification des associations entre l'attachement et l'anxiété au sein d'un échantillon de jeunes provenant d'une clinique pédopsychiatrique de troubles anxieux. Ceci permettra d'avoir accès à une variabilité de symptomatologies anxieuses, dont l'intensité atteint un niveau clinique. Par ailleurs, l'attachement sera évalué à l'aide du CAI, donnant accès aux représentations intériorisées de l'attachement. Cette méthodologie répond à deux limites fréquemment soulevées dans les écrits

scientifiques, à savoir que les études antérieures reposent généralement sur l'utilisation de questionnaires, qui, souvent, ne mesurent pas l'attachement tel qu'il a été conceptualisé par Ainsworth et al. (1978) et Bowlby (1969), au sein d'échantillons issus de la population générale, donc avec un niveau d'anxiété sous-clinique.

Contexte théorique

L'anxiété chez les enfants et les adolescents

Définition de l'anxiété

L'anxiété, présente à différents niveaux chez tous les individus, est une réaction adaptative qui sert à prévenir le danger (Blanchard et al., 2011). Pichot (1987) la définit à l'aide de trois caractéristiques principales, soit (1) la perception qu'un danger est imminent, (2) une attitude d'attente face à ce danger et (3) une désorganisation qui serait liée au sentiment d'impuissance devant ce danger. Il la définit comme un état émotionnel à valence négative. Elle est donc nécessaire jusqu'à un certain niveau, mais peut devenir pathologique lorsqu'elle se présente de manière excessive et handicapante (Blanchard et al., 2011). De plus, elle peut être inadaptée de plusieurs façons, d'où la diversité de troubles anxieux répertoriés (APA, 2013). Malgré leurs manifestations caractéristiques différentes, ces troubles sont souvent rassemblés sous l'agrégat général « troubles anxieux » en raison de leur caractéristique commune, soit une peur ou inquiétude intense associée à une détresse émotionnelle ou à des comportements d'évitement, à leur étiologie semblable, à une très forte comorbidité, ainsi qu'au chevauchement de leurs symptomatologies (Kendall, Hedtke & Aschenbrand, 2006). La présente thèse s'appuie sur la classification des troubles anxieux proposée par la quatrième version du Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM-IV-TR; APA, 2000), puisque la cinquième version n'était pas encore publiée lors du développement de la présente méthodologie. Cette classification répertorie 12 troubles anxieux, soit le trouble panique

sans agoraphobie, le trouble panique avec agoraphobie, l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique, l'état de stress aigu, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble anxieux dû à une affection médicale générale, le trouble anxieux induit par une substance, ainsi que le trouble anxieux non-spécifié (APA, 2000). Alors que pour l'état de stress post-traumatique, l'état de stress aigu, le trouble anxieux dû à une affection médicale, ainsi que pour le trouble anxieux induit par une substance, la cause ou l'élément déclencheur fait partie des critères diagnostiques, l'étiologie est moins établie pour le reste des troubles anxieux. D'ailleurs, l'état de stress post-traumatique et l'état de stress aigu ne font plus partie de la classification des troubles anxieux du DSM-5 (APA, 2013). Ils sont maintenant répertoriés sous la catégorie « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » avec d'autres diagnostics qui ont tous en commun un critère diagnostique suggérant une exposition à un événement traumatique ou stressant. Les autres troubles anxieux sont présentés dans le Tableau 1. Les principaux changements survenus entre le DSM-IV et le DSM-5 y sont également répertoriés.

Prévalence des troubles anxieux

Les troubles anxieux sont parmi les troubles psychiatriques les plus diagnostiqués chez les enfants et les adolescents (Cartwright-Hatton et al., 2006; Costello et al., 2011; Merikangas et al., 2010; Rapee et al., 2009). La prévalence exacte varie toutefois beaucoup d'une étude à l'autre. Rapee et al. (2009) rapportent, à l'aide de leur recension des écrits, que de 2,5 à 5 % des enfants et des adolescents remplissent les critères

Tableau 1

Troubles anxieux et différences entre le DSM-IV et le DSM-5

Trouble anxieux	Principales caractéristiques (DSM-IV-TR)	Changements principaux au sein du DSM-5
Trouble d'anxiété de séparation	Anxiété excessive et inappropriée au stade de développement concernant la séparation d'avec la maison ou les principales figures de soin	- N'est plus un trouble habituellement diagnostiqué à l'enfance. L'apparition du trouble peut être après 18 ans.
Agoraphobie	Anxiété liée à l'exposition à des situations dans lesquelles il peut être difficile de s'échapper, ou dans lesquelles il n'y a pas de secours dans l'éventualité où des symptômes paniques se feraient sentir	- Élimination du critère selon lequel les individus de plus de 18 ans doivent reconnaître leur anxiété comme déraisonnable ; - Ajout du critère selon lequel l'anxiété doit être disproportionnée par rapport à la situation ; - Ajout du critère de 6 mois à l'ensemble de la population (plus seulement chez les moins de 18 ans)
Trouble panique (avec ou sans agoraphobie)	Survenue récurrente et inattendue d'attaques de paniques, associée à une inquiétude persistante	- Simplification de la terminologie concernant les attaques à « attendue ou inattendue » ; - L'attaque de panique peut maintenant être associée à tous les diagnostics du DSM-5 ; - N'est plus lié directement à l'agoraphobie
Phobie spécifique	Anxiété significative déclenchée par l'exposition à un objet ou à une situation spécifique, souvent associée à des comportements d'évitement	- Idem à « Agoraphobie »

Tableau 1

Troubles anxieux et différences entre le DSM-IV et le DSM-5 (suite)

Trouble anxieux	Principales caractéristiques (DSM-IV-TR)	Changements principaux au sein du DSM-5
Phobie sociale	Anxiété déclenchée par l'exposition à des situations sociales ou à des situations de performance, souvent associée à des comportements d'évitement	- Idem à « Agoraphobie »
Trouble obsessionnel-compulsif	Présence d'obsessions, qui sont des pensées récurrentes anxiogènes, ou par la présence de compulsions, qui sont des comportements répétitifs dont on fait l'hypothèse qu'ils ont pour but de neutraliser l'anxiété	- Ne fait plus partie des troubles anxieux ; fait maintenant partie de la catégorie « Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés »
Trouble d'anxiété généralisée	Période d'anxiété ou d'inquiétudes persistantes et excessives s'étalant sur plus de six mois	-
Trouble anxieux non-spécifié	Diagnostiqué lorsque les symptômes anxieux ne correspondent à aucune catégorie diagnostique, mais que les symptômes sont tout de même cliniquement significatif	-

Note. Seuls les troubles anxieux pertinents pour la présente thèse sont ici présentés (i.e. ceux dont la cause ou l'élément déclencheur ne fait pas partie des critères diagnostiques)

diagnostiques d'un trouble anxieux à un certain moment de leur développement. Costello et al. (2011) obtiennent quant à eux des résultats un peu plus élevés suite à des méta-analyses effectuées selon le groupe d'âge. Ils rapportent que la prévalence de tout trouble anxieux serait de 12 % chez les 6-12 ans et de 11 % chez les 13-18 ans. Merikangas et al.

(2010) présentent les résultats d'une enquête nationale, aux États-Unis, portant sur la santé mentale des adolescents. Selon celle-ci, la prévalence s'élèverait à 31 % pour tout diagnostic de trouble anxieux chez cette population. Finalement, une recension de 11 études ayant rapporté la prévalence des troubles anxieux chez les enfants de moins de 12 ans constate que les taux varient entre 2,6 et 41,2 % (Cartwright et al., 2006). Les auteurs de cette recension proposent différentes explications sous-tendant ces écarts. Principalement, et cela est rapporté également par d'autres auteurs (Costello et al., 2011; Merikangas et al., 2010), une différence est notable entre les études utilisant le DSM-III-R et le DSM-IV. En effet, l'addition du critère de détresse ressentie pour l'obtention d'un diagnostic dans la quatrième édition du DSM le rend beaucoup moins inclusif que dans la troisième version. Cartwright et al. (2006) expliquent aussi que le jugement clinique peut entrer en ligne de compte dans la différence d'une étude à l'autre, compte tenu des diverses méthodologies utilisées (p. ex. correcteurs formés vs cliniciens; plusieurs correcteurs vs peu de correcteurs). Finalement, une autre des explications possibles a trait aux répondants. En effet, l'anxiété est souvent rapportée par plusieurs sources (parents, enfant, professeur, etc.), mais ces données sont combinées de manière différente d'une étude à l'autre.

En ce qui a trait aux différents diagnostics, c'est le trouble d'anxiété de séparation (Cartwright et al., 2006; Costello et al., 2011) et la phobie spécifique (Costello et al., 2011; Merikangas et al., 2010) qui apparaissent être les plus fréquents parmi ces études. Généralement, le trouble d'anxiété de séparation est plus prévalent chez les moins de 12

ans et la phobie spécifique, plus fréquente chez les adolescents. Finalement, comparativement à d'autres problématiques psychopathologiques, les troubles anxieux ressortent dans ces études comme étant plus prévalents que la dépression, les troubles de comportement, les troubles de l'humeur, les troubles de consommation et les troubles alimentaires (Cartwright et al., 2006; Merikangas et al., 2010).

Conséquences de l'anxiété

En plus de son importante prévalence, plusieurs études démontrent que la présence d'anxiété pathologique dans l'enfance et l'adolescence est un facteur de risque important pour le développement d'un trouble psychiatrique à l'âge adulte (Kim-Cohen et al., 2003; Lewinsohn et al., 2008; Roza et al., 2003). Kim-Cohen et collègues (2003), dans une étude prospective, observent que 75 % des adultes de leur échantillon obtenant un diagnostic psychiatrique à l'âge adulte avaient obtenu leur premier diagnostic avant l'âge de 18 ans. Plus précisément, leur étude démontre que les adultes avec un diagnostic de trouble d'anxiété étaient généralement aussi atteints d'anxiété pathologique avant 18 ans, ce qui témoigne de la continuité homotypique de l'anxiété. Lewinsohn et al. (2008) ont quant à eux démontré plus spécifiquement que le trouble d'anxiété de séparation diagnostiqué à l'enfance représente un facteur de risque important pour le développement d'un trouble psychiatrique au début de l'âge adulte, particulièrement pour le trouble panique, mais aussi pour la dépression, trouble de nature différente et qui démontre donc la continuité hétérotypique de l'anxiété. Finalement, Roza et al. (2003) observent que les troubles de

l'humeur à l'âge adulte sont significativement prédits par des scores élevés aux échelles de problèmes intériorisés (anxiété/dépression) mesurés à l'enfance et l'adolescence.

Maintenant, en plus d'avoir une prévalence très élevée chez les enfants et les adolescents et de représenter un facteur de risque important pour la santé mentale à l'âge adulte, les troubles anxieux sont associés à plusieurs impacts négatifs dans la vie des individus qui en souffrent. En premier lieu, l'anxiété chez les enfants et les adolescents présente un degré de comorbidité important avec plusieurs autres troubles, notamment la dépression, le trouble des conduites, le trouble d'opposition, ainsi que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (Costello et al., 2011). Ensuite, l'anxiété est également associée à des difficultés sociales. En effet, différentes études menées auprès d'enfants d'âge scolaire et de jeunes adolescents ont montré, à travers les années, que l'anxiété était associée notamment à de la victimisation, à de l'isolement, à des bas niveaux de compétence sociale, à une faible estime de soi, à des attentes négatives quant à ses performances sociales, et, comparativement aux jeunes ne souffrant pas d'anxiété, à moins d'amis et à un plus bas niveau d'appréciation par les pairs (Erath, Flanagan, & Bierman, 2007; Kingery et al., 2010 ; Verduin & Kendall, 2008). Mathews, Koehn, Abtahi et Kerns (2016) ont démontré à l'aide d'une méta-analyse les associations spécifiques entre l'anxiété et les compétences émotionnelles chez les enfants et les adolescents. Les jeunes anxieux seraient, entre autres, moins bons dans l'expression de leurs émotions, ils seraient moins conscients de celles-ci et moins acceptants envers celles-ci que les jeunes ne souffrant pas d'anxiété. Sur le plan scolaire, des études ont démontré des associations

positives entre la présence de troubles anxieux et des difficultés attentionnelles chez les enfants (Strauss, Frame & Forehand, 1987). D'autres études menées auprès d'adolescents et d'adultes ont mis de l'avant des associations entre l'anxiété et le décrochage scolaire (Kessler, Foster, Saunders, & Stang, 1995; Van Amerigen et al., 2003). Une étude menée auprès d'enfants et de leur famille a également démontré que l'anxiété pouvait nuire aux relations familiales (Ezpeleta et al., 2001). Bien que ce soit dans la population adulte, des études se sont aussi intéressées aux liens entre l'anxiété et la santé physique. Elles démontrent que l'anxiété, et souvent plus spécifiquement le trouble d'anxiété généralisée, est associée à plus de douleurs sans cause médicale, à davantage de douleurs dans le bas du dos, ainsi qu'à des coûts plus élevés de soins de santé, comparativement à la population générale (Beesdo et al., 2009; Olfson & Gameroff, 2007; Von Korff et al., 2005).

Approche développementale de la psychopathologie

Les sections précédentes présentent l'anxiété sous la lunette du modèle médical. Or, la psychopathologie développementale est un cadre théorique également pertinent pour l'étude des troubles psychologiques chez les enfants et les adolescents. Le modèle développemental s'est développé en parallèle au modèle médical classique afin d'y offrir une proposition alternative (Sroufe, 1997). Alors que le modèle médical tend à catégoriser les troubles selon leurs manifestations symptomatiques et à rechercher des explications davantage neurophysiologiques, le modèle développemental perçoit les difficultés émotionnelles et comportementales comme étant le résultat d'une combinaison unique de facteurs de risque et de protection pouvant varier selon le cours du développement (Sroufe,

1997; Sroufe & Rutter, 1984). En effet, Sroufe & Rutter (1984), en citant Santostefano (1978), parlent d'*holisme* comme étant un principe de base de la vision développementale, soit que le sens d'un comportement ne peut être déterminé que par la prise en considération de la totalité du contexte psychosocial. Le but de l'approche développementale est donc de comprendre le processus et le sens que cache une difficulté, en comparant des trajectoires développementales normales à des trajectoires développementales anormales (Sroufe & Rutter, 1984). Vasey et Dadds (2001) résument en trois points les principes de base de l'approche développementale, soit le multi-déterminisme (plusieurs causes pour une psychopathologie), l'accent mis sur l'adaptation à l'environnement, qu'elle soit réussie ou qu'elle engendre des difficultés à long terme et, finalement, le fait que la psychopathologie survienne dans un contexte de développement, surtout chez les enfants et les adolescents, lesquels vivent des étapes développementales sous-tendant des changements importants.

Approche développementale et critique du DSM. Une partie des écrits scientifiques provenant de l'approche développementale porte sur la critique du modèle médical sous-tendant les catégorisations du DSM, outil diagnostique prédominant au sein du champ de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (Barlow et al., 2004; Sroufe, 1997; Watson, 2005; Weems, 2008). Plus spécifiquement, en ce qui a trait aux troubles anxieux, plusieurs raisons motivent cette remise en question du DSM, notamment les variations importantes en terme de prévalence d'une étude à l'autre (4 à 80 %), mais aussi les taux très élevés de comorbidité entre chacun des troubles anxieux, ainsi qu'entre

les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. De plus, un développement massif d'interventions manualisées et ciblées à chacun des troubles anxieux est observé, ce qui morcèle et complexifie le travail clinique, alors qu'il est possible de constater que l'efficacité de la plupart de ces traitements ciblés est la même, quel que soit le trouble anxieux (à l'exception du trouble obsessionnel-compulsif et de l'état de stress post-traumatique).

Weems (2008) s'est intéressé à l'étude de l'anxiété chez les enfants et les adolescents, notamment sous l'angle de sa trajectoire développementale. Plutôt que d'utiliser les catégories classiques proposées par le DSM, Weems propose, comme variable d'étude, une « émotion anxieuse mésadaptée » (*maladaptive anxious emotion*). En effet, la théorie et la recherche ont démontré que, selon le groupe d'âge, certaines peurs ou symptômes anxieux sont plus susceptibles d'être présents (Weems & Costa, 2005). Par exemple, les symptômes d'anxiété de séparation et la peur des animaux sont plus fréquents entre six et neuf ans, les symptômes d'anxiété généralisée et la peur du danger et de la mort, entre 10 et 13 ans, alors que les symptômes d'anxiété sociale et la peur entourant les performances sont plus fréquents entre l'âge de 14 et 17 ans. Weems propose donc d'étudier l'évolution de l'expression symptomatique de cette « émotion anxieuse mésadaptée » à travers les étapes développementales, plutôt que de suivre la trajectoire de chaque catégorie diagnostique prise isolément. D'autres auteurs poussent la réflexion plus loin en proposant qu'un facteur plus large pourrait sous-tendre à la fois les troubles anxieux et les troubles de l'humeur (Barlow et al., 2004; Watson, 2005). Ils proposent une

catégorie diagnostique incluant tous les troubles émotionnels, avec les sous-catégories suivantes : troubles bipolaires, troubles liés à la détresse (*distress disorders*) et troubles liés à la peur (*fear disorders*) (Watson, 2005). Cette réorganisation au niveau des troubles psychopathologiques permettrait, tel que l'avancent Barlow et al. (2004), de développer des interventions globales qui viseraient les facteurs communs entre les troubles, plutôt que d'intervenir sur chacune de leur différence, ce qui morcèle l'aide offerte. Ceci fait écho à deux des implications du modèle développemental soulevées par Sroufe (1997), soit le fait que deux individus ayant des facteurs de risque et de protection très différents peuvent présenter des symptômes semblables, alors que deux individus ayant un parcours très similaire peuvent avoir des manifestations symptomatiques très différentes. En effet, selon ces implications, un modèle offrant des interventions ciblées uniquement aux symptômes visibles ne tient pas la route.

Approche développementale et étiologie des troubles anxieux. Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'étiologie des troubles anxieux afin de mettre en place les meilleures stratégies de prévention (Bosquet & Egeland, 2006; Manassis & Bradley, 1994; Rapee et al., 2009). Différents facteurs de risque ont ainsi été répertoriés à travers les années. Tout d'abord, des liens entre la génétique et le développement des troubles anxieux ont été maintes fois démontrés, à l'aide d'études auprès de familles ou de couples de jumeaux (Hettema, Neale, & Kendler, 2001). Le tempérament de l'enfant jouerait aussi un rôle dans le développement des troubles anxieux, via l'association entre l'inhibition comportementale et un risque ultérieur de troubles anxieux (Biederman et al., 1993). De

plus, il a été démontré que certains facteurs neurobiologiques seraient significativement altérés chez les enfants souffrant de troubles anxieux, notamment l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HHS) (Dieleman et al., 2015). Finalement, plusieurs écrits portent sur l'impact des facteurs environnementaux dans le développement des troubles anxieux, notamment l'adversité précoce telle que la maltraitance, les problèmes de santé mentale chez les parents, la violence et les abus (Phillips, Hammen, Brennan, Naiman, & Bor, 2005), l'apprentissage par modeling comme explication de la transmission intergénérationnelle de l'anxiété (Murray et al., 2008), ainsi que la qualité de la relation parent-enfant, incluant l'attachement (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Bosquet & Egeland, 2006; Brumariu & Kerns, 2010a; Colonesi et al., 2011).

Le cadre de la psychopathologie développementale s'avère pertinent pour relier ensemble ces différents facteurs de risque. En effet, plusieurs modèles explicatifs ont tenté de décrire les interactions multiples de ces facteurs de risque dans le développement psychopathologique des enfants et des adolescents. Certains modèles proposent que l'accumulation de facteurs de risque prédispose à la psychopathologie (Epkins & Heckler, 2011; Liaw & Brooks-Gunn, 1994), alors que d'autres modèles se concentrent sur l'interaction entre les expériences précoces et les expériences actuelles, en étudiant la capacité d'adaptation des individus face aux événements de la vie (Sroufe, Egeland, & Kreutzer, 1990). Les chercheurs et théoriciens en psychologie développementale s'intéressent également beaucoup à l'attachement, variable qui à elle seule organise plusieurs facteurs de risque et de protection précédemment mentionnés (Fonagy & Target,

1997; Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth, & Zir, 2006 ; Nolte et al., 2011). Kobak et al. (2006) ont développé le modèle de vulnérabilité-stress lié à l'attachement, et, plus récemment, Nolte et al. (2011) ont proposé un cadre développemental basé sur l'attachement pour expliquer le développement des troubles anxieux. En effet, ils considèrent l'attachement comme étant le nœud central reliant les facteurs biologiques, génétiques et environnementaux impliqués dans le développement d'une mauvaise régulation du stress, sous-tendant les troubles anxieux. Brièvement, leur modèle propose que les facteurs de risque appartenant à l'enfant (p. ex., tempérament) interagissent avec les facteurs de risque appartenant aux parents (p. ex., manque de soutien social, attachement insécurisant, déficit de mentalisation) au sein de la relation d'attachement. Les stratégies de régulation de stress que l'enfant développe seraient intrinsèquement liées à cette relation d'attachement. Or, leur modèle propose que ces stratégies seraient par la suite intériorisées par l'enfant et généralisées à tout contexte provoquant du stress. Les auteurs ajoutent que certaines stratégies seraient davantage associées à un profil à risque pour le développement ultérieur de troubles anxieux. Afin de mieux comprendre le développement de ces stratégies au sein de la relation d'attachement, la théorie de l'attachement mérite d'être explicitée.

L'attachement

Selon Bowlby (1969/1982), tout être humain est programmé pour développer un attachement envers la ou les personnes qui s'occupent principalement de lui. Cet attachement peut s'avérer sécurisant, si l'enfant perçoit sa figure d'attachement comme une base de sécurité d'où il peut explorer son environnement, ou insécurisant, si, à

l'inverse, l'enfant ne perçoit pas sa figure d'attachement comme une base de sécurité fiable (Bowlby, 1973). L'un des grands apports à la théorie de l'attachement fut le développement, par Mary Ainsworth, d'une mesure pouvant évaluer la sécurité d'attachement des enfants, soit la Situation étrangère (Ainsworth et al., 1978; Van Rosmalen, Van Der Veer, & Van Der Horst, 2015). Cette mesure évalue l'équilibre que trouve l'enfant entre ses comportements d'exploration et ses comportements de recherche de sécurité auprès de sa figure d'attachement en situation de détresse, et ce, en alternant des épisodes de séparation et de réunion au sein d'une dyade parent-enfant (Ainsworth et al., 1978). Cette procédure fut novatrice car elle permet d'évaluer la sécurité d'attachement en 20 minutes de manière standardisée plutôt que de devoir observer la dynamique relationnelle sur des longues périodes de temps (Van Rosmalen et al., 2015). La Situation étrangère est encore à ce jour la mesure classique du système comportemental d'attachement.

La Situation étrangère a permis de mettre en évidence quatre patrons comportementaux d'attachement, soit sécurisant, insécurisant-évitant, insécurisant-ambivalent (Ainsworth et al., 1978) et désorganisé (Main & Solomon, 1990). Les enfants chez qui les comportements d'attachement sont catégorisés comme sécurisants présentent, dans la Situation étrangère, une détresse lors des épisodes de séparation et recherchent un rapprochement avec leur figure d'attachement lors des réunions. Ce rapprochement parvient ensuite à les reconforter. De plus, ils explorent librement l'environnement, en utilisant leur figure d'attachement comme base de sécurité quand ils en ont besoin. Ces

comportements sont associés à un historique de sensibilité parentale, variable pouvant être définie comme la capacité du parent à percevoir les besoins de son enfant et à y répondre de manière adéquate et consistante (Lamb & Easterbrooks, 1981). Les enfants qui présentent des comportements d'attachement catégorisés comme insécurisant-évitant ne démontrent pas de détresse explicite lors des séparations et mettent une distance physique entre eux et leur figure d'attachement, ou l'ignorent, lors des moments de réunion. Ces comportements sont associés à un historique de rejet parental, surtout en situation où l'enfant est en détresse et recherche du réconfort auprès de sa figure d'attachement. Ces enfants apprennent ainsi à réduire, voire taire, leurs manifestations de détresse émotionnelle, afin, paradoxalement, de maintenir le lien avec leur parent. Il est intéressant de noter que des études ont démontré, à l'aide de mesures biologiques, que bien que ces enfants ne manifestent pas leur détresse, leur stress est vécu de manière physiologique (Hill-Soderlund et al., 2008; Spangler & Grossman, 1993). Les enfants à l'attachement insécurisant-ambivalent, quant à eux, expriment un haut niveau de détresse lors des séparations et sont ambivalents lors des réunions, alternant entre une recherche de contact et des manifestations de colère à l'endroit de leur figure d'attachement. Ces comportements sont associés à un historique de soins parentaux inconstants ou à de la négligence. Ces enfants sont donc incertains de la disponibilité de leur figure d'attachement, ce qui engendre de l'hypervigilance et l'hyperactivation de leur système d'attachement. Finalement, les enfants à l'attachement désorganisé sont ceux qui ne présentent pas de stratégies cohérentes pour gérer les épisodes de séparation et de réunion. Ils présentent des comportements atypiques, parfois contradictoires, comme par exemple

de s'approcher de la figure d'attachement et de s'en détourner à la dernière minute, ou des stéréotypies comme des tics, ou encore des réactions de « *freezing* », comme rester immobile. Ces comportements sont associés à un historique de soins parentaux imprévisibles, la même figure d'attachement pouvant parfois représenter une source de réconfort et parfois une source de peur pour l'enfant (Main & Solomon, 1990).

Selon la théorie de l'attachement, ces patrons comportementaux d'attachement se complexifieraient avec le temps pour devenir des représentations inconscientes de soi et des relations avec les autres (Bowlby, 1988; Bretherton & Munholland, 2008). En effet, le jeune enfant, dans sa relation à sa mère et à son père, interagit selon un patron d'attachement, tel que défini plus haut. Comme l'avance Bowlby (1988), ces interactions seraient intériorisées par l'enfant au cours de son développement en tant que modèles opérant internes (MOI). Ces modèles intériorisés deviendraient ainsi une caractéristique qui lui serait propre, contrairement aux patrons comportementaux d'attachement de la jeune enfance, qui sont davantage spécifiques à la relation réelle. Les MOI, des modèles intériorisés de soi, des autres, et de la relation entre soi et les autres, permettraient ensuite à l'enfant d'anticiper, d'interpréter et de guider ses relations sociales (Bowlby, 1988). Le système d'attachement évoluerait donc, au fil du développement de l'individu, d'un système comportemental vers un système davantage représentationnel. Cette conceptualisation, en s'intéressant aux représentations inconscientes, permet, tel que l'avancent Main, Kaplan et Cassidy (1985), d'ouvrir le champ d'étude à de nouvelles

populations, soit celles des enfants plus âgés, ainsi qu'à celle des adolescents et des adultes.

Effectivement, des mesures ont été développées pour se pencher davantage sur l'évaluation du système représentationnel. La méthode reconnue comme étant la mesure par excellence des représentations d'attachement est celle de l'analyse du discours adopté lors de l'Entrevue d'attachement adulte (*Adult Attachment Interview* [AAI]; George, Kaplan, & Main, 1996). Cette entrevue, qui a été validée empiriquement (Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 1993), porte essentiellement sur les expériences d'enfance avec les figures d'attachement. Elle a été créée pour mettre en évidence les stratégies intériorisées de l'interviewé qui lui permettent de réguler ses émotions et son attention alors qu'il parle d'expériences reliées à son système d'attachement. La tâche principale de l'interviewé est effectivement de garder un discours cohérent tout en partageant des souvenirs reliés à son attachement. L'analyse de ses stratégies permet ensuite de classifier ses représentations d'attachement dans une catégorie d'attachement (sécurisant/autonome, détaché/dénigrant, préoccupé, deuil ou trauma non résolu, non-classifiable). De plus, la disponibilité de mesures validées autant à l'enfance (Situation étrangère) qu'à l'âge adulte (AAI) a permis à quelques études longitudinales de démontrer la stabilité de l'attachement chez un individu à travers son développement (Waters, Hamilton, & Weinfield, 2000).

Ainsi, l'évaluation de l'attachement dans la jeune enfance se fait à l'aide d'observations comportementales et la Situation étrangère en est la principale mesure (Ainsworth et al., 1978). Ensuite, à l'âge adulte, l'attachement peut être mesuré par des mesures représentationnelles à l'aide, par exemple, de l'AAI (George et al., 1996). Toutefois, pour ce qui est de l'attachement à l'âge scolaire et à l'adolescence, la communauté scientifique n'a pas atteint de consensus concernant la meilleure méthode d'évaluation (Bosmans & Kerns, 2015; Dwyer, 2005; Madigan et al., 2016). En effet, il existe plusieurs instruments de mesure validés, qui représentent ensemble trois grandes méthodes d'évaluation, soit la mesure par questionnaire, les méthodes semi-projectives et les méthodes narratives (Madigan et al., 2016). Alors que la première évalue les perceptions des enfants sur leur attachement, les deux dernières s'intéressent plutôt à leurs représentations internes.

Quoique les questionnaires (p. ex., *Inventory of Parent and Peer Attachment*; Armsden & Greenberg, 1987; *Security Scale* ; Kerns et al., 1996; *Coping Strategy Questionnaire*; Finnegan et al., 1996) soient beaucoup utilisés dans la recherche portant sur l'attachement, ils sont aussi critiqués par certains auteurs. En effet, il est soulevé qu'ils ne donnent accès qu'aux pensées, émotions et réflexions conscientes qu'ont les gens envers leur attachement, ce qui ne donne pas accès aux représentations inconscientes d'attachement élaborées par Bowlby (1988) (Dwyer, 2005). Ainsi, les questionnaires ne mesureraient pas le même construit que des mesures visant les représentations inconscientes. De plus, il est avancé que les réponses aux questionnaires d'attachement

peuvent être teintées d'effet de désirabilité sociale, ou encore que les répondants puissent ne pas avoir l'introspection nécessaire pour y répondre adéquatement (Jacobvitz, Curran, & Moller, 2002). Finalement, un problème se pose pour les individus ayant des représentations d'attachement détaché, puisque leur système de défense implique de ne pas manifester de détresse émotionnelle, ce qui engendre des portraits biaisés positivement aux questionnaires (Dwyer, 2005).

En ce qui a trait aux méthodes semi-projectives, leur postulat est que l'enfant, à travers ses histoires, ses dessins et ses productions, projetterait ses représentations intériorisées d'attachement (Shmueli-Goetz, Target, Fonagy & Datta, 2008). Plusieurs méthodes d'analyse ont été créées à partir de ce postulat, comme par exemple l'analyse des dessins de la famille (Madigan, Ladd, & Goldberg, 2003), les Histoires d'attachement à compléter (HAC; Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990), où les enfants doivent compléter des histoires, présentées avec des figurines, créés précisément pour solliciter leur système d'attachement, ou encore différentes versions du test d'anxiété de séparation (*Separation Anxiety Test* [SAT]; Wright, Binney, & Smith, 1995). Ces méthodes ont toutefois obtenu des résultats de validation et de fidélité qui n'étaient pas toujours satisfaisants, entre autres au niveau de la fidélité test-retest (Madigan et al., 2003; Shmueli-Goetz et al., 2008; Wright et al., 1995). Ceci est d'autant plus problématique qu'on s'attend à ce que l'attachement soit stable chez un individu à travers les années (Waters et al., 2000).

Finalement, les méthodes narratives se basent sur l'analyse du discours pour l'accès aux représentations d'attachement intériorisées. Des chercheurs ont développé une version de l'AAI pour les enfants et adolescents, soit l'entrevue d'attachement de l'enfant (*Child Attachment Interview* [CAI]; Target et al., 2003). Les auteurs du CAI ont voulu développer un instrument qui évaluerait les représentations d'attachement intériorisées des jeunes en les questionnant directement sur leurs propres expériences d'attachement, plutôt qu'en se basant sur un rationnel projectif (Shmueli-Goetz et al., 2008). Quoique le rationnel derrière l'entrevue ressemble à celui de l'AAI, les auteurs ont tenu à respecter les étapes développementales des enfants et jeunes adolescents, en adaptant l'entrevue et son système de codification à celles-ci. Ils ont trouvé important, par exemple, d'inclure dans la cotation des éléments de communication non-verbale, dimension qui n'est pas considérée dans l'AAI. En effet, ils avancent que bien que les enfants d'âge scolaire ne réagissent plus au déclenchement du système d'attachement comme les plus jeunes enfants peuvent le faire, ils n'ont pas encore de contrôle complet sur leur comportement non verbal lorsqu'ils ressentent de la détresse ou de l'anxiété.

Le CAI classe les représentations d'attachement selon des catégories théoriquement correspondantes à celles de l'AAI (sécurisant/autonome, détaché/dénigrant, préoccupé et désorganisé). Par contre, ses sous-échelles sont légèrement différentes de celles de l'AAI (ouverture émotionnelle, colère préoccupée, idéalisation, détachement, équilibre entre les références positives et négatives aux figures

d'attachement, utilisation d'exemples, résolution de conflits et cohérence globale) (Shmueli-Goetz et al., 2008).

Les représentations d'attachement sécurisant/autonome se caractérisent entre autres, autant pour l'AAI que pour le CAI, par une cohérence du discours, une flexibilité attentionnelle, une valorisation de l'attachement et une ouverture à l'exploration des affects (Hesse, 2008; Main, Hesse, & Goldwyn, 2008). Ensuite, les représentations d'attachement détaché/dénigrant se caractérisent surtout par l'idéalisation des figures d'attachement ou par un dénigrement des relations avec ceux-ci et avec autrui de manière générale, un faible rappel, compris comme étant défensif et non lié à un manque de mémoire, et une faible introspection/ouverture aux émotions. Les représentations d'attachement préoccupé, quant à elles, sont caractérisées par l'émergence d'une colère ressentie dans le présent, un manque de contenance, un blâme excessif de soi ou d'autrui, ainsi que de la difficulté à se centrer sur un sujet. Finalement, les représentations d'attachement désorganisé sont caractérisées par une pensée bizarre, désorganisée ou dissociée lorsqu'un trauma ou un deuil est ramené à la conscience. Souvent, à partir de l'âge préscolaire, les enfants ayant un attachement désorganisé vont développer des stratégies telles que le contrôle punitif d'autrui ou le contrôle « *caregiving* », où l'enfant se place dans une posture de donneur de soin avec les autres, incluant les adultes (Shmueli-Goetz, Target, Datta, & Fonagy, 2004). Notons enfin que le discours de l'enfant ayant un attachement désorganisé/contrôlant présente les caractéristiques de l'une ou l'autre des

trois autres catégories d'attachement lorsque les souvenirs du deuil ou du trauma ne sont pas éveillés.

Le CAI présente aussi l'avantage d'être un compromis entre les approches catégorielle et continue de l'attachement (Shmueli-Goetz, et al., 2008). En effet, malgré que les mesures classiques d'attachement proposent des catégories distinctes pour la classification de l'attachement, certains auteurs se questionnent à savoir si les différences individuelles en ce qui a trait à l'attachement ne seraient pas mieux comprises selon une approche dimensionnelle (Cummings, 2003; Fraley & Spieker, 2003; Zachrisson, Røysamb, Oppedal, & Hauser, 2011). De plus, des études ont démontré que de catégoriser des données peut mener entre autres à de la perte d'information concernant les différences individuelles (MacCallum, Zhang, Preacher, & Rucker, 2002). Selon une analyse taxonomique des scores dérivés de la Situation étrangère, Fraley & Spieker (2003) proposent que la variabilité interindividuelle de l'attachement serait effectivement mieux expliquée par des dimensions ou des continuums que par des catégories. Ces auteurs proposent deux dimensions, pour chacune desquelles l'enfant se verrait attribuer un score. Le premier indiquerait si l'enfant opte davantage pour des comportements de recherche de proximité ou des stratégies d'évitement. Le deuxième indiquerait la quantité de conflits/colère exprimée envers la figure d'attachement. Ceci pourrait être intégré à la codification de la Situation étrangère. Zachrisson et al. (2011) propose quant à lui un modèle continu qui pourrait être intégré à la codification du CAI. Ses analyses lui permettent de conclure à la validité d'un modèle unidimensionnel, ainsi qu'à celle d'un

modèle bidimensionnel. Le premier modèle propose de situer chaque individu sur un continuum allant de la sécurité d'attachement à l'insécurité de type détaché. Le modèle bidimensionnel ajoute à ce modèle un continuum allant de l'attachement insécurisant préoccupé à l'idéalisation (stratégie caractéristique à l'attachement détaché). Ce deuxième facteur nécessite toutefois des analyses de validation subséquentes puisque la prévalence de l'attachement préoccupé est faible dans son échantillon, comme c'est le cas dans la population générale (3 %) (Shmueli-Goetz et al., 2008). D'autres auteurs, comme Cassidy (2003), sont toutefois d'avis que l'approche catégorielle présente plusieurs avantages (p. ex., l'identification de la catégorie d'attachement désorganisé; une meilleure compréhension des associations intergénérationnelles) et qu'elle ne doit pas être supplantée par l'approche continue. Le CAI a donc l'avantage de pouvoir se positionner au sein des deux approches, avec, d'une part, son système de cotation catégoriel et, d'autre part, ses échelles continues.

Liens entre l'anxiété et l'attachement

Le lien théorique entre l'attachement et l'anxiété a été plus d'une fois avancé. Bowlby (1973) parlait déjà du concept d'anxiété flottante pour définir l'état anxieux inhérent à la position de vulnérabilité dans laquelle sont placés les enfants avec un attachement insécurisant. En fait, il a avancé que lorsque l'enfant est incertain de la disponibilité de sa figure d'attachement, principalement lorsqu'il en est loin ou en situation de détresse, celui-ci vivrait de l'anxiété et de la peur. Ainsi, par définition, l'enfant à l'attachement sécurisant serait moins susceptible d'y être confronté que l'enfant

à l'attachement insécurisant. Au plan empirique, il a en effet été démontré à plusieurs reprises que l'attachement insécurisant était associé à des plus hauts niveaux d'anxiété (ou, plus globalement, de symptômes intériorisés) que l'attachement sécurisant, et ce, dans des échantillons principalement non-cliniques d'enfants et d'adolescents (Brumariu & Kerns, 2010a; Kerns & Brumariu, 2014; Madigan et al., 2013). Toutefois, les résultats diffèrent en ce qui a trait aux liens plus spécifiques entre, d'une part, les différents patrons d'attachement et, d'autre part, les différentes symptomatologies anxieuses (Brumariu & Kerns, 2010b). Afin de le démontrer, une brève recension de ces études est présentée dans les prochains paragraphes.

Selon une recension des études empiriques portant sur le lien entre l'attachement et les symptômes intériorisés chez les enfants et les adolescents (Brumariu & Kerns, 2010a), une grande quantité d'études ont porté sur les symptômes intériorisés sans s'attarder à l'anxiété plus spécifiquement. Encore selon cette recension, parmi les études s'étant intéressées spécifiquement à l'anxiété, seulement deux auraient utilisé des mesures représentationnelles de l'attachement (Bohlin, Hagekull, & Rydell, 2000; Marsh, McFarland, Allen, McElhaney, & Land, 2003), les autres études étant plutôt basées sur la mesure de l'attachement par questionnaire. Les auteurs de cette recension concluent globalement à une association positive entre l'attachement insécurisant et l'anxiété, ce qui est cohérent avec la théorie, mais sans pouvoir préciser les liens unissant spécifiquement un patron d'attachement ou un type d'attachement à un profil de symptômes anxieux, compte tenu de la nature des études répertoriées.

Une méta-analyse a permis d'examiner les liens entre l'attachement insécurisant et l'anxiété, plus spécifiquement, chez l'enfant et l'adolescent (Colonnesi et al., 2011). Elle regroupe des études ayant utilisé diverses méthodes pour la mesure de l'attachement (mesures comportementales, projectives et questionnaires). Les résultats de celle-ci mettent de l'avant une relation positive entre l'attachement insécurisant et l'anxiété. De plus, les auteurs observent que la relation entre l'anxiété et l'attachement insécurisant ambivalent/préoccupé est plus importante que la relation entre l'attachement insécurisant (sans distinction entre les types d'insécurité) et l'anxiété. Cette méta-analyse soulève par ailleurs des points similaires à ceux de la recension de Brumariu et Kerns (2010a), principalement concernant le peu d'études qui, d'une part, utilisent des mesures représentationnelles d'attachement et qui, d'autre part, réfèrent à des symptomatologies anxieuses spécifiques.

Puis, une méta-analyse s'est penchée sur les symptômes intériorisés et les patrons d'attachement insécurisant et désorganisé (Groh, Roisman et al., 2012). Celle-ci inclut seulement des études ayant mesuré l'attachement dans la jeune enfance à l'aide de mesures observationnelles. Selon les résultats de cette méta-analyse, à l'opposé de ce qui a été trouvé dans les précédentes, l'effet de l'attachement ambivalent et désorganisé sur les symptômes intériorisés est presque nul, alors qu'il est significatif pour l'attachement évitant. Les chercheurs contrastent leurs résultats à ceux de la recension de Brumariu et Kerns (2010a). Selon eux, les différences peuvent s'expliquer par la méthodologie de

recension utilisée (p. ex., méta-analyse vs recension narrative des écrits), ainsi que par le type d'études sélectionnées par les deux groupes d'auteurs (mesures observationnelles d'attachement seulement vs mesures diversifiées d'attachement).

Madigan et al. (2013) ont également complété une méta-analyse sur l'attachement et les comportements intériorisés. Comme la précédente, elle inclut seulement des études qui ont mesuré l'attachement dans la jeune enfance à l'aide de mesures observationnelles. Celle-ci a démontré que les enfants qui présentent un attachement évitant démontrent davantage de comportements intériorisés que les enfants à l'attachement sécurisant. Le lien entre l'attachement ambivalent et désorganisé et les comportements intériorisés n'est pas appuyé par cette méta-analyse. Selon les auteurs, ceci pourrait s'expliquer par leur définition large des comportements intériorisés (p. ex., symptômes reliés à la dépression et à l'anxiété, de même qu'au retrait et à l'isolement social) (Madigan et al., 2013) contrairement aux études qui s'intéressent spécifiquement aux liens entre l'attachement et l'anxiété ou la dépression.

Kerns et Brumariu (2014) ont aussi fait une recension des écrits portant sur l'attachement et le développement de l'anxiété dans l'enfance et l'adolescence. Elles observent que la majorité des études concluent à une association entre l'attachement insécurisant et l'anxiété, mais résument que personne ne s'entend sur le patron d'attachement qui serait le plus à risque. Elles soulignent les différences méthodologiques des études (p. ex., âge de l'échantillon, mesures de l'attachement, étude transversale ou

longitudinale, prise en considération de l'attachement désorganisé ou non). Pour répondre à ce flou empirique, elles citent trois de leurs plus récentes études portant sur l'anxiété et l'attachement à la préadolescence et à l'adolescence (Brumariu et al., 2012; Brumariu et al., 2013; Brumariu & Kerns, 2013). Malgré les différences méthodologiques entre ces études (mesures d'attachement et d'anxiété), les trois supportent l'idée que l'attachement désorganisé serait davantage associé à un plus grand niveau d'anxiété.

Enfin, Madigan et al. (2016) ont complété une méta-analyse sur les liens entre la sécurité d'attachement et les problèmes intériorisés et extériorisés chez les enfants et les adolescents (3-18 ans). Ils se sont intéressés uniquement aux études ayant mesuré l'attachement par des questionnaires ou des mesures représentationnelles. Pour ce qui est des catégories d'attachement organisées, ils ont trouvé que l'attachement insécurisant ambivalent ainsi que l'attachement insécurisant évitant étaient associés significativement à des problèmes intériorisés. Toutefois, ils ont pu observer que l'attachement désorganisé était le plus associé aux problèmes intériorisés.

Aucune des recensions précédemment citées (Brumariu & Kerns, 2010a; Colonnese et al., 2011; Groh et al., 2012; Kerns & Brumariu, 2014; Madigan et al., 2013; Madigan et al., 2016) n'a pu se prononcer sur la possibilité que les liens observés puissent être différents selon la symptomatologie anxieuse étudiée. Ceci s'explique principalement par une des limites que plusieurs avancent, soit que l'anxiété, lorsqu'étudiée spécifiquement, est souvent mesurée globalement, sans prendre en compte les différentes

symptomatologies (Brumariu & Kerns, 2010a; Colonnese et al, 2011). De plus, lorsque celles-ci sont prises en compte, c'est souvent au sein d'échantillons issus de la population non clinique, faisant en sorte que la variabilité de symptômes répertoriés est peu élevée et que l'étude des diagnostics psychopathologiques s'avère impossible (Brumariu & Kerns, 2010b; Madigan et al., 2016).

La spécificité des liens selon la symptomatologie soulève toutefois des hypothèses théoriques. L'hypothèse la plus répandue est celle de Manassis (2001), selon laquelle différentes symptomatologies anxieuses auraient chacune un patron unique d'association à l'attachement. En effet, l'auteure propose un lien plus fort entre l'attachement ambivalent et l'anxiété de séparation, expliquant cela par le fait que ce sont des enfants qui sont à la recherche de l'attention de leur parent, et donc moins portés vers les comportements d'exploration. Elle propose aussi un lien entre l'attachement évitant et l'anxiété reliée à des situations d'échec ou de vulnérabilité, en lien avec les stratégies de pseudo-autonomie développées par les enfants à l'attachement évitant. Elle pose également l'hypothèse que puisque ce sont des enfants qui ont tendance à restreindre ou à éviter l'expression de leurs émotions négatives, un lien plus fort pourrait être observé entre les représentations d'attachement évitant et les comportements obsessionnels-compulsifs et les plaintes somatiques. Finalement, elle soulève l'hypothèse d'un lien plus fort entre l'attachement désorganisé et la phobie scolaire, associée à l'anxiété de séparation, puisque ce sont des enfants qui sont excessivement préoccupés par le bien-être de leur figure d'attachement, et donc plus rassurés lorsqu'ils sont à ses côtés. En effet, tel qu'il l'a été

mentionné, il arrive souvent que ces enfants développent des stratégies de « *caregiving* », en prenant un rôle de donneur de soin auprès de leur figure parentale (Shmueli-Goetz et al., 2004).

Malgré ces élaborations théoriques, seules quelques études empiriques ont toutefois pu conclure en des associations plus spécifiques et ce, dans une population d'enfants et d'adolescents. Dallaire et Weinraub (2005), en étudiant longitudinalement les liens entre l'attachement mesuré à 2 ans et l'anxiété de séparation à l'âge scolaire, ont conclu que l'insécurité d'attachement prédisait de plus hauts niveaux d'anxiété de séparation à 6 ans. Les enfants à l'attachement ambivalent, par rapport à ceux ayant un attachement sécurisant, étaient ceux avec les plus hauts niveaux d'anxiété de séparation à l'âge scolaire. Toutefois, il est à noter que la différence n'était pas significative par rapport aux enfants à l'attachement évitant. Ensuite, Moss et al. (2006) se sont intéressés aux associations longitudinales entre l'attachement mesuré à 6 ans et différents symptômes intériorisés et extériorisés mesurés à 8 ans. Selon la classification en quatre catégories de Main et Cassidy (1988), c'est seulement le groupe à l'attachement contrôlant qui est associé aux problèmes intériorisés. Plus spécifiquement, les enfants de ce groupe auraient de plus hauts niveaux, à 8 ans, d'anxiété de séparation. Ils ne diffèreraient toutefois pas des enfants à l'attachement sécurisant pour les phobies ou les plaintes somatiques. Bar-Haim, Dan, Eshel et Sagi-Schwartz (2007) se sont, quant à eux, intéressés au lien longitudinal entre l'attachement mesuré dans la petite enfance et l'anxiété mesurée à 11 ans. Leur hypothèse était que ce seraient les enfants à l'attachement ambivalent qui

auraient le plus d'anxiété à 11 ans. Ils ont pu démontrer que les enfants dont l'attachement était insécurisant ambivalent à 12 mois rapportaient des niveaux plus élevés de phobie scolaire à 11 ans, comparativement aux enfants à l'attachement sécurisant. Finalement, une autre étude s'est entre autres intéressée au lien entre les représentations d'attachement des adolescents et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) (Ivarsson et al., 2010). Les auteurs de cette étude observent que les représentations d'attachement insécurisant sont plus fréquentes dans le groupe clinique (adolescents avec TOC) comparativement à un échantillon de la population générale. De plus, ils notent que plus de la moitié des participants de l'échantillon clinique ont des représentations d'attachement détaché/dénigrant. À titre comparatif, une étude de validation récente de l'AAI auprès de 857 adolescents issus de la population générale observe que 36 % d'entre eux ont des représentations d'attachement détaché (Booth-LaForce & Roisman, 2014).

En résumé, il n'existe à ce jour aucun consensus dans la documentation scientifique concernant la spécificité du lien trouvé entre l'insécurité d'attachement et le développement de l'anxiété durant l'enfance et l'adolescence. Premièrement, comme l'avancent Brumariu et Kerns (2014), il existe une grande variabilité méthodologique dans les écrits scientifiques actuels, rendant difficile la comparaison des résultats entre eux. En effet, la méthode pour mesurer l'attachement varie sensiblement d'une étude à l'autre, et il a été identifié que la taille d'effet varie sensiblement dans l'étude des liens entre l'attachement et les problèmes intériorisés lorsque les mesures par questionnaires et les mesures représentationnelles sont comparées (Madigan et al. 2016). Aussi, on remarque

que les questionnaires sont majoritairement utilisés dans les études (Brumariu & Kerns, 2010a; Colonnesi et al. 2011), alors qu'ils ont été critiqués puisqu'ils ne donneraient pas accès aux représentations telles que définies dans la théorie originale de l'attachement élaborée par Bowlby (1988) (Dwyer, 2005). De plus, il peut être observé que les différentes études comparées entre elles évaluent des groupes d'âge différents. Or, Madigan et al. (2016) ont mis de l'avant que la force des associations entre l'attachement et les problèmes intériorisés varie selon l'âge, avec des associations plus fortes à mesure que l'enfant vieillit. Deuxièmement, comme plusieurs études l'ont souligné (Brumariu & Kerns, 2010b; Colonnesi et al., 2011; Madigan et al., 2016), l'anxiété est rarement mesurée spécifiquement, mais plutôt comprise dans l'agrégat général des problèmes intériorisés. Finalement, peu d'études ont étudié ces liens auprès de la population clinique, ce qui pourrait permettre une plus grande variabilité et une intensité plus élevée de symptômes anxieux, permettant justement l'étude spécifique des liens avec ceux-ci. Brumariu et Kerns (2010b) proposent d'ailleurs cette avenue pour les études ultérieures.

Finalement, pour ce qui est des liens entre les types d'attachement et l'anxiété, il n'est toujours pas clair si celle-ci est associée à l'attachement insécurisant de manière générale (Brumariu & Kerns, 2010a; Madigan et al., 2016), plus spécifiquement à l'attachement insécurisant ambivalent/préoccupé (Colonnesi et al., 2011), à l'attachement insécurisant évitant/détaché (Ivarsson et al., 2010; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013), ou, finalement, à l'attachement désorganisé/contrôlant (Brumariu et al., 2012; Brumariu et al., 2013 ; Brumariu & Kerns, 2013; Madigan et al., 2016). Les résultats

actuels ne permettent pas non plus de se positionner quant à l'hypothèse selon laquelle il existerait des liens spécifiques et uniques entre les différentes symptomatologies anxieuses et les différents patrons d'attachement ou représentations d'attachement (Brumariu & Kerns, 2010a; Brumariu & Kerns, 2010b; Manassis, 2001).

La présente étude s'intéresse ainsi à la clarification du lien existant entre les représentations d'attachement et les différentes symptomatologies anxieuses, et ce, au sein d'un échantillon clinique de jeunes de 8 à 16 ans présentant des troubles anxieux. L'utilisation d'une mesure représentationnelle au sein d'un échantillon clinique permettra, d'une part, d'avoir accès aux représentations d'attachement, telles que conceptualisées par Bowlby et Ainsworth, et, d'autre part, d'obtenir une variabilité et une grande intensité de symptômes anxieux. De plus, en plus de recueillir les diagnostics de troubles anxieux des participants (approche médicale), les questionnaires utilisés donnent accès à l'intensité de l'anxiété de manière générale chez les participants (approche développementale). Ceci permet donc de tester si les liens entre l'attachement et l'anxiété sont les mêmes selon l'approche choisie pour étudier l'anxiété. Finalement, l'utilisation du CAI permettra l'étude de l'attachement sous un angle catégoriel et sous un angle dimensionnel.

Objectifs

L'objectif général de cette étude est ainsi de clarifier les liens existant entre les représentations d'attachement et l'anxiété.

Objectif #1 : Vérifier la distribution de l'attachement au sein de l'échantillon.

En lien avec cet objectif, la recension des écrits nous permet de formuler l'hypothèse qu'il y aura un taux plus élevé d'attachement insécurisant dans le présent échantillon que dans la population générale non-clinique.

Objectif #2 : Vérifier si le niveau d'anxiété mesuré par questionnaire (approche développementale de l'anxiété) diffère selon la catégorie d'attachement (approche catégorielle de l'attachement).

En lien avec cet objectif, la recension des écrits nous permet de formuler l'hypothèse que l'anxiété sera plus élevée dans le groupe d'attachement insécurisant, quel qu'en soit le type, que dans le groupe d'attachement sécurisant.

Objectif #3 : Vérifier si la prévalence de chaque diagnostic de trouble anxieux (approche médicale de l'anxiété) varie selon la catégorie d'attachement (approche catégorielle de l'attachement).

En lien avec cet objectif, la recension des écrits ne nous permet pas de formuler d'hypothèse directionnelle, compte tenu de l'ensemble des résultats divergents qu'on y trouve.

Objectif #4 : Vérifier si la prévalence de comorbidité (approche médicale) varie selon la catégorie d'attachement (approche catégorielle de l'attachement).

En lien avec cet objectif, la recension des écrits ne nous permet pas de formuler une hypothèse, compte tenu de l'ensemble des résultats divergents qu'on y trouve.

Objectif #5 : Vérifier si des relations existent entre le niveau d'anxiété mesuré par questionnaires (approche développementale de l'anxiété) et les scores aux différentes échelles du CAI (approche continue de l'attachement).

En lien avec cet objectif, la recension des écrits nous permet de poser deux hypothèses :

- Que l'anxiété sera corrélée positivement aux échelles du CAI associées à l'insécurité d'attachement (Idéalisation, Détachement et Colère);
- Que l'anxiété sera corrélée négativement aux échelles du CAI associées à la sécurité d'attachement (Ouverture émotionnelle, Équilibre entre les références positives et négatives aux FA, Utilisation d'exemples, Résolution de conflits, Cohérence).

Objectif #6 : Vérifier si les scores aux échelles continues du CAI (approche continue de l'attachement) diffèrent selon la présence ou l'absence de chaque trouble anxieux (approche médicale de l'anxiété).

En lien avec cet objectif, la recension des écrits ne nous permet pas de poser d'hypothèse directionnelle, compte tenu de l'ensemble des résultats divergents qu'on y trouve.

Objectif #7 : Vérifier si les scores aux différentes échelles continues du CAI (approche continue de l'attachement) diffèrent selon l'absence ou la présence de comorbidités (approche médicale).

En lien avec cet objectif, la recension des écrits ne nous permet pas de formuler une hypothèse.

Méthode

Participants

Ce projet fait partie d'une étude plus large dirigée par Madame Valérie Simard, Ph.D., en collaboration avec la Clinique des troubles anxieux du CHU Sainte-Justine. Toutes les familles admises à cette clinique dont l'enfant était âgé entre 8 et 16 ans se sont fait présenter brièvement cette étude par le psychiatre responsable de l'évaluation clinique d'accueil, à l'exception des familles dont l'enfant avait, en diagnostic principal, un état de stress post-traumatique, en raison de la nature différente de ce trouble (trouble anxieux généré par un évènement précis). La pertinence de cette exclusion est appuyée par la décision qui a été prise par l'APA (2013) de relocaliser ce trouble à l'extérieur de la section des troubles anxieux du DSM-5. De plus, il a également été décidé d'exclure les familles dont l'enfant avait un diagnostic principal de TOC, puisqu'un autre projet de recherche était en cours avec cette population. Il semble important de noter que c'est une clinique de troisième ligne accueillant des enfants dont le trouble anxieux est assez sévère et qui présentent des comorbidités. La présence ou l'absence de comorbidité n'a pas été une variable d'exclusion.

L'échantillon total comporte 30 jeunes. Il est composé à 40 % ($n = 12$) de garçons et à 60 % de filles ($n = 18$) âgés entre 8 et 16 ans, avec un âge moyen de 11,4 ans. Un peu plus de la moitié de l'échantillon (53,3 %) n'a qu'un seul diagnostic anxieux. La description plus précise de l'échantillon selon les diagnostics et la comorbidité sera

présentée dans la section résultats de la présente thèse.

En ce qui a trait aux informations sociodémographiques, il est à noter que certaines familles n'ont pas remis leur questionnaire sociodémographique, qui devait être retourné par la poste. Les informations suivantes concernent donc 70 % ($n = 21$) de l'échantillon total. Parmi ceux-ci, donc, 100 % des enfants ($n = 21$) sont nés au Canada. Approximativement 14 % ($n = 3$) des participants ont au moins un parent né à l'extérieur du pays (Pérou, Suisse, Maroc, France). Près de 62 % des couples parentaux ($n = 13$) sont mariés ou conjoints de fait, alors que 38 % ($n = 8$) sont divorcés ou séparés. En ce qui a trait au revenu familial annuel, 43 % des familles ($n = 9$) gagnent 120 000 \$ et plus, 33 % ($n = 7$) gagnent entre 60 000 \$ et 100 000 \$ et, finalement, 24 % ($n = 5$) gagnent moins de 60 000\$. Comparativement à la population québécoise, le présent échantillon se situe à un niveau économique plus élevé que la moyenne québécoise, avec un revenu médian de 90 000 \$, alors que le revenu familial médian du Québec est de 75 530 \$ (Statistique Canada, 2015). Il est également plus homogène en ce qui a trait à l'origine des parents, 30 % des bébés québécois ayant au moins un parent né à l'extérieur du Canada (Institut de la statistique du Québec, 2016), comparativement à 14 % dans le présent échantillon.

Procédure

Les familles admises à la Clinique des troubles anxieux du CHU Ste-Justine à qui l'étude a été présentée et qui le désiraient ont signé un formulaire de consentement permettant à une assistante de recherche du projet de V. Simard de les contacter pour leur

présenter plus amplement l'étude et les implications d'une éventuelle participation. Si la famille acceptait de participer suite à cet appel, un rendez-vous était fixé pour une visite à domicile. Cette visite se faisait préférentiellement, en tenant compte des contraintes d'horaire, dans les deux semaines suivant le début de l'évaluation à la clinique afin de contrôler au mieux possible l'effet de l'intervention offerte par l'équipe traitante. La visite à domicile était d'une durée d'environ 180 minutes. De manière générale, les deux parents étaient présents, avec l'enfant. Les visites étaient effectuées par deux assistantes de recherche préalablement formées pour l'ensemble des instruments utilisés durant celles-ci. Par souci de parcimonie, seuls les instruments nécessaires à la présente étude seront présentés. Ainsi, la visite comportait entre autres l'explication et la signature du formulaire de consentement libre et éclairé, l'évaluation des représentations d'attachement de l'enfant à l'aide d'une entrevue semi-structurée durant laquelle l'enfant était également filmé, une entrevue diagnostique administrée aux parents portant sur les symptômes de l'enfant, ainsi que la présentation de plusieurs questionnaires, certains devant être remplis par l'enfant ou l'adolescent, d'autres par les parents. Ces derniers étaient à remplir à la convenance de la famille, en ce sens qu'une enveloppe préaffranchie leur était fournie pour le retour par la poste des questionnaires une fois qu'ils étaient complétés par les différents participants (parents, enfant ou adolescent).

Instruments de mesure

Anxiété et autres symptomatologies

Évaluation par l'équipe traitante. L'évaluation psychiatrique complétée par l'équipe traitante de la clinique des troubles anxieux du CHU Ste-Justine a été accessible

aux chercheurs de la présente étude pour 43 % ($n = 13$) de l'échantillon, après l'obtention du consentement des familles concernées. Cette évaluation a pris la forme d'une appréciation clinique basée sur les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000). Concrètement, les chercheurs de l'étude ont eu accès aux diagnostics posés à la clinique pédopsychiatrique.

Entrevue semi-structurée basée sur le DSM-IV: le K-SADS-PL (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime version*; Kaufman et al., 1997). Afin d'évaluer la présence de diagnostics psychiatriques chez les enfants et les adolescents de l'échantillon, le K-SADS-PL a été administré aux parents. Le K-SADS-PL est une entrevue semi-structurée qui couvre plus de 30 catégories diagnostiques chez les 6-18 ans (Kaufman et al., 1997). La version utilisée pour les besoins de l'étude a été traduite librement de l'anglais par des membres de l'équipe de recherche. Cette entrevue est caractérisée par le fait qu'elle débute avec une entrevue de dépistage qui permet d'évaluer de manière systématique quelles catégories diagnostiques seront à questionner plus en profondeur dans un deuxième temps. Ceci permet d'optimiser le temps de passation. Elle présente une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,94$), une fidélité inter-juges élevée (entre 93 et 100 %) et la meilleure fidélité test-retest (intervalle moyen de 18 jours) pour les troubles anxieux et les troubles de l'humeur parmi les entrevues diagnostiques comparables (Kaufman et al., 1997 ; Renou, Hergueta, Flament, Mouren-Simeoni, & Lecrubier, 2004). Les diagnostics reçus au K-SADS-PL ont pu être

comparés à ceux donnés par l'équipe traitante du CHU Ste-Justine. Avec une concordance de 92 %, il est possible de confirmer la validité convergente entre les deux mesures.

Questionnaires.

Behavior Assessment Scale for Children, second version (BASC-II; Reynolds & Kamphaus, 2004; voir en Annexe A). Deux versions du BASC-II (Reynolds & Kamphaus, 2004) ont été complétées pour la présente étude. Une première version a été remplie par la mère, dans laquelle elle devait répondre à des questions portant sur son enfant. Une deuxième a été auto-administrée par l'enfant ou l'adolescent. Le BASC-II permet d'évaluer les capacités d'adaptation (p. ex., habiletés sociales, leadership) en plus des problèmes extériorisés (agressivité, problèmes de conduite) et intériorisés (anxiété/dépression, retrait social, somatisation) de l'enfant et de l'adolescent. Il comporte de 139 à 160 items, selon le répondant et le groupe d'âge, et la passation dure entre environ 10 minutes (version parent) et 30 minutes (version enfant/adolescent). Les questions doivent être répondues à l'aide d'une échelle de Likert en 4 points (de *jamais* à *presque toujours*). Pour les besoins de cette étude, seule l'échelle d'anxiété (version parent et version auto-rapportée) a été utilisée dans les analyses. Le BASC-II présente d'excellentes propriétés psychométriques, telles qu'une fidélité test-retest entre 0,7 et 0,8 et une cohérence interne d'une valeur de 0,90 (Reynolds & Kamphaus, 2004). Il permet également une discrimination entre les populations clinique et non-clinique. Une version française, distribuée par les mêmes auteurs, est disponible (<https://www.pearsonclinical.ca/fr/products/product-master/item-28.html>).

L'Échelle révisée d'anxiété manifeste chez l'enfant (Reynolds & Richmond, 1978; voir Annexe B). Cette échelle est une version française de la *Revised Child Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978), destinée aux enfants et aux adolescents âgés entre 6 et 18 ans. Elle a donc été complétée par l'enfant. Cette échelle évalue l'anxiété selon trois dimensions (Inquiétude/Hypersensibilité, Anxiété physiologique et Préoccupations sociales/Concentration) à l'aide de 37 items auxquels le jeune doit répondre par oui ou par non. Un score global peut également être calculé, en combinant ensemble les items des trois sous-échelles. La version française présente des indices de validité et de fidélité entre « bon » et « excellent », comme une cohérence interne d'une valeur de 0,88 et des indices de fidélité test-retest entre 0,58 et 0,61 pour les trois sous-échelles (intervalle de 6 mois), et présente la même structure factorielle que la version originale anglaise (Turgeon & Chartrand, 2003).

Représentations d'attachement

Entrevue d'attachement de l'enfant (*Child Attachment Interview* [CAI]; Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta, & Schneider, 1999; voir Annexe 3). Le CAI (Shmueli-Goetz et al., 2008; Target et al., 2003; Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta, & Schneider, 1999) est une entrevue semi-structurée qui permet de mesurer les représentations d'attachement chez les enfants. Elle a été originalement développée pour une population âgée entre 8 et 13 ans, mais a ultérieurement été validée auprès d'adolescents âgés jusqu'à 16 ans (Venta, Shmueli-Goetz, & Sharp, 2014). Elle est composée de 19 questions portant sur les expériences avec les figures d'attachement. Le

temps de passation, qui peut toutefois varier d'un enfant à l'autre, est d'en moyenne 30 minutes. Les questions et le système de codification de cette entrevue ont été adaptés de l'Entrevue d'attachement adulte (AAI) en fonction des capacités cognitives et linguistiques des enfants de l'âge visé. La codification se fait principalement via l'analyse du discours, mais une analyse du comportement non-verbal est également effectuée, inspirée de la Situation étrangère (Ainsworth et al., 1978), afin d'évaluer visuellement la présence ou l'absence d'un attachement désorganisé. L'entrevue est donc filmée afin que ces deux types d'analyses puissent se faire dans un deuxième temps. Le CAI et son système de codification présentent de bons indices de fidélité et de validité et ce, dans des populations clinique et générale (Borelli et al., 2016; Shmueli-Goetz et al., 2008). Par exemple, il obtient des indices de test-retest (intervalles de trois mois et d'un an) entre 76% et 85% en ce qui a trait à la distinction entre les catégories sécure et insécure. Il a également été démontré que la classification obtenue au CAI est indépendante de l'âge, du genre, du statut socioéconomique, de l'ethnie, du QI verbal et du type de famille (monoparentale ou nucléaire) (Target et al., 2003). La version française utilisée pour la présente étude a été traduite par Karen Ensink, Ph.D., professeure et chercheure au département de psychologie de l'Université Laval.

Plus précisément, le système de codification du CAI demande tout d'abord au codificateur d'isoler dans l'entrevue les épisodes relationnels. Ensuite, ceux-ci sont cotés à la lumière de plusieurs échelles continues (Ouverture émotionnelle, Colère préoccupée, Idéalisation, Détachement, Équilibre entre les références positives et négatives aux figures

d'attachement, Utilisation d'exemples, Résolution de conflits et Cohérence globale), pour chacune desquelles le codificateur doit attribuer un score de 1 à 9. Le Tableau 2 présente une brève description de chacune de ces échelles. Ensuite, selon le profil des scores obtenus à ces échelles continues (analyse *bottom-up*), ainsi que selon certaines caractéristiques générales du discours (analyse *top-down*), il y a attribution de l'une des catégories d'attachement (attachement sécurisant, attachement insécurisant-détaché, attachement insécurisant-préoccupé et présence ou absence de désorganisation) (Shmueli-Goetz et al., 2004; Shmueli-Goetz et al., 2008). En effet, pour la classification dans une catégorie il doit y avoir, d'une part, des scores significatifs aux échelles continues associées à ladite catégorie et, d'autre part, la présence des principales caractéristiques du discours associées à la catégorie. Le Tableau 3 présente les caractéristiques principales de chaque catégorie d'attachement. À noter qu'il y a une classification de l'attachement du jeune pour chaque parent, puisqu'on s'attend à ce que le style d'attachement varie en fonction de la nature de chaque relation.

Pour la présente étude, les entrevues ont été cotées par V. Simard qui a obtenu sa certification en 2012 au Anna Freud Center, soit un accord inter-juges d'au moins 80 % avec les développeurs de l'échelle sur une série de 30 entrevues, autant pour les scores aux échelles continues que pour la classification au sein des catégories d'attachement.

Tableau 2

Description des échelles continues du CAI

<p>Ouverture émotionnelle : Cette échelle évalue la gamme d'émotions décrites par l'enfant, le degré avec lequel il est capable de contextualiser de manière relationnelle ces émotions et sa compréhension de l'interaction existant entre les émotions, les pensées et les comportements.</p>
<p>Colère préoccupée* : Degré avec lequel l'enfant présente une colère envahissante et non-contenue lorsqu'il rapporte ses épisodes relationnels.</p>
<p>Idéalisation* : Degré avec lequel les représentations qu'a l'enfant de ses figures d'attachement (FA) sont biaisées de manière positive (non soutenues par des exemples concrets).</p>
<p>Détachement* : Degré avec lequel l'enfant dénie ou diminue l'importance que peuvent avoir les relations interpersonnelles et ses figures d'attachement.</p>
<p>Équilibre entre les références positives et négatives aux figures d'attachement : Cette échelle évalue la capacité de l'enfant à faire référence de manière positive et négative à ses figures d'attachement (c'est-à-dire pas seulement de manière positive ou négative), tout en prenant en considération que les enfants tendent à se référer de manière plus positive que négative à leurs figures d'attachement.</p>
<p>Utilisation d'exemples : Capacité de l'enfant à donner des exemples relationnels qui sont détaillés et pertinents.</p>
<p>Résolution de conflits : Degré avec lequel l'enfant est capable de rapporter un épisode relationnel comportant un conflit qui est par la suite résolu.</p>
<p>Cohérence globale : Échelle qui intègre des informations des échelles d'Idéalisation, de Colère préoccupée, de Détachement et de Résolution de conflits, en plus de caractéristiques du discours (p. ex., spontanéité, réflexivité, flexibilité).</p>

* Échelles pour lesquelles deux scores sont attribués (pour la mère et pour le père).

Tableau 3

Caractéristiques du discours et critères propres à chaque catégorie d'attachement du CAI

Catégorie d'attachement	Principales caractéristiques du discours	Scores aux échelles continues
Attachement sécurisant	<ul style="list-style-type: none"> - Discours spontané, nuancé et équilibré - Attitude de collaboration - Apport d'épisodes relationnels cohérents et conséquents - La valeur portée aux relations et aux FA est soulignée clairement - Présence d'affects dans le discours et les émotions rapportées sont appropriées au contexte relationnel rapporté 	<p>Score de 5 ou plus à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture émotionnelle - Équilibre entre les références positives et négatives aux FA - Utilisation d'exemples - Résolution de conflits - Cohérence globale <p>Score de 3 ou moins à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idéalisation - Détachement - Colère préoccupée
Attachement insécurisant-détaché	<ul style="list-style-type: none"> - Accent mis sur l'indépendance et l'autosuffisance - Les tentatives de présenter les FA de manière positive ne sont pas supportées par des exemples (idéalisation) - Minimisation ou normalisation des expériences négatives - Peu d'élaboration autour de la dépendance, du besoin ou de la vulnérabilité - Accent sur des activités/objets matériels pour supporter les épisodes relationnels positifs - Difficulté à rapporter des souvenirs précis, plusieurs « je ne sais pas », « je m'en rappelle pas », sans effort marqué - Réponses concrètes, peu élaborées, pouvant donner l'impression d'une entrevue superficielle, pas connectée aux affects et états mentaux 	<p>Score de 4 ou plus à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idéalisation - Et/ou - Détachement <p>Score de 5 ou moins à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture émotionnelle - Équilibre entre les références positives et négatives aux FA - Utilisation d'exemples - Résolution de conflits - Cohérence globale

Tableau 3

Caractéristiques du discours et critères propres à chaque catégorie d'attachement du CAI (suite)

Catégorie d'attachement	Principales caractéristiques du discours	Scores aux échelles continues
Attachement insécurisant-préoccupé	<ul style="list-style-type: none"> - Catégorie rare - Moments de colère ou de mépris envers les FA - Colère manifestée par un ou plusieurs des éléments suivants : débordement dans le discours, ton plaintif, liste de reproches envers les FA, tentatives pour gagner la sympathie de l'intervieweur, discours adressé aux FA comme s'ils étaient là. 	<p>Score de 4 ou plus à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colère préoccupée <p>Score de 5 ou moins à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture émotionnelle - Équilibre entre les références positives et négatives aux FA - Utilisation d'exemples - Résolution de conflit - Cohérence globale

Analyses effectuées

Objectif #1 : Une analyse descriptive de fréquences a été effectuée afin de répondre au premier objectif de recherche, qui est de vérifier la distribution de l'attachement au sein de l'échantillon.

Objectifs associés à une approche catégorielle de l'attachement

Objectif #2 : Des analyses de variance (ANOVAs; VI : catégories d'attachement, VD : niveau d'anxiété) ont été effectuées afin de répondre au deuxième objectif, qui est de vérifier si le niveau d'anxiété mesuré par questionnaire (BASC-II et RCMAS) diffère selon la catégorie d'attachement (attachement sécurisant ou insécurisant au CAI).

Objectif #3 : Des chi-carrés ont été effectués afin de répondre au troisième objectif, qui est de vérifier si la prévalence de chaque diagnostic de trouble anxieux (K-SADS-PL) ayant un n suffisant dans l'échantillon (trouble panique, anxiété de séparation, phobie spécifique et trouble d'anxiété généralisée) varie selon la catégorie d'attachement (attachement sécurisant ou insécurisant au CAI).

Objectif #4 : Des chi-carrés ont été effectués afin de répondre au quatrième objectif, qui est de vérifier si la présence ou l'absence de comorbidités (autre trouble anxieux; autre diagnostic K-SADS-PL; comorbidité TDAH) varie selon la catégorie d'attachement (sécurisant ou insécurisant au CAI).

Objectifs associés à une approche continue de l'attachement

Objectif #5 : Des corrélations bivariées ont été effectuées afin de répondre au cinquième objectif, qui est de vérifier si des relations existent entre le niveau d'anxiété mesuré par questionnaires (BASC-2 et RCMAS) et le score aux différentes échelles du CAI (Ouverture émotionnelle, Équilibre entre les références positives et négatives aux FA, Utilisation d'exemples, Résolution de conflits, Cohérence). Ensuite, afin de vérifier si le niveau d'anxiété variait selon la dichotomisation (en raison de leur distribution qui n'était pas normale) de certaines échelles du CAI (Colère envers la mère, Colère envers le père, Idéalisation de la mère, Idéalisation du père, Détachement envers la mère, Détachement envers le père), des ANOVAs ont été effectuées (VI : échelles dichotomisées du CAI et VD : BASC-2, RCMAS).

Objectif #6 : Des ANOVAs simples ont été effectuées (VI : présence ou absence de chaque trouble anxieux; VD : score aux échelles continues) dans le but de répondre au sixième objectif, qui est de vérifier si les scores aux échelles continues du CAI (Ouverture émotionnelle, Équilibre entre les références positives et négatives aux FA, Utilisation d'exemples, Résolution de conflits, Cohérence) diffèrent selon la présence ou l'absence de chaque trouble anxieux (K-SADS-PL; trouble panique, anxiété de séparation, phobie spécifique et trouble d'anxiété généralisée). Les ANOVAs ont été choisies comme analyses puisque les postulats de base pour les MANOVAs n'étaient pas respectés. Parallèlement, des chi-carrés ont été effectués pour vérifier si la présence ou l'absence de chaque trouble anxieux différait pour les échelles du CAI qui ont été dichotomisées en raison de leur distribution qui n'était pas normale (Colère envers la mère, Colère envers le père, Idéalisation de la mère, Idéalisation du père, Détachement envers la mère, Détachement envers le père).

Objectif #7 : Des ANOVAs (VI : comorbidité; VD : échelles continues CAI) ont été effectuées pour répondre à cet objectif, qui est de vérifier si les scores aux différentes échelles continues du CAI (Ouverture émotionnelle, Équilibre entre les références positives et négatives aux FA, Utilisation d'exemples, Résolution de conflits, Cohérence) diffèrent selon l'absence ou la présence de comorbidités (approche médicale). Des chi-carrés (Comorbidité et échelles dichotomisées du CAI) ont parallèlement été effectués pour vérifier si la présence ou l'absence de comorbidités différait pour les échelles du CAI qui ont été dichotomisées en raison de leur distribution qui n'était pas normale (Colère

envers la mère, Colère envers le père, Idéalisation de la mère, Idéalisation du père, Détachement envers la mère, Détachement envers le père).

Analyses post-hoc : analyses associées à une approche dimensionnelle de l'attachement

Un continuum d'attachement insécurisant-détaché/sécurisant (Zachrisson et al., 2011) a été créé.

Afin de vérifier si le score d'attachement sur ce continuum différait selon la présence ou l'absence de chaque trouble anxieux, des ANOVAs ont été effectuées (VI : présence/absence trouble anxieux au K-SADS-PL; VD : score au continuum d'attachement).

Afin d'évaluer les liens existant entre le score à ce continuum et le niveau d'anxiété mesuré aux questionnaires (BASC-2, RCMAS), des corrélations bivariées ont été faites.

Afin de vérifier si le score au continuum d'attachement différait selon la présence et le type de comorbidité, des ANOVAs ont été effectuées (VI : présence ou absence de chaque type de comorbidité; VD : score au continuum d'attachement).

Analyses post-hoc : inclusion de covariables

Finalemment, la dernière partie des analyses concerne l'inclusion de covariables dans les analyses. Le sexe s'est avéré être la seule variable sociodémographique associée significativement aux variables dépendantes continues. Ainsi, les ANOVAs et corrélations précédentes ont été refaites en contrôlant pour l'effet du sexe (ANCOVAs et corrélations partielles).

Résultats

Analyses descriptives

Distribution de l'anxiété (RCMAS et BASC-II)

Le Tableau 4 présente les statistiques descriptives de l'anxiété mesurée par les questionnaires (BASC-2 et RCMAS). L'anxiété auto-rapportée au questionnaire RCMAS présente le plus haut pourcentage de signification clinique, suivie de près par l'anxiété rapportée par la mère au BASC-2.

Distribution des diagnostics de troubles anxieux et des troubles comorbides (K-SADS-PL)

Tous les participants ont reçu, selon l'entrevue diagnostique K-SADS-PL, au moins un diagnostic de trouble anxieux. La majorité des participants (53,3 % ; $n = 16$) en ont reçu un seul, alors que 33,3 % ($n = 10$) en ont reçu deux et que 13,3 % ($n = 4$) ont reçu trois diagnostics de troubles anxieux. En ce qui a trait aux autres types de troubles comorbides, les plus prévalents sont le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (26,7 % ; $n = 8$) ainsi que le trouble de l'humeur (13,3 % ; $n = 4$). Enfin, 63,3 % des participants ($n = 19$) présentent au moins une comorbidité, quelle qu'elle soit (incluant les troubles anxieux). Concernant plus précisément les diagnostics de troubles anxieux, 46,7 % ($n = 14$) obtiennent un diagnostic de phobie spécifique ; 33,3 % ($n = 10$) obtiennent un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée ; 26,7 % ($n = 8$) obtiennent un trouble panique (avec ou sans agoraphobie) ; 26,7 % ($n = 8$) obtiennent un trouble d'anxiété de séparation ; 10 % ($n = 3$) obtiennent une phobie sociale ; 10 % ($n = 3$) obtiennent un trouble anxieux non-spécifié et 3,3 % ($n = 1$) obtiennent un TOC.

Tableau 4

Statistiques descriptives de l'anxiété mesurée par questionnaires

Questionnaire	<i>n</i>	Étendue	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	% clinique
Anxiété au BASC-2 rapportée par la mère ¹	22	49-89	66,5	11,0	40,6
Anxiété au BASC-2 auto-rapportée ¹	24	41-80	61,3	11,7	29,3
Échelle Inquiétude/hypersensibilité du RCMAS ²	24	2-12	8,5	3,2	-
Échelle Anxiété physiologique du RCMAS ³	24	0-8	4,2	2,2	-
Échelle Préoccupation sociale/concentration du RCMAS ⁴	24	0-8	3,7	2,4	-
Score global au RCMAS ⁵	24	5-26	16,4	5,9	41,9

¹ Les scores du BASC-2 sont des scores T. Un score élevé indique un plus grand niveau d'anxiété. Le seuil clinique est 70.

² Étendue théorique entre 0 et 12. Un score élevé indique un plus grand niveau d'anxiété.

^{3,4} Étendue théorique entre 0 et 8. Un score élevé indique un plus grand niveau d'anxiété.

⁵ Étendue théorique entre 0 et 28. Un score élevé indique un plus grand niveau d'anxiété. Le seuil clinique est 19.

Il est donc possible de constater que les critères diagnostiques de ces deux derniers diagnostics ont été atteints chez deux participants lors de l'évaluation à l'aide du K-SADS-PL, mais pas lors de l'évaluation psychiatrique de l'équipe traitante (critère d'exclusion). Tel que mentionné précédemment, un participant peut avoir reçu plus d'un diagnostic ; l'énumération précédente inclut donc tous les diagnostics reçus pour chaque participant. Afin d'inclure seulement les diagnostics présentant un « *n* » suffisant dans les analyses subséquentes, seulement les diagnostics de phobie spécifique, de trouble d'anxiété généralisée, de trouble panique et d'anxiété de séparation ont été utilisés.

Distribution de l'attachement selon le CAI

Objectif #1 : En ce qui a trait à l'attachement à la mère, 60 % des participants ($n = 18$) ont un attachement sécurisant, 36,7 % ($n = 11$) ont un attachement détaché et 3,3 % ($n = 1$) ont un attachement préoccupé. Ensuite, concernant l'attachement au père, 50 % des participants ($n = 15$) ont un attachement sécurisant, 40 % ($n = 12$) ont un attachement détaché et 6,7 % ($n = 2$) ont un attachement préoccupé. Aucun participant ne présente d'attachement désorganisé envers l'un ou l'autre de ses parents. De plus, il est à noter que 83,3 % ($n = 25$) des participants ont le même patron d'attachement envers leurs deux parents, alors que 13,3 % ($n = 4$) ont un patron d'attachement différent entre leurs deux parents. Pour un participant (3,3 %), l'attachement a été uniquement mesuré envers la mère.

Compte tenu du peu de participants présentant un attachement préoccupé, les analyses qui impliquent les catégories d'attachement ont été effectuées avec les catégories « attachement sécurisant » et « attachement insécurisant », plutôt que de considérer séparément les deux catégories de représentations d'attachement insécurisant.

Le Tableau 5 présente les statistiques descriptives de chacune des échelles continues. On peut y constater qu'il y a peu de colère dans l'échantillon et ce, autant envers la figure maternelle que la figure paternelle.

Tableau 5

Statistiques descriptives des échelles continues du CAI

Échelles	<i>n</i>	Étendue	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Ouverture émotionnelle	30	1,5 - 8	4,9	1,9
Équilibre entre les références positives et négatives aux FA	30	1 - 8	4,8	2,1
Utilisation des exemples	30	3 - 9	5,3	1,5
Colère - Mère	30	1 - 5	1,2	0,9
Colère - Père	29	1 - 5	1,8	1,3
Idéalisation – Mère	30	1 - 6	2,7	1,5
Idéalisation – Père	28	1 - 6	2,3	1,6
Détachement – Mère	29	1 - 8	2,8	2,2
Détachement – Père	27	1 - 8	2,8	2,2
Résolution de conflits	27	3 - 8	5,1	1,3
Cohérence	30	2 - 8	5,0	1,9

Note. Le nombre de participants varie d'une échelle à l'autre, puisque lorsqu'une partie de narratif est trop pauvre en épisodes relationnels, il peut être impossible de conclure à une cote valide.

Analyses préliminaires

La normalité des échelles continues d'anxiété et d'attachement a été vérifiée à l'aide du calcul des valeurs d'asymétrie et d'aplatissement. Les échelles de colère, d'idéalisation et de détachement du CAI, autant pour la mère que pour le père, présentent des effets planchers importants (plus de 20% des observations correspondant à la valeur minimale de l'étendue). Afin de résoudre ce problème, ces six échelles ont été dichotomisées. Les échelles d'idéalisation et de détachement ont été dichotomisées selon le seuil (sécurité versus insécurité) proposé par le manuel de cotation du CAI, donc en deux catégories, l'une allant de 1 à 4,5 et l'autre, de 5 à 9. Pour ce qui est de l'échelle de

colère, celle-ci a été dichotomisée en deux catégories, l'une comprenant seulement la valeur « 1 » (absence de colère), et l'autre comprenant le reste des valeurs (présence de colère). L'échelle de colère a été traitée différemment dû à sa faible présence dans l'échantillon. En effet, tel que vu dans le Tableau 4, l'étendue des scores de colère ne va pas au-delà de 5. Toutes les autres échelles continues d'anxiété et d'attachement respectent les paramètres d'une distribution normale.

Analyses principales

Analyses associées à une approche catégorielle de l'attachement

Objectif #2 : Tout d'abord, afin de vérifier si les niveaux d'anxiété aux questionnaires (BASC-2 rapporté par la mère, BASC-2 auto-rapporté, échelle inquiétudes/hypersensibilité du RCMAS, échelle anxiété physiologique du RCMAS, échelle préoccupation sociale/concentration du RCMAS et score global au RCMAS) variaient selon la catégorie d'attachement (attachement sécurisant ou insécurisant au CAI, envers la mère et envers le père), des ANOVAs ont été effectuées (VI = catégorie d'attachement et VD = score aux questionnaires). Il a été choisi de faire plusieurs ANOVAs plutôt qu'une MANOVA puisque les postulats de base de la MANOVA n'étaient pas respectés. Ceux de l'ANOVA étaient tous respectés. Aucune différence de moyenne n'est ressortie statistiquement significative.

Objectif #3 : Des chi-carrés ont été effectués afin de vérifier si la proportion d'enfants présentant ou non chaque trouble anxieux (trouble panique, anxiété de

séparation, phobie spécifique et trouble d'anxiété généralisée [TAG]) différait selon la catégorie d'attachement (attachement sécurisant ou insécurisant au CAI, envers la mère et envers le père). Ces analyses ont permis de mettre en évidence trois associations significatives. Premièrement, on observe une relation significative ($\chi^2(1) = 5,57, p = 0,02$) entre le type d'attachement à la mère et la présence ou l'absence d'anxiété de séparation. En effet, la prévalence de l'anxiété de séparation est plus élevée chez les participants présentant un attachement insécurisant (50 %) que sécurisant (11 %) à leur mère. Deuxièmement, on observe une relation significative ($\chi^2(1) = 6,81, p = 0,01$) entre le type d'attachement envers le père et la présence ou l'absence d'anxiété de séparation. En effet, la prévalence de l'anxiété de séparation est plus élevée chez les enfants présentant un attachement insécurisant (50 %) que sécurisant (6,7 %) à leur père. Finalement, on observe une relation significative entre le type d'attachement envers le père et la présence ou l'absence d'un diagnostic de TAG ($\chi^2(1) = 4,89, p = 0,03$). Ici, on observe que la prévalence du trouble d'anxiété généralisée est moins élevée chez les enfants présentant un attachement insécurisant (14,3 %) que sécurisant (53,3 %) à leur père.

Objectif #4 : Des chi-carrés ont également été effectués afin de vérifier si la proportion d'enfants présentant ou non chaque type de comorbidité (autre trouble anxieux; comorbidité avec tout autre diagnostic; comorbidité TDAH) différait selon la catégorie d'attachement (insécurisant ou sécurisant au CAI). Aucune association ne s'est avérée significative.

Analyses associées à une approche continue de l'attachement

Objectif #5 : Des corrélations bivariées ont été effectuées pour tester les liens existant entre les mesures d'anxiété aux questionnaires et les échelles continues d'attachement. Un lien s'est avéré significatif : la sous-échelle « Préoccupations sociales/concentration » du RCMAS est corrélée positivement à l'échelle « Équilibre entre les références positives et négatives aux FA » du CAI ($r = 0,37; p = 0,04$). Un lien à tendance significative est aussi observé entre la sous-échelle « Préoccupations sociales/concentration » du RCMAS et l'échelle « Ouverture émotionnelle » du CAI ($r = 0,34, p = 0,05$).

Ensuite, des ANOVAs (VI = échelles dichotomisées du CAI et VD = score aux questionnaires) ont été effectuées afin de vérifier si le niveau d'anxiété mesuré à l'aide des questionnaires (BASC-2, RCMAS) différait selon la présence ou l'absence de colère envers les parents (mesurée au CAI), ainsi que selon la présence clinique ou non de détachement et d'idéalisation envers les parents (mesurée au CAI). Il a été décidé de faire 5 ANOVAs par échelle dichotomisée plutôt que des MANOVAs puisque les postulats de ce dernier type d'analyse n'étaient pas respectés, contrairement à ceux de l'ANOVA. Aucune différence ne s'est avérée être significative.

Objectif #6 : Dans le but de vérifier si le score de chacune des échelles continues du CAI n'ayant pas été dichotomisées (Ouverture émotionnelle, Équilibre entre les références positives et négatives, Utilisation d'exemples, Résolution de conflits et

Cohérence) différait selon la présence ou l'absence des troubles anxieux (trouble panique, anxiété de séparation, phobie spécifique et trouble d'anxiété généralisée), des comparaisons de moyennes ont été effectuées à l'aide d'analyses de variance (ANOVA simples à deux niveaux; VI = présence/absence de chaque trouble anxieux et VD = score aux échelles continues du CAI). Il a été choisi d'effectuer plusieurs ANOVAs plutôt qu'une MANOVA puisque les postulats de base de la MANOVA n'étaient pas respectés alors que ceux de l'ANOVA l'étaient. Le Tableau 6 présente les résultats significatifs et marginalement significatifs provenant de ces ANOVAs. Voici ce qu'on peut retenir de ces analyses, et ce, pour chaque trouble anxieux.

Trouble panique (avec ou sans agoraphobie). Les moyennes des échelles continues d'attachement des participants ayant reçu un diagnostic de trouble panique selon le K-SADS-PL ($n = 8$) ont été comparées à celles des participants n'ayant pas de trouble panique ($n = 22$). Aucune différence de moyenne ne s'est avérée significative.

Anxiété de séparation. Les moyennes des échelles continues d'attachement des participants ayant reçu un diagnostic d'anxiété de séparation selon le K-SADS-PL ($n = 8$) ont été comparées à celles des participants n'ayant pas reçu ce diagnostic ($n = 22$). Les participants sans anxiété de séparation ont obtenu des scores significativement plus élevés que les participants avec anxiété de séparation à l'échelle « Utilisation d'exemples ». Ils obtiennent également des scores plus élevés, qui s'approchent de la signification statistique ($p = 0,06$) aux échelles d'« Ouverture émotionnelle » et de « Cohérence ».

Tableau 6

Résultats significatifs et marginalement significatifs des analyses de variance à un facteur (2 niveaux) des scores aux différentes échelles continues du CAI selon la présence ou l'absence de chaque trouble anxieux (K-SADS-PL)

Modèle	<i>M (ET) – diagnostic présent</i>	<i>M (ET) – diagnostic absent</i>	<i>F (ddl)</i>	<i>p</i>	Taille d'effet
VD : Ouverture émotionnelle VI : Anxiété de séparation	3,75 (1,58)	5,27 (1,84)	4,3 (1)	0,05	0,13
VD : Utilisation d'exemples VI : Anxiété de séparation	4,44 (0,82)	5,73 (1,84)	5,25 (1)	0,03	0,16
VD : Cohérence VI : Anxiété de séparation	3,88 (1,38)	5,34 (1,87)	4,08 (1)	0,05	0,13
VD : Équilibre entre les références +/- aux FA VI : TAG	6,00 (2,01)	4,25 (1,88)	5,5 (1)	0,03	0,16
VD : Résolution de conflit VI : TAG	5,83 (1,60)	4,78 (0,96)	4,63 (1)	0,04	0,16
VD : Cohérence VI : TAG	6,00 (1,81)	4,43 (1,67)	5,60 (1)	0,03	0,17

VD = Variable dépendante. VI = Variable indépendante.

Phobie spécifique. Les moyennes des échelles continues d'attachement des participants ayant reçu un diagnostic de phobie spécifique selon le K-SADS-PL ($n = 14$)

ont été comparées à celles des participants n'ayant pas de phobie spécifique ($n = 16$). Aucune différence de moyenne ne s'est avérée significative.

Trouble d'anxiété généralisée. Les moyennes des échelles continues d'attachement des participants ayant reçu un diagnostic de TAG selon le K-SADS-PL ($n = 10$) ont été comparées à celles des participants n'ayant pas reçu ce diagnostic ($n = 20$). Les participants avec un diagnostic de TAG ont obtenu des scores significativement plus élevés que les participants sans TAG aux échelles d'équilibre entre les références positives et négatives, de résolution de conflits et de cohérence.

Des analyses de chi-carré ont été effectuées dans le but de vérifier si la proportion d'enfants présentant ou non un diagnostic, pour chaque trouble anxieux (trouble panique, anxiété de séparation, phobie spécifique et trouble d'anxiété généralisée) différait selon la catégorie des échelles dichotomisées du CAI (Colère envers la mère, Colère envers le père, détachement envers la mère, détachement envers le père, idéalisation du père, idéalisation de la mère). Aucune relation ne s'est avérée significative.

Objectif #7 : Comorbidités.

Comorbidité anxieuse (plus d'un diagnostic de trouble anxieux). À l'aide d'ANOVAs simples (VI = présence/absence de comorbidité anxieuse et VD = score aux échelles continues du CAI), les moyennes des échelles continues d'attachement des participants ayant reçu plus d'un diagnostic de trouble anxieux selon le K-SADS-PL

($n = 14$) ont été comparées à celles des participants ne présentant pas de comorbidité anxieuse ($n = 16$). Aucune différence de moyenne ne s'est avérée significative.

Des chi-carrés ont permis de vérifier si la présence ou l'absence de ce type de comorbidité variait selon la présence ou l'absence de chaque construit mesuré par les échelles du CAI ayant été dichotomisées (Colère, Détachement et Idéalisation). Aucune association n'est significative.

Comorbidité avec tout autre diagnostic DSM-IV. À l'aide d'ANOVAs simples (VI = présence/absence de comorbidité et VD = score aux échelles continues du CAI), les moyennes des échelles continues d'attachement des participants ayant reçu plus d'un diagnostic au K-SADS-PL ($n = 19$) ont été comparées à celles des participants ne présentant aucune comorbidité ($n = 11$). Aucune différence de moyenne ne s'est avérée significative.

Des chi-carrés ont permis de vérifier si la présence ou l'absence de ce type de comorbidité variait selon la présence ou l'absence de chaque construit mesuré par les échelles du CAI ayant été dichotomisées (Colère, Détachement et Idéalisation). Aucune association n'est ressortie significative.

Comorbidité TDAH. À l'aide d'ANOVAs simples (VI = présence/absence de TDAH en comorbidité et VD = score aux échelles continues du CAI), les moyennes des échelles continues d'attachement des participants ayant reçu un diagnostic TDAH en plus

de leur(s) trouble(s) anxieux ($n = 8$) ont été comparées à celles des participants ne présentant aucune comorbidité avec le TDAH ($n = 22$). Aucune différence de moyenne ne s'est avérée significative.

Des chi-carrés ont permis de vérifier si la présence ou l'absence de ce type de comorbidité variait selon la présence ou l'absence de chaque construit mesuré par les échelles du CAI ayant été dichotomisées (Colère, Détachement et Idéalisation). Aucune association n'est ressortie significative.

Analyses post-hoc

Analyses selon une approche dimensionnelle (continuum d'attachement).

Finalement, afin d'avoir une variable continue qui pourrait prendre en compte les échelles du CAI qui ne respectent pas le postulat de normalité (et qui ont dû être dichotomisées), un nouveau score d'attachement a été créé. En effet, selon l'analyse de la structure factorielle du CAI de Zachrisson et al. (2011), il est possible de créer un score continu qui représente un continuum entre l'attachement insécurisant de type détaché et la sécurité d'attachement. Selon leur analyse, le score est obtenu en additionnant les scores des échelles « Ouverture émotionnelle », « Équilibre entre les références positives et négatives », « Utilisation d'exemples », et les scores inversés des échelles « Détachement envers la mère », « Détachement envers le père », « Idéalisation envers la mère » et « Idéalisation envers le père ». Un score élevé au continuum représente donc une sécurité d'attachement, alors qu'un faible score y représente une insécurité d'attachement de type

détaché. Les échelles témoignant de l'insécurité de type préoccupé n'y sont pas incluses en raison leur faible représentation dans la population générale. Les auteurs proposent en fait un continuum supplémentaire pour rendre compte de la préoccupation, mais en raison de sa présence très faible dans l'échantillon de la présente étude, ce second continuum n'a pas été créé.

Anxiété continue (BASC-2, RCMAS). Des corrélations bivariées ont été effectuées pour tester les liens existant entre les mesures d'anxiété aux questionnaires et le continuum d'attachement détachement-sécurité. Aucune relation ne s'est avérée significative.

Diagnostics K-SADS-PL. Dans le but de vérifier si le score au continuum d'attachement détachement-sécurité différait selon la présence ou l'absence des troubles anxieux du K-SADS-PL (trouble panique, anxiété de séparation, phobie spécifique et trouble d'anxiété généralisée), des comparaisons de moyenne ont été effectuées à l'aide d'analyses de variance (ANOVAs simples à deux niveaux; VI = présence/absence de chaque trouble anxieux et VD = score au continuum d'attachement). L'ANOVA sur la différence des moyennes du continuum d'attachement entre les participants avec ou sans TAG a révélé un résultat significatif ($F(1,25) = 1,45, p = 0,04$). Ainsi, la moyenne au continuum d'attachement détachement-sécurité est significativement plus élevée chez les participants souffrant d'un TAG ($M = 50,81, ET = 9,48$) que chez les participants sans

TAG ($M = 41,95$, $ET = 9,78$), suggérant une plus grande sécurité en présence d'un TAG. Aucune autre différence n'est significative.

Comorbidités. Afin de vérifier si le score au continuum d'attachement différait selon la présence ou l'absence de chaque type de comorbidité, des ANOVAs simples ont été effectuées (VI = présence/absence de chaque comorbidité et VD = score au continuum d'attachement). Aucune différence de moyenne ne s'est avérée significative.

Analyses avec covariables. Afin d'identifier les variables de contrôle, des analyses (tests t , corrélations bivariées, chi-carrés) ont été effectuées pour tester les liens existant entre les principales variables sociodémographiques (âge, sexe, situation conjugale, revenu familial) et les variables continues d'attachement (échelles du CAI et continuum détachement-sécurité). Finalement, il n'y a que le sexe qui s'est avéré être statistiquement associé à des variables d'attachement, soit au type d'attachement envers la mère (insécurisant ou sécurisant) ($p = 0,02$), aux échelles d'équilibre entre les références positives et négatives aux FA ($p = 0,03$) et de détachement envers le père ($p = 0,04$), ainsi qu'au continuum d'attachement détaché-sécurisant ($p = 0,02$).

Toutes les analyses pour lesquelles il était possible de contrôler pour l'effet du sexe ont été refaites, soit les ANOVAs sous la forme d'ANCOVAs, et les corrélations bivariées sous la forme de corrélations partielles. Seuls les résultats saillants seront présentés.

Échelles d'attachement et K-SADS-PL. Afin de contrôler pour l'effet du sexe dans les analyses de variance vérifiant les différences de moyennes entre les scores aux échelles continues du CAI pour la présence ou l'absence de chaque trouble anxieux, des ANCOVAs ont été effectuées. Ces analyses révèlent que les différences de moyennes observées aux échelles « Équilibre entre les références positives et négatives aux FA », « Résolution de conflits » et « Cohérence » selon la présence ou l'absence de TAG (scores plus élevés chez les participants avec TAG) demeurent significatives lorsque l'effet du sexe est contrôlé. Elles révèlent également que les différences de moyennes observées aux échelles « Ouverture émotionnelle », « Utilisation d'exemples » et « Cohérence » selon la présence ou l'absence d'anxiété de séparation (scores moins élevés chez les participants avec anxiété de séparation) ne sont plus significatives, ni marginalement significatives, lorsque l'effet du sexe est contrôlé.

Échelles continues d'attachement et présence ou absence de comorbidités. Des analyses de covariance (ANCOVAs) simples (VI = présence/absence de comorbidité; VD = échelles CAI; covariable = sexe) ont été effectuées. Ces analyses permettent de constater qu'une différence significative apparaît lorsque l'effet du sexe est contrôlé à l'échelle « Équilibre entre les références positives et négatives aux FA » en fonction de la présence ou de l'absence de comorbidité avec tout autre diagnostic K-SADS-PL ($F(1,28) = 5,76$, $p = 0,02$). Cette différence n'était pas significative lorsque l'effet du sexe n'était pas contrôlé. Elle révèle que le score moyen à l'échelle « Équilibre entre les références

positives et négatives aux FA » est significativement plus élevé chez les participants qui ne présentent aucune comorbidité ($M = 5,59$, $ET = 1,67$) que chez les participants qui présentent une comorbidité ($M = 4,40$, $ET = 2,19$).

Continuum d'attachement et K-SADS-PL. Afin de vérifier si le score au continuum d'attachement différait selon l'absence ou la présence des troubles anxieux et ce, tout en contrôlant pour le sexe, des ANCOVAs ont été effectuées. Ces analyses permettent de constater que la différence significative précédemment observée selon la présence ou l'absence de TAG n'est plus significative lorsque l'effet du sexe est contrôlé.

Discussion

La présente étude avait pour but d'étudier les liens existant entre les représentations d'attachement et l'anxiété auprès d'un échantillon de jeunes âgés entre 8 et 16 ans provenant d'une clinique pédopsychiatrique de troubles anxieux. Plus précisément, les analyses visaient à étudier la distribution de l'attachement dans un échantillon clinique, ainsi qu'à observer si des liens spécifiques pouvaient être trouvés entre l'attachement, considéré de manière catégorielle et continue, et l'anxiété, considérée de manière développementale et médicale.

Globalement, les résultats ont permis de mettre de l'avant quatre principales observations. Premièrement, la majorité des participants ont un attachement sécurisant, malgré le fait que l'échantillon provienne d'une clinique pédopsychiatrique de troubles anxieux. En second lieu, les analyses démontrent que les représentations d'attachement sont liées au trouble d'anxiété de séparation et au trouble d'anxiété généralisée. À noter que, brièvement dit, le trouble d'anxiété généralisée semble associé positivement à la sécurité d'attachement, alors que le trouble d'anxiété de séparation semble associé négativement à la sécurité d'attachement. Ensuite, les résultats indiquent une absence de relation entre les représentations d'attachement et le trouble panique et la phobie spécifique. Finalement, un effet du sexe est observé pour l'attachement. En effet, les filles de l'échantillon présentent une plus grande sécurité d'attachement que les garçons. Ces résultats seront discutés dans les prochaines sections.

Distribution de l'anxiété du présent échantillon

Le présent échantillon obtient des scores moyens qui se situent en-dessous des seuils cliniques lorsque l'anxiété est mesurée par questionnaires et ce, autant pour les versions auto-rapportées que remplies par la mère. Ceci est étonnant compte tenu du fait que les participants proviennent tous d'une clinique pédopsychiatrique de troubles anxieux. La distribution de l'anxiété obtenue à l'aide du K-SADS-PL sera présentée et les résultats provenant de ces deux méthodes de mesure seront discutés par la suite.

En ce qui concerne les troubles anxieux mesurés à l'aide du K-SADS-PL, tous les participants remplissent les critères pour au moins un diagnostic et c'est la phobie spécifique qui est la plus fréquemment diagnostiquée (47 %), suivie par le trouble d'anxiété généralisée (33 %). Selon l'enquête nationale effectuée par Merikangas et al. (2010) auprès des adolescents des États-Unis, c'est effectivement la phobie spécifique qui est le trouble anxieux le plus diagnostiqué dans cette population, suivie par la phobie sociale. Chez les enfants, selon Cartwright et al. (2006), c'est l'anxiété de séparation qui est le trouble anxieux le plus fréquent. Il est important de noter ici que le présent échantillon est composé d'enfants et d'adolescents. Ainsi, lorsque l'âge des participants est comparé selon le diagnostic, l'âge moyen est effectivement significativement plus élevé pour la phobie sociale et significativement plus bas pour l'anxiété de séparation. Aucune différence d'âge n'est trouvée pour la phobie spécifique. En ce qui a trait au TAG, selon Wittchen et Hoyer (2001), c'est un trouble anxieux plutôt rare dans l'enfance, avec un âge moyen d'apparition à 30 ans. Selon Fonseca et Perrin (2011), c'est un trouble plus

rarement étudié durant l'enfance et l'adolescence en raison du fait que c'est une catégorie diagnostique relativement récente. En effet, il apparaît dans une version révisée de la troisième édition du DSM (APA, 1987), en remplacement d'un autre diagnostic dans l'enfance. Selon la méta-analyse de Costello et al. (2011), la prévalence pour les 6-18 ans varie entre 1,7 % et 1,9 %. Afin d'expliquer la prévalence plus élevée dans le présent échantillon (33 %), nous posons l'hypothèse selon laquelle le TAG pourrait être surreprésenté dans un échantillon provenant d'une clinique tertiaire, en raison du fait qu'il peut affecter plusieurs sphères de la vie de l'enfant et de l'adolescent et ainsi être plus handicapant que les autres troubles anxieux.

Il est donc possible de constater que la distribution de l'anxiété diffère selon l'instrument de mesure. En effet, la réalité clinique des participants semble bien reflétée par les résultats à l'entrevue basée sur l'approche médicale (K-SADS-PL), comme en témoigne l'excellent accord inter-juge avec l'évaluation pédopsychiatrique, contrairement aux résultats obtenus à l'aide des questionnaires. Cet écart pourrait être expliqué par les différences entre les méthodes de mesure (questionnaires vs entrevue), mais les études démontrent, au contraire, que les gens tendent à se confier davantage aux questionnaires qu'aux entrevues (Levin-Aspenson & Watson, 2017). L'hypothèse selon laquelle le K-SADS-PL est plus sensible que les questionnaires pourrait aussi être posée. Néanmoins, considérant que les questionnaires sont sous-tendus par l'approche développementale et le K-SADS-PL, par l'approche médicale, deux perspectives évoluant en parallèle, il serait possible de croire que ce sont des instruments qui ne mesurent tout simplement pas le

même construit. À titre d'exemple, les questionnaires pourraient s'avérer plus sensibles à la variation des symptômes d'anxiété dans la population normale et manquer de sensibilité (effet de plafond) dans la détection de l'anxiété pathologique.

Représentations d'attachement du présent échantillon

Les résultats permettent d'infirmer l'hypothèse posée selon laquelle il y aurait un taux plus élevé d'attachement insécurisant dans le présent échantillon que dans la population générale. En effet, le présent échantillon est constitué à majorité de participants à l'attachement sécurisant et ce, autant envers la figure maternelle (60 %) qu'envers la figure paternelle (52 %), et s'apparente davantage à l'échantillon non-clinique de validation du CAI qu'à celui clinique (Shmueli-Goetz et al., 2008). En termes d'attachement insécurisant, c'est l'attachement détaché qui est le plus fréquent, soit 41 % envers le père (7 % préoccupé) et 37 % envers la mère (3 % préoccupé). Aucun ne présente de désorganisation. En guise de comparaison, l'échantillon de validation clinique de Shmueli-Goetz et al (2008) est constitué à 74 % de participants présentant un attachement insécurisant (combiné envers la mère et le père), à prédominance détaché (59 %). Leur échantillon de validation non-clinique est quant à lui constitué à 61 % de participants présentant un attachement sécurisant. L'attachement insécurisant qui y est le plus prévalent est également l'attachement détaché (32 %). Il est donc possible de constater une différence entre le présent échantillon clinique et le leur, celui de la présente étude ressemblant davantage à leur échantillon non-clinique. A priori, il serait possible de poser l'hypothèse que cette différence est sous-tendue par le fait que leur échantillon clinique

comporte une variété de symptômes psychiatriques non spécifiques, alors que les participants de la présente étude ont été spécifiquement référés en pédopsychiatrie pour leur trouble anxieux. Toutefois, comme présenté précédemment, les études sur le sujet ont démontré de manière constante un lien entre l'anxiété et l'attachement insécurisant (Brumariu & Kerns, 2010a; Brumariu et al., 2013; Brumariu et al.2012; Brumariu & Kerns, 2013; Colonnesi et al., 2011; Groh et al., 2012; Ivarsson et al., 2010; Madigan et al., 2013; Madigan et al., 2016). La distribution de l'attachement du présent échantillon est donc à l'opposé de ce qui était attendu compte tenu des écrits sur le sujet. Cela pourrait être en partie sous-tendu par un biais de sélection. En effet, il est possible que les familles qui aient accepté de participer à l'étude soient parmi les moins dysfonctionnelles de la clinique des troubles anxieux. Puisqu'on sait que l'environnement familial peut influencer la sécurité d'attachement (Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015), il peut être avancé que les enfants de l'échantillon sont plus susceptibles de présenter un attachement sécurisant que les enfants des familles qui n'ont pas participé à l'étude. Par ailleurs, cette distribution pourrait aussi être expliquée par la nature des troubles anxieux prédominants au sein de l'échantillon. En effet, tel que rapporté ci-haut, la phobie spécifique et le TAG sont les deux troubles anxieux avec les taux de prévalence les plus élevés dans l'échantillon. Selon les résultats obtenus à la présente étude, la phobie spécifique ne serait pas associée à l'attachement, alors que le TAG serait associé positivement à la sécurité d'attachement, et non pas à l'insécurité d'attachement.

L'utilisation du CAI a permis l'étude de l'attachement sous un angle autant catégoriel que continu. La petite proportion de jeunes présentant un attachement préoccupé et l'absence de jeunes présentant un attachement désorganisé a néanmoins empêché la comparaison des différents patrons d'attachement entre eux (en ce qui a trait à l'anxiété). Seule la comparaison entre attachement insécurisant et sécurisant a pu être possible. La présence d'échelles continues dans le CAI a donc permis d'aller chercher une plus grande variété d'informations, en comparant les résultats des participants à chacune des échelles, ainsi qu'avec la création d'un continuum allant du détachement à la sécurité d'attachement. Bien qu'un débat ait lieu dans les écrits scientifiques en ce qui concerne la manière la plus représentative de considérer l'attachement (de manière catégorielle ou continue) (Cummings, 2003; Fraley & Spieker, 2003; Zachrisson et al., 2011), il est difficile de statuer sur le sujet à l'aide de la présente thèse, puisque lorsque des résultats significatifs sont constatés pour un type d'anxiété avec l'une ou l'autre des perspectives (p. ex., catégorielle), ils l'étaient aussi avec l'autre perspective (p. ex., continue).

Trouble d'anxiété de séparation et attachement

Deux des objectifs de recherche ont permis la mise en lumière d'associations entre l'attachement et l'anxiété de séparation. Tout d'abord, il a été démontré que la prévalence du trouble d'anxiété de séparation variait selon la catégorie d'attachement. En effet, l'anxiété de séparation est plus prévalente chez les jeunes présentant un attachement insécurisant que chez ceux présentant un attachement sécurisant, et ce autant en ce qui

concerne l'attachement envers la mère qu'envers le père. Ensuite, il a été démontré que les scores aux échelles continues d'attachement variaient selon la présence ou l'absence d'anxiété de séparation. En effet, les jeunes qui ont un diagnostic d'anxiété de séparation, comparativement à ceux qui n'en ont pas, obtiennent des scores moins élevés ou marginalement moins élevés aux échelles « Utilisation d'exemples » « Ouverture émotionnelle » et « Cohérence » du CAI. De manière générale, les résultats démontrent donc une association entre l'anxiété de séparation et l'attachement insécurisant.

Ces résultats font suite à ceux avancés par Paradis (2016) dans son analyse de cas multiples effectuée sur six participants du présent échantillon. Dans cette étude exploratoire, l'auteure mettait de l'avant que tous les jeunes de son échantillon qui présentent un trouble d'anxiété de séparation ont un attachement catégorisé comme insécurisant. Les résultats obtenus dans le présent échantillon, de plus grande taille, sont donc cohérents avec cette observation et concordent avec ce qui est trouvé dans les écrits scientifiques. En effet, en plus de Cassidy (1995), Manassis (2001) et Brumariu & Kerns (2008) qui proposent l'hypothèse que l'attachement insécurisant serait spécifiquement associé à des symptomatologies anxieuses reliées aux relations sociales, quelques études empiriques ont démontré un lien entre l'attachement insécurisant et l'anxiété de séparation (Dallaire & Weinraub, 2005; Moss et al., 2006). Une autre étude a également suggéré une association entre l'attachement insécurisant et la phobie scolaire (Bar-Haim et al., 2007). Il semble important de le rapporter dans cette section étant donné que la phobie scolaire est considérée, dans le DSM-IV (APA, 2000), comme un symptôme possible de l'anxiété

de séparation. En termes de catégories d'attachement, ces études mettent principalement de l'avant un lien entre l'anxiété de séparation et l'attachement ambivalent ou l'attachement contrôlant/désorganisé (Bar-Haim et al., 2007; Moss et al., 2006). Il est donc intéressant de constater qu'un lien est également observable au sein d'un échantillon dans lequel l'attachement détaché prédomine. Il serait possible de penser, selon ces résultats, que l'anxiété de séparation serait associée à l'attachement insécurisant, sans égard à la catégorie (évitant/détaché ou ambivalent/préoccupé).

Ces résultats vont également dans le même sens que le lien théorique proposé par Bowlby (1973) entre l'attachement et l'anxiété. En effet, celui-ci proposait que les enfants à l'attachement insécurisant, donc incertains de la disponibilité de leur figure d'attachement, se trouvaient dans un état anxieux inhérent à cette position de vulnérabilité. L'anxiété de séparation est précisément caractérisée par une vulnérabilité ressentie lors des moments de séparation des principales figures de soin. Elle se présente d'abord comme une étape normale du développement, entre l'âge de 9 et 14 mois, pour diminuer graduellement jusqu'à l'âge de deux ans (Bailly, 2005). Lorsque celle-ci ne diminue pas avec le temps, elle devient inappropriée au stade de développement et remplit les critères diagnostiques pour le trouble d'anxiété de séparation (APA, 2000). Wendland et al. (2011) résument bien la signification développementale de ce type d'anxiété. En effet, ils expliquent pourquoi ces premières apparitions témoignent d'un moment-clé dans le développement cognitif, affectif et psychologique de l'enfant. Tout d'abord, cela témoigne de l'attachement qui se construit entre l'enfant et certaines figures privilégiées.

Ensuite, cela permet de constater que l'enfant entre en « phase objectale », c'est-à-dire qu'il commence à concevoir les autres comme des individus séparés de lui. Conséquemment, devant ces nouvelles acquisitions développementales, l'enfant a peur de perdre ces relations qui ne font plus partie de lui et auxquelles il est attaché. Toutefois, lorsque confronté à des expériences positives de séparation, l'enfant peut graduellement acquérir le sentiment que les liens importants demeurent intacts malgré les épisodes de séparation. De plus, l'acquisition de la permanence de l'objet, telle que la définit Piaget (1954) permet à l'enfant d'intérioriser le fait que les objets (et donc les relations) continuent d'exister malgré la séparation physique. Ainsi, au cours du développement normal, l'enfant sera graduellement moins anxieux lors des moments de séparation. Or, certains enfants n'atteignent pas cette sécurité et souffrent d'anxiété de séparation bien au-delà de l'âge de deux ans. À la lumière de ces informations théoriques, les associations trouvées dans les écrits scientifiques et dans la présente étude entre l'insécurité d'attachement et le trouble d'anxiété de séparation sont compréhensibles. En effet, un enfant qui développerait un attachement insécurisant (c'est-à-dire qui est incertain de la fiabilité de sa figure d'attachement) aurait du mal à intérioriser la permanence du lien au-delà des séparations, et tendrait donc à vouloir les éviter (symptôme de l'anxiété de séparation).

Finalement, il est important de rappeler que les associations observées entre les scores aux échelles continues d'attachement et l'anxiété de séparation disparaissent lorsque l'effet du sexe est contrôlé. Ainsi, il est possible de croire que le sexe a un réel

effet dans cette association. En effet, il y a plus de filles dans la catégorie d'attachement sécurisant (seulement envers la figure maternelle) que de garçons. Néanmoins, bien que les résultats soient non-significatifs lorsque l'effet du sexe est contrôlé, les tailles d'effet (éta-carré partiel) demeurent de taille modérée à grande (0,08 à 0,1). Il est donc possible de croire que la perte de puissance statistique induite par la variable contrôle explique aussi, en partie, la perte des résultats significatifs.

Trouble d'anxiété généralisée et attachement

Les résultats ont mis en lumière des associations entre le TAG et l'attachement. Celles-ci sont toutefois contre-intuitives, puisqu'elles témoignent globalement d'une association positive entre l'attachement sécurisant et le TAG. Premièrement, il a été démontré que la prévalence du TAG variait selon la catégorie d'attachement. En effet, les résultats démontrent que le TAG est plus prévalent chez les participants présentant un attachement sécurisant envers la figure paternelle que chez ceux présentant un attachement insécurisant envers la figure paternelle. Ensuite, il a été démontré que les scores aux échelles continues d'attachement variaient selon la présence ou l'absence de TAG. En effet, les jeunes qui ont un diagnostic de TAG, comparativement à ceux qui n'en ont pas, obtiennent des scores plus élevés à plusieurs échelles associées à la sécurité d'attachement (« Équilibre entre les références positives et négatives aux FA », « Résolution de conflits » et « Cohérence »). Il a aussi été démontré que les participants avec TAG obtiennent des scores plus élevés au continuum d'attachement insécurisant(détaché)-sécurisant, témoignant d'une plus grande sécurité d'attachement

que les participants sans TAG. Finalement, la majorité de ces résultats demeurent significatifs lorsque l'effet du sexe est contrôlé.

En résumé, l'ensemble de ces résultats suggèrent que plus l'attachement est sécurisant, plus le jeune est susceptible de présenter un TAG, ce qui semble a priori contre-intuitif compte tenu des études mentionnées précédemment associant l'anxiété en général à l'attachement insécurisant (Brumariu et al., 2012; Brumariu et al., 2013; Brumariu & Kerns, 2010a; Brumariu & Kerns, 2013; Colonnese et al., 2011; Ivarsson et al., 2010; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013; Madigan et al., 2016). Peu d'études se sont toutefois intéressées plus spécifiquement aux liens entre l'attachement et le TAG. Cassidy, Lichtenstein-Phelps, Sibrava, Thomas et Borkovec (2009) ont démontré que les adultes ayant un TAG se différenciaient des adultes sans TAG sur des échelles d'attachement auto-rapportées (plus de vulnérabilité et plus grand manque de rappel des expériences d'enfance). Van Eijck, Branje, Hale et Meeus (2012) ont trouvé que la perception de la qualité de la relation d'attachement était inversement liée aux symptômes de TAG chez les adolescents. Marganska, Gallagher et Miranda (2013) ont mis en évidence des liens entre les styles d'attachement préoccupé et « *fearful avoidant* » (ce qui correspond théoriquement à l'attachement désorganisé) et les symptômes d'un TAG chez des adultes (mesure d'attachement auto-rapportée). Ces études obtiennent donc des résultats qui sont à l'opposé de ceux trouvés ici. Néanmoins, en plus du fait qu'aucune des études répertoriées ne s'intéressait au TAG et à l'attachement chez les enfants, il semble important de noter que toutes les études citées ont mesuré l'attachement par

questionnaires. Comme mentionné précédemment, cette méthode mesure un construit différent des représentations d'attachement étudiées ici. De plus, les questionnaires peuvent représenter un problème supplémentaire pour les individus ayant un attachement détaché, en raison de l'inhibition de l'expression de leur détresse émotionnelle (Dwyer, 2005), et cette catégorie d'attachement est fortement représentée dans le présent échantillon.

Le TAG se définit par de l'anxiété ou des inquiétudes persistantes et excessives portant sur plusieurs sphères de la vie (APA, 2000). L'inquiétude excessive et incontrôlable représente le concept central du diagnostic. Des auteurs se sont donc penchés sur ce concept pour mieux le comprendre, et un des modèles théoriques prédominant est celui de Borkovec, Alcaine et Behar (2004). Ils proposent que l'inquiétude persistante aurait une fonction d'évitement des émotions négatives difficiles. En effet, s'occuper l'esprit par un mécanisme verbal, intellectuel et abstrait (inquiétudes), pourrait permettre l'évitement des sensations vécues à un niveau plus affectif. Dugas, Ladouceur, Boisvert et Freeston (1996) soulignent également l'importance de l'exploration vigilante de l'environnement chez les individus souffrant d'anxiété généralisée. En effet, devant un environnement qu'ils appréhendent comme dangereux, leur inquiétude leur permet également de prévenir l'arrivée d'évènements malencontreux et d'élaborer des stratégies pour y faire face.

Théoriquement, il est tentant de proposer un lien entre les mauvaises capacités d'autorégulation des gens souffrant d'anxiété généralisée et le manque d'intériorisation d'une relation d'attachement sécurisante. Les résultats de la présente étude semblent toutefois démontrer de manière constante une association contraire. Des études subséquentes seront certainement nécessaires pour clarifier les liens entre l'attachement et le TAG, mais certaines pistes de réflexion peuvent être proposées. Premièrement, il serait possible de croire que les gens atteints de TAG présenteraient une grande sensibilité face à leur environnement relationnel, qui découlerait de leur hypervigilance face à leur environnement en général. Ceci pourrait engendrer de bonnes capacités pour la réflexion quant aux thématiques relationnelles, ce qui est fortement sollicité dans le CAI. En effet, tel que mentionné précédemment, l'analyse constante de l'environnement permet à ces individus d'appréhender le monde qu'ils perçoivent comme dangereux. Or, l'hypothèse posée est que le fait d'être perpétuellement à l'affût des indices de son environnement physique et relationnel, ainsi que concentré sur l'élaboration de stratégies pour s'en protéger, pourrait engendrer un effet de pratique et ainsi favoriser le développement de capacités de réflexion. Une seconde explication est possible, cette fois liée à l'étiologie du TAG. En effet, les causes du TAG sont restées peu étudiées pendant plusieurs années (Gosselin & Laberge, 2003). Toutefois, face, entre autres, à la résistance que ce trouble présente face aux traitements offerts, de plus en plus de chercheurs s'y intéressent, notamment sous son angle biologique (Aktar, Nikolić, & Bögels, 2017; Gottschalk & Domschke, 2017; Maron & Nutt, 2017). Un consensus est loin d'être atteint, mais ces études démontrent que le TAG serait effectivement un trouble en partie héréditaire. Des

études subséquentes seront nécessaires pour obtenir un tableau plus clair de l'étiologie du TAG, mais il est possible de croire que l'hérédité pourrait jouer un rôle important dans son développement. Dans un tel cas, l'effet des facteurs de risque environnementaux comme l'attachement pourrait être amoindri. Une autre piste de réflexion pourrait s'ajouter en lien avec l'inquiétude excessive et incontrôlable, élément fondamental au TAG. Cette caractéristique semble en effet contraster avec les mécanismes de défense propres à l'attachement insécurisant détaché, qui sous-tendent plutôt une sur-confiance en soi et une apparente certitude que tout va bien. Dans ce contexte, il est logique de penser que les individus à l'attachement sécurisant expriment davantage de doutes et d'inquiétudes que les individus à l'attachement insécurisant détaché. Il serait possible de croire que les associations trouvées pourraient être différentes au sein d'un échantillon avec une plus grande représentativité d'individus à l'attachement insécurisant préoccupé, qui expriment beaucoup plus leurs affects négatifs que les individus à l'attachement insécurisant détaché.

Trouble panique, phobie spécifique et attachement

Les résultats de la présente étude ne démontrent aucune association significative entre l'attachement et le trouble panique ou la phobie spécifique. À notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée spécifiquement sur ces liens dans l'enfance. Pour ce qui est de la population adulte, aucune n'a été répertoriée pour la phobie spécifique et très peu pour le trouble panique (Manicavasagar, Silove, Marmane, & Wagner, 2008; Pacchieroti et al., 2002;). De plus, ces quelques études mesurent l'attachement par questionnaires, et leur définition s'éloigne beaucoup du construit étudié ici. Néanmoins, il est intéressant de

noter que Manicavasagar et al. (2008) ont observé des résultats semblables à ceux présentés ici, soit que les patients atteints d'un trouble panique obtenaient des résultats à différentes échelles d'attachement qui ne différaient pas significativement des normes de la population générale.

Le trouble panique se définit par la survenue récurrente et inattendue d'attaques de panique, associée à une inquiétude persistante quant à la possibilité de refaire une attaque de panique (APA, 2000). Il est considéré comme un trouble peu prévalent dans l'enfance et l'adolescence (Costello et al., 2011). La phobie spécifique se définit quant à elle par de l'anxiété significative déclenchée par l'exposition à un objet ou à une situation spécifique, souvent associée à des comportements d'évitement (APA, 2000). Contrairement au trouble panique, la phobie spécifique est considérée comme l'un des troubles anxieux les plus prévalent à l'enfance et à l'adolescence (Costello et al., 2011). Ces troubles se différencient donc de par leur définition et leur prévalence, mais se ressemblent du fait que la source de l'anxiété ne s'inscrit pas d'emblée dans une perspective relationnelle/sociale, comme c'est le cas pour l'anxiété sociale ou l'anxiété de séparation. Brumariu et Kerns (2010b) ont voulu tester l'hypothèse de Manassis (2001) concernant la spécificité des associations entre l'attachement et l'anxiété. En guise d'introduction, elles rappellent donc les principales lignes de cette hypothèse, tout en répertoriant toutes les études s'étant intéressées à l'attachement et à différentes symptomatologies anxieuses. On y constate que ces études se concentrent presque exclusivement sur l'anxiété sociale (Bohlin et al., 2000; Brumariu & Kerns, 2008) ou sur l'anxiété de séparation (Bar-Haim

et al., 2007; Dallaire & Weinraub, 2005; Moss et al., 2006). En effet, tel que le proposent Brumariu et Kerns (2008), puisque l'attachement est intrinsèquement lié à la façon dont l'enfant se construit dans un contexte relationnel, il se pourrait que les associations à l'anxiété soient plus importantes pour les symptomatologies anxieuses reliées à des construits relationnels. On peut également constater que Manassis ne propose aucun lien entre l'attachement et la phobie spécifique ou le trouble panique dans son hypothèse concernant des liens spécifiques entre l'attachement et l'anxiété. Néanmoins, à notre connaissance, aucune étude n'était venue confirmer cette hypothèse auprès d'une population pédopsychiatrique présentant certains de ces troubles anxieux « non-relationnels ». Les résultats de la présente étude viennent donc appuyer l'idée selon laquelle les symptomatologies anxieuses non-relationnelles ne seraient pas associées à l'attachement.

Sexe et attachement

Le sexe s'est avéré être associé significativement à l'attachement. En effet, les filles du présent échantillon sont davantage représentées dans la catégorie d'attachement sécurisant (envers la mère seulement) que le sont les garçons et elles obtiennent des scores de sécurité significativement plus élevés que les garçons au continuum de sécurité d'attachement. Ces résultats vont dans le même sens que ce que Shmueli-Goetz et al. (2008) observent dans leur étude de validation du CAI. En effet, ces derniers rapportent que les garçons de leur échantillon clinique sont plus susceptibles d'être classifiés comme ayant un attachement insécurisant que les filles du même échantillon. Or, ces résultats

peuvent surprendre car l'attachement est généralement défini comme étant indépendant du sexe. En effet, Ainsworth et al. (1978) n'avaient trouvé aucune différence selon le sexe aux catégorisations de la Situation Étrangère et, depuis, très peu d'études ont observé des différences en utilisant des mesures comportementales (Schoppe-Sullivan et al, 2006; William & Blunk, 2003;). Pierrehumbert et al. (2009) ont voulu comparer les représentations d'attachement d'enfants d'âge préscolaire entre différents pays, afin de voir si le sexe influençait l'attachement différemment selon les cultures. Ils observent des différences selon les pays, mais ils concluent globalement que les filles expriment des représentations d'attachement plus sécurisantes que les garçons, qu'elles ont plus facilement accès à leurs émotions associées aux expériences d'attachement, et qu'elles expriment leurs émotions de manière plus cohérente que les garçons. Les auteurs constatent ainsi que des différences selon le genre semblent être observables lors de mesures représentationnelles d'attachement, mais non lors de mesures comportementales (p. ex., Situation étrangère). Ils posent l'hypothèse selon laquelle les mesures comportementales se feraient chez des enfants plus jeunes chez qui les différences sexuelles ne sont pas encore marquées. En effet, les mesures représentationnelles sont utilisées chez les enfants plus vieux. Une des hypothèses proposée pour expliquer les différences remarquées est la manière distincte avec laquelle les garçons et les filles sont élevés en lien avec l'expression de leurs émotions, une variable importante dans les mesures représentationnelles (Leaper, 2002; Pierrehumbert et al., 2009). Une autre hypothèse peut toutefois être posée, à la lumière des résultats de la présente thèse et de ceux de Schmueli-Goetz et al. (2008). En effet, selon ceux-ci, au sein d'échantillons

cliniques, les filles présentent en plus grande proportion un attachement sécurisant comparativement aux garçons. Ceci n'est toutefois pas observé dans l'échantillon non-clinique de l'étude de Schmueli-Goetz et al.. La question se pose donc à savoir si l'attachement insécurisant pourrait représenter un plus grand facteur de risque pour le développement de l'anxiété chez les garçons, alors que d'autres facteurs de risque pourraient être plus influents chez les filles.

Forces, limites et pistes de recherche futures

La présente étude comporte quelques forces qui méritent d'être mentionnées. En effet, elle est une des rares à mettre en lien les représentations d'attachement d'enfants et d'adolescents avec différentes symptomatologies anxieuses, grâce à l'utilisation du CAI auprès d'un échantillon de jeunes provenant d'une clinique pédopsychiatrique de troubles anxieux. L'usage de questionnaires est plus fréquent que l'analyse du discours pour l'étude de l'attachement à l'âge scolaire et à l'adolescence, mais comme le rapporte Dwyer (2005), ceux-ci ne donnent pas accès aux représentations telles que définies par Bowlby (1988). Enfin, les études mettant en lien l'attachement et l'anxiété chez les enfants et les adolescents étudient souvent l'anxiété de manière générale, sans faire de distinction au niveau des différentes symptomatologies, ou alors de manière non-spécifique, en l'incluant dans les « problèmes intériorisés » (Brumariu & Kerns, 2010b; Colonnese et al., 2011; Madigan et al., 2016). Le présent échantillon, constitué de jeunes ayant un ou des troubles anxieux diagnostiqué(s), permet l'étude d'une plus grande variabilité de

symptomatologies anxieuses. La présente thèse permet ainsi de faire avancer les connaissances portant sur l'étude des liens entre l'attachement et l'anxiété.

Par ailleurs, certaines limites méritent également d'être mentionnées. Tout d'abord, l'échantillon comporte 30 participants, ce qui est acceptable pour la nature des statistiques effectuées, mais ce qui a certainement un impact sur la force des relations qu'il est possible d'identifier. En effet, un plus grand échantillon aurait permis une plus grande puissance statistique. De plus, un échantillon de plus grande taille aurait augmenté le nombre de jeunes dans chacune des catégories d'attachement, notamment pour l'attachement insécurisant préoccupé et pour l'attachement désorganisé, deux catégories qui n'ont pu être spécifiquement étudiées en raison de leur rareté dans le présent échantillon. Ceci aurait donc permis des comparaisons statistiques entre chacun des patrons d'attachement, un des objectifs de la présente thèse qui n'a pas pu être rempli. Néanmoins, un échantillon de 30 participants semble satisfaisant compte tenu de la méthodologie qui implique deux mesures par entrevue, nécessitant beaucoup de temps en formation, en administration et en cotation. Une autre limite de la présente étude est la grande étendue d'âge des participants (entre 8 et 16 ans). Bien que le CAI ait été validé pour l'ensemble de cette population (Venta et al., 2014), il est important de noter qu'elle comprend des enfants d'âge scolaire et des adolescents, ce qui, en soi, peuvent représenter deux populations uniques. En effet, certains auteurs mettent de l'avant des liens plus forts entre l'anxiété et l'attachement chez les adolescents que chez les enfants (Brumariu & Kerns, 2010a; Colonesi et al., 2011). À noter, toutefois, qu'aucun effet de l'âge n'a été

observé dans le présent échantillon. Ensuite, il est possible de croire que la plus grande prévalence d'attachement sécurisant au sein de cet échantillon clinique traduise un biais de sélection. En effet, il est probable que seules les familles les moins dysfonctionnelles, et donc dans lesquelles les enfants sont plus susceptibles d'avoir un attachement sécurisant (Lickenbrock & Braungart-Rieker, 2015), aient accepté de participer à l'étude. Finalement, en ce qui a trait à la validité externe, celle-ci se limite à une population moyenne-aisée. Il est possible de croire que les liens observés entre l'attachement et l'anxiété pourraient différer dans une population plus défavorisée. À titre d'exemple, on pourrait y trouver une plus forte présence de facteurs de risque psychosociaux qui contribueraient davantage au développement de l'anxiété que le fait l'attachement.

La présente étude met principalement en relief qu'il existerait des relations spécifiques entre l'attachement et les différentes symptomatologies anxieuses, comme l'avancé Manassis (2001). En effet, l'anxiété de séparation semble avoir une association négative avec l'attachement sécurisant. Le trouble d'anxiété généralisée semble, au contraire, avoir une association positive avec l'attachement sécurisant, alors que le trouble panique et la phobie spécifique ne seraient pas associées significativement à l'attachement. Concernant les pistes de recherche futures, il serait intéressant de répliquer ces résultats et de clarifier les processus qui sous-tendent ces différences. De plus, il serait pertinent de le faire auprès d'échantillons plus grands afin d'accéder à une plus grande proportion de jeunes à l'attachement insécurisant préoccupé et désorganisé, afin de tester toutes les dimensions de l'hypothèse de Manassis. En effet, la présente étude donne des

appuis empiriques à l'hypothèse selon laquelle les symptomatologies anxieuses seraient associées différemment à l'attachement, mais elle ne peut se prononcer sur les différences entre les catégories de représentations d'attachement. Finalement, il serait intéressant de répliquer ces résultats de manière séparée chez les enfants d'âge scolaire et chez les adolescents, puisque des recherches antérieures semblent démontrer que ces associations seraient différentes selon les groupes d'âge (Brumariu & Kerns, 2010a; Colonnesi et al., 2011).

Pistes cliniques

Plusieurs études ont porté sur les meilleures pratiques dans l'intervention et la prévention des troubles anxieux à l'enfance et à l'adolescence, compte tenu, entre autres, de leur importante prévalence (Rapee et al., 2009). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été maintes fois reconnue comme le modèle d'intervention optimal pour l'anxiété, que ce soit à travers une intervention individuelle, familiale, ou seulement avec les parents (Rapee et al., 2009; Silverman & Motoca, 2011). Malgré des bons taux d'efficacité, les études démontrent toutefois qu'un nombre non-négligeable d'enfants ne voient pas leurs symptômes d'anxiété diminuer suite à ces programmes (Rapee et al., 2009). Il est donc pertinent de poursuivre les recherches afin de comprendre les facteurs de réussite, mais aussi pour développer des nouvelles pistes d'intervention à offrir aux jeunes pour qui la TCC n'est pas suffisante. Alors que de plus en plus d'études démontrent des liens significatifs entre l'attachement et des psychopathologies chez les enfants, notamment les troubles anxieux (Brumariu & Kerns, 2010a; Brumariu et al.,

2012; Brumariu et al., 2013; Brumariu & Kerns, 2013; Colonnesi et al., 2011; Groh et al., 2012; Ivarsson et al., 2010; Madigan et al., 2013; Madigan et al., 2016; Warren et al., 2000), plusieurs interventions basées sur l'attachement se développent, dans le but d'améliorer un large spectre de symptômes chez les enfants, via l'augmentation de la sécurité d'attachement (Diamond, Wagner, & Levy, 2016; Emery, 2016; Huber, McMahon, & Sweller, 2015; Kobak, Zajac, Herres, & Krauthamer Ewing, 2015).

Certaines interventions TCC sont ciblées et développées pour des troubles anxieux spécifiques, alors que d'autres peuvent s'offrir à plusieurs troubles de manière simultanée. Néanmoins, il reste que l'approche TCC s'attaque aux symptômes anxieux, qui sont différents d'un trouble à l'autre, tels que rapportés dans les outils diagnostiques comme le DSM. Les approches basées sur l'attachement, au contraire, suivent davantage la lignée développementale et proposent d'intervenir sur un facteur commun à plusieurs psychopathologies pédiatriques, soit des difficultés au niveau de l'attachement (Huber et al., 2015). Ceci va dans le même sens que la proposition de Barlow et al. (2004) de développer des interventions basées sur les facteurs de risque communs aux différentes symptomatologies, plutôt que de morceler l'aide offerte en se basant seulement sur les symptômes visibles.

La présente étude démontre néanmoins que les interventions basées sur l'attachement pourraient avoir des impacts très variables en termes d'efficacité selon le trouble anxieux ciblé, en raison du patron unique d'associations que chacun semble avoir

avec l'attachement. En effet, à la lumière des résultats de la présente étude, une intervention basée sur l'attachement pourrait être recommandée pour le trouble d'anxiété de séparation, mais par ailleurs être moins pertinente pour un trouble panique ou une phobie spécifique. Il semble qu'en plus de leurs différents symptômes, ces troubles auraient également des différences développementales. Les résultats de la présente étude permettent de relier d'une certaine façon la perspective médicale à la perspective développementale. En effet, une évaluation des symptômes basée sur la catégorisation proposée par le DSM semble permettre l'identification des troubles pouvant bénéficier d'une intervention développementale basée sur l'attachement.

Conclusion

La présente étude avait comme objectif central d'éclaircir les associations existantes entre l'attachement et l'anxiété chez les enfants et les adolescents. En effet, bien que les études démontrent un lien empirique entre l'attachement insécurisant et l'anxiété, elles ne concluent pas sur les liens plus spécifiques selon les différentes symptomatologies anxieuses. De plus, des conclusions différentes sont observées pour le type d'attachement insécurisant, qui serait davantage associé à l'anxiété (attachement évitant/détaché, ambivalent/préoccupé ou désorganisé/contrôlant). Pour remplir cet objectif, ces liens ont été étudiés auprès d'un échantillon clinique composé d'enfants et d'adolescents présentant des troubles anxieux et l'attachement a été mesuré à l'aide d'une mesure représentationnelle. L'accès à une population clinique a permis d'obtenir un large spectre de symptomatologie anxieuse, en plus d'un haut niveau d'intensité de symptômes.

Les analyses effectuées mettent de l'avant des résultats intéressants en ce qui concerne les liens spécifiques que chaque symptomatologie anxieuse partagerait avec l'attachement.

Tout d'abord, l'attachement sécurisant semble être associé négativement à l'anxiété de séparation. Ceci est cohérent avec les écrits scientifiques, puisque certaines études ont également démontré l'existence d'un lien significatif entre l'attachement et l'anxiété de séparation (Dallaire & Weinraub, 2005; Moss et al., 2006). De plus, ceci est cohérent avec le lien inhérent que Bowlby (1973) proposait théoriquement entre l'attachement et l'anxiété.

Ensuite, les résultats de la présente étude mettent de l'avant une relation positive entre l'attachement sécurisant et le trouble d'anxiété généralisée. Ceci est un résultat surprenant compte tenu que les écrits s'entendent généralement sur une association significative entre l'attachement insécurisant et l'anxiété de manière générale (Brumariu et al., 2012; Brumariu et al., 2013; Brumariu & Kerns, 2010a; Brumariu & Kerns, 2013; Colonesi et al., 2011; Groh et a., 2012; Ivarsson et al., 2010; Madigan et al., 2013; Madigan et al., 2016). Le lien plus spécifique entre l'attachement et le TAG chez les enfants et les adolescents a été très peu étudié. Toutefois, les présents résultats démontrent qu'il serait pertinent de le comprendre davantage, puisque le TAG pourrait présenter un patron d'association à l'attachement très différent de l'anxiété de manière générale.

Finalement, la présente étude démontre que le trouble panique et la phobie spécifique ne présenteraient aucune association significative avec l'attachement. Ceci représente un appui important à l'hypothèse de Manassis (2001), reprise par d'autres auteurs (Brumariu & Kerns, 2008), selon laquelle l'attachement pourrait être davantage associé à des symptomatologies anxieuses de type relationnelles (comme le trouble d'anxiété de séparation) qu'à des troubles anxieux non-relationnels. En effet, le trouble panique et la phobie spécifique sont semblables justement par le fait que leurs principales caractéristiques diagnostiques ne sont pas liées à des enjeux sociaux ou relationnels.

Ces résultats sont importants et permettent de faire avancer les connaissances portant sur les associations entre l'attachement et l'anxiété. En effet, ils démontrent qu'il

est important de distinguer les différentes symptomatologies anxieuses dans la compréhension de ces associations, puisque chacune semble avoir un patron unique d'association à l'attachement.

Par ailleurs, la présente étude ne permet pas de faire avancer le débat portant sur les différences d'associations entre le type d'attachement insécurisant et l'anxiété (Kerns & Brumariu, 2014). En effet, puisque l'échantillon comporte très peu de participants à l'attachement préoccupé (7 % envers le père et 3 % envers la mère) et aucun à l'attachement désorganisé, il n'a pas été possible de comparer entre eux les types d'attachement insécurisant en ce qui a trait à leurs associations à l'anxiété. Il est aussi intéressant de constater que le présent échantillon ressemble, de par sa distribution au niveau de l'attachement, davantage à l'échantillon non-clinique qu'à l'échantillon clinique de l'étude de validation du CAI de Shmueli-Goetz et al. (2008). Ceci est étonnant compte tenu de la provenance du présent échantillon (clinique pédopsychiatrique de troisième ligne). Toutefois, ceci peut être compris à la lumière des résultats précédemment explicités, proposant des associations distinctes entre l'attachement selon le type d'anxiété. En effet, les deux diagnostics de troubles anxieux les plus fréquents au sein du présent échantillon sont la phobie spécifique et le TAG, deux diagnostics qui, selon les présents résultats, ne sont pas associés positivement à l'attachement insécurisant. Il est possible de croire que si le trouble d'anxiété de séparation avait été le diagnostic le plus fréquent du présent échantillon, alors la distribution de l'attachement aurait pu ressembler

davantage à l'échantillon clinique de l'étude de validation du CAI (Shmueli-Goetz et al., 2008).

En conclusion, la présente thèse permet de faire avancer les connaissances portant sur les associations entre l'attachement et l'anxiété, principalement en démontrant des patrons uniques d'associations selon la symptomatologie anxieuse. Ceci est également important à un niveau clinique, puisque cela démontre que les interventions basées sur l'attachement ne présenteraient pas la même pertinence clinique selon le type de trouble anxieux, d'où la nécessité de compléter des bonnes évaluations psychologiques en amon

Références

- Aktar, E., Nikolić, M., & Bögels, S. M. (2017). Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: Worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty. *Dialogues in clinical neuroscience, 19*(2), 137-147.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence, 16*(5), 427-454.
- Bailly, D. (2005). *La peur de la séparation de l'enfance à l'âge adulte*. Paris, France: Odile Jacob.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview. Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology, 29*(5), 870-879.
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of anxiety disorders, 21*(8), 1061-1068.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.
- Beesdo, K., Hoyer, J., Jacobi, F., Low, N. C. P., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2009). Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: Evidence for diagnostic specificity. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 684–693. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.02.007

- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R., & Kagan, J. (1993). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(4), 814-821.
- Blanchard, R. J., Blanchard, D. C., Griebel, G., & Nutt, D. J. (2011). Introduction to the handbook on fear and anxiety. Dans R. J. Blanchard, D. C. Blanchard, G. Griebel & D. J. Nutt (Éds), *Handbook of anxiety and fear* (Vol. 17, pp. 3-7). Amsterdam: Elsevier.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Bohlin, G., Hagekull, B., & Rydell, A. M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*, 9, 24-39.
- Booth-LaForce, C., & Roisman, G. I. (2014). I. Introduction. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 79(3), 1-14.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York, NY: Guilford Press.
- Borelli, J. L., Somers, J., West, J. L., Coffey, J. K., De Los Reyes, A., & Shmueli-Goetz, Y. (2016). Associations between attachment narratives and self-report measures of attachment in middle childhood: Extending evidence for the validity of the child attachment interview. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1235-1246.
- Bosmans, G., & Kerns, K. A. (2015). Attachment in middle childhood: Progress and prospects. *New directions for child and adolescent development*, 2015(148), 1-14.
- Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18, 517-550.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol 2. Separation, anxiety and danger*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York, NY: Basic Books.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 102-127). New York, NY: The Guilford Press.
- Bretherton I., Ridgeway D., & Cassidy J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years* (pp. 273-308). Chicago: The University of Chicago Press.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2008). Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 393-402.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010a). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22, 177-203.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010b). Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations? *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 663-674.
- Brumariu, L. E. & Kerns, K. A. (2013). Pathways to anxiety: Contributions of attachment history, temperament, peer competence, and ability to manage intense emotions. *Child Psychiatry and Human Development*, 44, 504-515. doi: 10.1007/s10578-012-0345-7
- Brumariu, L. E., Kerns, K. A., & Seibert, A. (2012). Mother-child attachment, emotion regulation, and anxiety symptoms in middle childhood. *Personal Relationships*, 19, 569-585. doi : 10.1111/j.1475-6811.2011.01379.x
- Brumariu, L. E., Osbuth, I., & Lyons-Ruth, K. (2013). Quality of attachment relationships and peer relationship dysfunction among late adolescents with and without anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 116-124.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817-833.

- Cassidy, J. (1995). Attachment and generalized anxiety disorder. Dans D. Cicchetti & S. Toth (Éds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Emotion, cognition, and representation* (Vol. 6, pp. 343-370). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Cassidy, J. (2003). Continuity and change in the measurement of infant attachment: Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39(3), 409-412.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J., Thomas, C. L., & Borkovec, T. D. (2009). Generalized anxiety disorder: Connections with self-reported attachment. *Behavior Therapy*, 40(1), 23-38.
- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Van der Bruggen, C. G., Bögels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 630-645.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A., & Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (2^e éd., pp. 56-89). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cummings, E. M. (2003). Toward assessing attachment on an emotional security continuum: Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39(3), 405-408.
- Dallaire, D. H., & Weinraub, M. (2005). Predicting children's separation anxiety at age 6: The contributions of infant–mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety. *Attachment & Human Development*, 7(4), 393-408.
- Diamond, G. S., Wagner, I., & Levy, S. A. (2016). Attachment-based family therapy in Australia: Introduction to a special issue. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37(2), 143-153.
- Dieleman, G. C., Huizink, A. C., Tulen, J. H., Utens, E. M., Creemers, H. E., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2015). Alterations in HPA-axis and autonomic nervous system functioning in childhood anxiety disorders point to a chronic stress hypothesis. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 135-150.

- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Boisvert, J. M., & Freeston, M. H. (1996). Le trouble d'anxiété généralisée : éléments fondamentaux et interventions psychologiques. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 37(1), 40-53.
- Dwyer, K. M. (2005). The meaning and measurement of attachment in middle and late childhood. *Human Development*, 48, 155-182.
- Emery, J. (2016). *L'attachement parent-enfant, de la théorie à la pratique*. Montréal : Édition du CHU Sainte-Justine.
- Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for a cumulative interpersonal risk model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(4), 329-376.
- Erath, S. A., Flanagan, K. S., & Bierman, K. L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: Behavioral and cognitive factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 405-416. doi: 10.1007/s10802-007-9099-2
- Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkanli, A., Costello, E. J., & Angold, A. (2001). Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 901-914.
- Finnegan, R. A., Hodges, E. V., & Perry, D. G. (1996). Preoccupied and avoidant coping during middle childhood. *Child Development*, 67(4), 1318-1328.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fonseca, A. C., & Perrin, S. (2011) The clinical phenomenology and classification of child and adolescent anxiety. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment, and intervention* (2^e éd., pp. 25-55). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fraley, R. C. & Spieker, S. J. (2003). Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior. *Developmental Psychology*, 39(3), 387-404.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview protocol*. Document inédit, University of California, Berkeley.
- Gosselin, P., & Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée: état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale*, 29, 351-361.

- Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 19*(2), 159-168.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development, 83*(2), 591-610.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 552-598). New York, NY: The Guilford Press.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1568-1578.
- Hill-Soderlund, A. L., Mills-Koonce, W. R., Propper, C., Calkins, S. D., Granger, D. A., Moore, G. A., ... & Cox, M. J. (2008). Parasympathetic and sympathetic responses to the strange situation in infants and mothers from avoidant and securely attached dyads. *Developmental Psychobiology, 50*(4), 361-376.
- Huber, A., McMahon, C., & Sweller, N. (2015). Improved child behavioural and emotional functioning after Circle of Security 20-week intervention. *Attachment & Human Development, 17*(6), 547-569.
- Institut de la statistique du Québec (2016). *Au Québec, 30 % des bébés ont au moins un parent né à l'étranger*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiqué/communiqué-presse-2016/octobre/oct1604.html>
- Ivarsson, T., Granqvist, P., Gillberg, C., & Broberg, A. G. (2010). Attachment states of mind in adolescents with obsessive-compulsive disorder and/or depressive disorders: A controlled study. *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 845-853.
- Jacobvitz, D., Curran, M., & Moller, N. (2002). Measurement of adult attachment: The place of self-report and interview methodologies. *Attachment and Human Development, 4*(2), 207-215.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age

children - present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.

Kendall, P. C., Hedtke, K. A., & Aschenbrand, S. G. (2006). Anxiety disorders. Dans D. A. Wolfe & E. J. Mash (Éds), *Behavioral and emotional disorders in adolescence: Nature, assessment and treatment* (Vol. 1, pp. 259-299). New York, NY: The Guilford Press.

Kerns, K. A. & Brumariu, L. E. (2014). Is insecure parent-child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence? *Child Development Perspectives*, 8(1), 12-17. doi : 10.1111/cdep.12054.

Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental psychology*, 32(3), 457.

Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders. I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1026-1032.

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile disorders in adults with mental disorders: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-717.

Kingery, J. N., Erdley, C. A., Marshall, K. C., Whitaker, K. G., & Reuter, T. R. (2010). Peer experiences of anxious and socially withdrawn youth: An integrative review of the development and clinical literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 91-128. doi: 10.1007/s10567-009-0063-2.

Kobak, R. R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Zir, Y. (2006). Attachment, stress and psychopathology: A developmental pathways model. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éds), *Handbook of Developmental Psychopathology* (Vol. 1, pp. 333-369). Cambridge, UK: University Press.

Kobak, R., Zajac, K., Herres, J., & Krauthamer Ewing, E. S. (2015). Attachment based treatments for adolescents: The secure cycle as a framework for assessment, treatment and evaluation. *Attachment & Human Development*, 17(2), 220-239.

Lamb, M. E., & Easterbrooks, M. A. (1981). Individual differences in parental sensitivity: Origins, components, and consequences. Dans M. E. Lamb & L. R. Sherrod

- (Dir.), *Infant social cognition: Empirical and theoretical considerations*, (p. 127-153). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Leaper, C. (2002). Parenting girls and boys. Dans M. H. Bornstein (Éd), *Handbook of parenting: Children and parenting* (Vol. 1., pp. 189-225). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Levin-Aspenson, H. F., & Watson, D. (2017). Mode of administration effects in psychopathology assessment: Analyses of gender, age, and education differences in self-rated versus interview-based depression. *Psychological Assessment*. Document repéré à <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000474>
- Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Small, J. W., Seeley, J. R., & Joiner, T. E. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 548–555. doi: 10.1097/CHI.0b013e31816765e7
- Liaw, F. R., & Brooks-Gunn, J. (1994). Cumulative familial risks and low-birthweight children's cognitive and behavioral development. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(4), 360-272.
- Lickenbrock, D. M., & Braungart-Rieker, J. M. (2015). Examining antecedents of infant attachment security with mothers and fathers: An ecological systems perspective. *Infant Behavior and Development*, 39, 173-187.
- MacCallum, R. C., Zhang, S., Preacher, K. J., & Rucker, D. D. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological Methods*, 7(1), 19-40.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 49(4), 672-689. doi: 10.1037/a0028793
- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L., & Lyons-Ruth, K. (2016). Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological Bulletin*, 142(4), 367-399.
- Madigan, S., Ladd, M., & Goldberg, S. (2003). A picture is worth a thousand words: Children's representations of family as indicators of early attachment. *Attachment and Human Development*, 5(1), 19-37.

- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental psychology*, 24(3), 415-426.
- Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. Dans H. Steele & M. Steele (Éds), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 31-68). New York, NY: Guilford Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, US: University of Chicago Press.
- Manassis, K. (2001) Child-parent relations: Attachment and anxiety disorders. Dans W. K. Silverman & P. D. Treffers (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment, and intervention* (pp. 255-272). Cambridge: Cambridge University Press.
- Manassis, K., & Bradley, S. J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Towards an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Marnane, C., & Wagner, R. (2009). Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 167-172.
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131-141.
- Maron, E., & Nutt, D. (2017). Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 147-158.
- Marsh, P., McFarland, F. C., Allen, J. P., McElhaney, K. B., & Land, D. (2003). Attachment, autonomy, and multifinality in adolescent internalizing and risky behavioral symptoms. *Development and Psychopathology*, 15, 451-467.

- Mathews, B. L., Koehn, A. J., Abtahi, M. M., & Kerns, K. A. (2016). Emotional competence and anxiety in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *19*, 162-184. doi: 10.1007/s10567-016-0204-3
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, A., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 980-989.
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and Psychopathology*, *18*, 425-444.
- Murray, L., De Rosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, E., Royal-Lawson, M., & Cooper, P. J. (2008). Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy. *Child Development*, *79*(4), 1049-1064.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *5*(55), 1-21
- Olfson, M., & Gameroff, M. (2007). Generalized anxiety disorder, somatic pain and health care costs. *General Hospital Psychiatry*, *29*, 310-316.
- Pacchierotti, C., Bossini, L., Castrogiovanni, A., Pieraccini, F., Soreca, I., & Castrogiovanni, P. (2002). Attachment and panic disorder. *Psychopathology*, *35*(6), 347-354.
- Paradis, D. (2016). Représentations d'attachement mère-enfant et troubles anxieux pendant l'enfance : une étude de cas multiples. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke. Repérée à <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/9528>
- Phillips, N. K., Hammen, C. L., Brennan, P. A., Najman, J. M., & Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(1), 13-24.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. Oxon: Routledge.
- Pichot, P. (1987). *L'anxiété*. Paris, France : Masson.

- Pierrehumbert, B., Santelices, M. P., Ibáñez, M., Alberdi, M., Ongari, B., Roskam, I., ... & Borghini, A. (2009). Gender and attachment representations in the preschool years: Comparisons between five countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 40*(4), 543-566.
- Rapee, M. R., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence. *The Annual Review of Clinical Psychology, 5*(3), 11-41.
- Renou, S., Hergueta, T., Flament, M., Mouren-Simeoni, M., & Lecrubier, Y. (2004). Entretiens diagnostiques structurés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'Encéphale, 30*, 122-134.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior Assessment System for Children: second edition (BASC-II)*. Circle Pines, MN: AGS Publishing.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*, 271-280.
- Roza, S. J., Hofstra, M. B., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry, 160*, 2116-2121.
- Santostefano, S. (1978). *A biodevelopmental approach to clinical child psychology*. New York, NY: Wiley.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Diener, M. L., Mangelsdorf, S. C., Brown, G. L., McHale, J. L., & Frosch, C. A. (2006). Attachment and sensitivity in family context: The roles of parent and infant gender. *Infant and Child Development, 15*(4), 367-385.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Datta, A., & Fonagy, P. (2004). *Child Attachment Interview (CAI) coding and scoring manual (5^e éd.)*. Document inédit, University College London, UK.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., & Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology, 44*, 939-956.

- Silverman, W. K., & Motoca, L. M. (2011) Treatment: An update and recommendations. Dans W. K. Silverman & A. P. Field (Éds), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment, and intervention* (2^e éd., pp. 392-418). Cambridge: Cambridge University Press.
- Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64(5), 1439-1450.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and psychopathology*, 9(02), 251-268.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child development*, 61(5), 1363-1373.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55, 17-29.
- Statistique Canada (2015). *Revenu total médian selon le type de famille, par province et territoire (Toutes les familles de recensement)*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/famil108a-fra.htm>
- Strauss, C. C., Frame, C. L., & Forehand, R. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of clinical child psychology*, 16(3), 235-239.
- Target, M., Fonagy, P., & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 171-186.
- Target, M., Fonagy, F., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A., & Schneider, T. (1999). *The Child Attachment Interview (CAI) Protocol*. Document inédit, University College London.
- Turgeon, L., & Chartrand, E. (2003). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological Assessment*, 15, 378-383.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 561-571.
- van Eijck, F. E., Branje, S. J., Hale, W. W., & Meeus, W. H. (2012). Longitudinal associations between perceived parent-adolescent attachment relationship

- quality and generalized anxiety disorder symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 871-883.
- Van Rosmalen, L., Van Der Veer, R., & Van Der Horst, F. (2015). Ainsworth's strange situation procedure: The origin of an instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 51(3), 261-284.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. Dans W. M. Vasey & M. R. Dadds (Éds), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 3-26). New York, NY: Oxford University Press.
- Venta, A., Shmueli-Goetz, Y. & Sharp, K. (2014). Assessing attachment in adolescence: A psychometric study of the Child Attachment Interview. *Psychological Assessment*, 26(1), 238-255. doi: 0.1037/a0034712
- Verduin, T. L., & Kendall, P. C. (2008). Peer perceptions and liking of children with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 459-469. doi: 10.1007/s10802-007-9192-6
- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Saunders, K., ... Kessler, R. (2005). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Pain*, 113, 331-339.
- Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child development*, 71(3), 678-683.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522-536. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.522
- Weems, C. F. (2008). Developmental trajectories of childhood anxiety: Identifying continuity and change in anxious emotion. *Developmental Review*, 28, 488-502.
- Weems, C. F. & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 656-663.
- Wendland, J., Camon-Sénéchal, L., Khun-Franck, L., Maronne, C., Rabain, D., & Aidane, E. (2011). Troubles de l'angoisse de séparation et de l'attachement : un groupe thérapeutique parents-jeunes enfants. *Devenir*, 23(1), 7-32.

- Williams, S. W., & Blunk, E. M. (2003). Sex differences in infant-mother attachment. *Psychological Reports, 92*(1), 84-88.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 15-21.
- Wright, J. C., Binney, V. & Smith, P. K. (1995). Security of attachment in 8-12-years olds: A revised version of the Separation Anxiety Test, its psychometric properties and clinical interpretation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(5), 757-774.
- Zachrisson, H. D., Roysamb, E., Oppedal, B. & Hauser, S. T. (2011). Factor structure of the Child Attachment Interview. *European Journal of development psychology, 8*(6), 744-759.

Appendice A
Behavior Assessment Scale for Children, deuxième édition (BASC-II)

Questionnaires non-inclus pour respect de droits d'auteur.

BASC-II (Reynolds, & Kamphaus, 2004)

Versions employées :

Version auto-rapportée par l'enfant – 6 à 11 ans

Version auto-rapportée par l'adolescent – 12 à 17 ans

Version rapportée par le parent – 6 à 11 ans

Version rapportée par le parent – 12 à 17 ans

Appendice B
Échelle révisée d'anxiété manifeste chez l'enfant

Lis chaque question attentivement. Encerle ensuite le mot OUI si tu penses que c'est vrai pour toi.
Encerle le mot NON si tu penses que ce n'est pas vrai pour toi. S'il y a des mots que tu ne comprends pas, n'hésite pas à demander des explications.

1. J'ai de la difficulté à me décider.	OUI	NON
2. Je deviens nerveux(se) quand les choses ne sont pas comme je le voudrais.	OUI	NON
3. Les autres ont l'air d'avoir plus de facilité que moi à faire les choses.	OUI	NON
4. J'aime tout le monde que je connais.	OUI	NON
5. Il m'arrive souvent d'avoir de la difficulté à retrouver mon souffle.	OUI	NON
6. Je m'inquiète la plupart du temps.	OUI	NON
7. J'ai peur de plusieurs choses.	OUI	NON
8. Je suis toujours gentil(le).	OUI	NON
9. Je me fâche facilement.	OUI	NON
10. Je m'inquiète à propos de ce que mes parents vont me dire.	OUI	NON
11. J'ai l'impression que les autres n'aiment pas la façon dont je fais les choses.	OUI	NON
12. J'ai toujours de bonnes manières.	OUI	NON
13. J'ai de la difficulté à m'endormir le soir.	OUI	NON
14. Je m'inquiète de ce que les gens pensent de moi.	OUI	NON
15. Je me sens seul(e) même quand il y a des gens avec moi.	OUI	NON
16. Je suis toujours aimable.	OUI	NON
17. Il m'arrive souvent d'avoir mal au ventre.	OUI	NON
18. Je me sens facilement blessé(e) dans mes sentiments.	OUI	NON
19. J'ai les mains moites (en sueur).	OUI	NON
20. Je suis toujours gentil(le) avec tout le monde.	OUI	NON
21. Je suis souvent fatigué(e).	OUI	NON
22. Je m'inquiète de ce qui va arriver.	OUI	NON
23. Les autres enfants sont plus heureux que moi.	OUI	NON
24. Je dis toujours la vérité.	OUI	NON
25. Je fais des mauvais rêves.	OUI	NON
26. Je suis facilement blessé(e) quand on m'embête trop.	OUI	NON
27. J'ai l'impression que quelqu'un va me dire que je ne fais pas les choses comme il faut.	OUI	NON
28. Je ne me fâche jamais.	OUI	NON
29. Il m'arrive parfois de me réveiller effrayé(e).	OUI	NON
30. Je m'inquiète quand je me couche le soir.	OUI	NON
31. J'ai de la difficulté à me concentrer sur mes travaux scolaires.	OUI	NON
32. Je ne dis jamais des choses que je ne devrais pas dire.	OUI	NON
33. Je bouge beaucoup sur ma chaise.	OUI	NON
34. Je suis nerveux(se).	OUI	NON
35. Plusieurs personnes sont contre moi.	OUI	NON
36. Je ne mens jamais.	OUI	NON
37. Je m'inquiète souvent à propos de mauvaises choses qui pourraient m'arriver.	OUI	NON

Appendice C
Child Attachment Interview (CAI) – version française

Traduction de l'entrevue d'attachement de l'enfant
CAI Child Attachment Interview
(Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta & Schneider, 1999)
(Enfant de 8 à 14 ans)

Présentation de l'entrevue:

L'entrevue va porter sur toi et ta famille. Je vais d'abord te poser quelques questions sur toi et ensuite quelques questions sur ta relation avec tes parents. Pour chaque question, je vais te demander de me donner quelques exemples. Cette entrevue n'est pas un test, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. J'aimerais juste que tu me racontes comment vous êtes, toi et ta famille, de ton point de vue et j'aimerais que tu me racontes aussi ce que tu penses vraiment et ce que tu ressens au sujet de tes parents et de toi-même. L'entrevue va durer à peu près une demi-heure (30 minutes).

1. Peux-tu me parler des personnes de ta famille? Qui vit avec toi?

Si l'enfant commence à nommer des membres de sa famille élargie : préciser « les personnes qui vivent avec toi, dans la même maison »

Si l'enfant mentionne seulement un parent, lui demander : « Qui est ton autre parent? À quelle fréquence le vois-tu? Etc... »

Si les parents sont séparés ou divorcés, lui demander : « Est-ce que tes parents ont des nouveaux conjoints, qui sont-ils? »

Il est important de déterminer qui, dans l'esprit de l'enfant, sont les principales personnes qui s'occupent de lui, car toutes les autres questions devront porter sur ces personnes. Il est donc nécessaire d'interroger l'enfant non seulement sur ses parents biologiques mais également sur ses beaux parents et ses grands-parents.

Le but de cette question est d'établir le contact avec l'enfant, de réduire son anxiété et de déterminer qui est ou qui sont les principale(s) personne(s) qui s'occupe(nt) de l'enfant; le but n'est pas d'obtenir des renseignements biographiques détaillés sur ces personnes.

2. Peux-tu me dire (donner) trois mots qui te décrivent, pas physiquement, plutôt qui décrivent quel genre de personne tu es?

(Ajouter si nécessaire : « des mots qui décrivent ta personnalité, ton caractère » « comme si tu écrivais à un correspondant »).

Demander un exemple pour chacun des mots qui décrivent l'enfant :

a) Peux-tu me donner un exemple de quand tu te sens 1... 2... 3...?

N.B. demander des précisions si ce n'est pas clair (si le matériel ne peut être coté)

3. Peux-tu me dire (donner) 3 mots qui décrivent ta relation avec ta mère?

(Ajouter si nécessaire : « Comment c'est d'être avec ta mère? »)

Demander un exemple pour chacun des mots qui décrivent la relation de l'enfant avec sa mère :

a) Peux-tu me décrire un moment où tu t'es senti 1... avec elle?

2...

3...

Après chaque exemple, demander au besoin, plus de précision sur l'épisode relationnel.

4. Qu'est-ce qui arrive quand ta mère se fâche contre toi ou quand elle te dispute?

a) Quand tu fais quelque chose de mal ou quelque chose qui met ta mère en colère contre toi, qu'est-ce qu'elle dit, ou qu'est-ce qu'elle fait habituellement?

Demander un exemple précis : « Raconte-moi une fois où ta mère s'est fâchée contre toi? »

b) Comment t'es-tu senti quand c'est arrivé?

c) Comment penses-tu que ta mère s'est sentie quand c'est arrivé?

d) Pourquoi penses-tu qu'elle a ... (dit ou fait ... reprendre la réponse de 4a)?

e) Sais-tu pourquoi ta mère s'est fâchée ou t'a disputé? Sais-tu ce que tu avais fait de mal?

f) Penses-tu que c'était juste?

N.B. Chercher à obtenir un épisode relationnel précis; si l'enfant est incapable d'en raconter un, lui poser les questions de façon générale, par exemple : « Comment te sens-tu quand ta mère se fâche contre toi? »

5. Peux-tu me dire (donner) 3 mots qui décrivent ta relation avec ton père?

(Ajouter si nécessaire : « Comment c'est d'être avec ton père? »)
Demander un exemple pour chacun des mots qui décrivent la relation de l'enfant avec son père :

a) Peux-tu me décrire un moment où tu t'es senti 1... avec lui?

2...

3...

Après chaque exemple, demander au besoin plus de précisions sur l'épisode relationnel.

6. Qu'est-ce qui arrive quand ton père se fâche contre toi ou quand il te dispute?

a) Quand tu fais quelque chose de mal ou quelque chose qui met ton père en colère contre toi, qu'est-ce qu'il dit ou qu'est-ce qu'il fait habituellement?

Demander un exemple précis : « Raconte-moi une fois où ton père s'est fâché contre toi »

b) Comment t'es-tu senti quand c'est arrivé?

c) Comment penses-tu que ton père s'est senti quand c'est arrivé?

d) Pourquoi penses-tu qu'il a ... (dit ou fait... reprendre la réponse de 6a)?

e) Sais-tu pourquoi ton père s'est fâché ou t'a chicané? Sais-tu ce que tu avais fait de mal?

f) Penses-tu que c'était juste?

N.B. Chercher à obtenir un épisode relationnel précis; si l'enfant est incapable d'en raconter un, lui poser les questions de façon générale, par exemple : « Comment te sens-tu quand ton père se fâche contre toi? »

7. Peux-tu me donner un exemple d'une fois où tu étais bouleversé (troublé, dérangé ou énervé) et où tu voulais avoir de l'aide?

Si nécessaire : « Par exemple, tu essayais de dire quelque chose à quelqu'un et personne n'avait l'air de comprendre ce que tu voulais dire? Ou tu voulais qu'une personne fasse quelque chose, mais personne ne comprenait ce que tu voulais? »

Si l'enfant ne trouve pas d'exemple, lui en proposer :

« Comment te sentirais-tu si ton professeur te chicanait devant toute la classe? » ou

« Comment te sentirais-tu si tu invitais un(e) ami(e) pour jouer avec lui (elle) après l'école et qu'il (elle) refuserait en disant qu'il (elle) ne t'aime plus »

ou

« Comment te sentirais-tu si d'autres jeunes de l'école te faisaient des menaces? »

8. Est-ce qu'il t'arrive de sentir que tes parents ne t'aiment pas vraiment?

a) Peux-tu me dire quand tu te sens comme ça?

b) Est-ce que ça t'arrive souvent de te sentir comme ça?

9. Comment ça se passe quand tu es malade?

Chercher à obtenir un exemple précis en demandant si nécessaire :
« Peux-tu me raconter une fois où c'est arrivé? »

Qu'est-ce que tu as fait? Est-ce que quelqu'un est resté avec toi à la maison?

10. Comment ça se passe quand tu te blesses ou que tu te fais mal?

Chercher à obtenir un exemple précis en demandant, par exemple :
« Peux-tu me donner un exemple d'une fois où c'est arrivé? »

11. Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de te faire frapper par quelqu'un de ta famille, un adulte, un frère ou une sœur plus âgé(e) que toi?

Obtenir le plus de renseignements possible sur l'incident et sur ce que l'enfant a ressenti. S'il répond que ça ne lui est pas arrivé, passer à la question suivante.

- a) **Est-ce que ça t'est arrivé une fois, deux fois, ou plus souvent?**
- b) **Peux-tu me raconter ce qui s'est passé?**
- c) **Comment t'es-tu senti?**

12. Certains enfants à qui j'ai parlé m'ont confié que quelqu'un de plus âgé leur avait déjà touché les parties intimes du corps. Est-ce que cela t'est déjà arrivé?

Obtenir le plus de renseignements possible. Si l'enfant répond « NON », passer à la question suivante.

- a) **Est-ce que ça t'est arrivé une fois, deux fois, ou plus souvent?**
- b) **Peux-tu me raconter comment ça s'est passé?**
- c) **Comment t'es-tu senti?**
- d) **Penses-tu que la personne qui te faisait ça savait que tu te sentais comme ça?**
- e) **Comment penses-tu que cette personne se sentait?**

13. Est-ce qu'il t'est arrivé quelque chose d'autre qui t'a bouleversé ou fait peur ?

14. Est-ce qu'il t'est déjà arrivé qu'une personne proche de toi meure? Ou un animal favori?

- a) **Comment est-ce arrivé? Est-ce que le décès est arrivé soudainement? Es-tu allé aux funérailles?**
- b) **Comment t'es-tu senti face à ça?**

- c) **Comment crois-tu que les autres se sont sentis face au décès de...** (comment s'est sentie ta mère... ton père... tes frères et sœurs...)?

15. Est-ce qu'il y a quelqu'un d'important pour toi que tu ne vois plus aussi souvent qu'avant?

- a) **Comment t'es-tu senti quand cette (ces) personne(s) s'est (se sont) éloignée(s)? Est-ce que cela a changé beaucoup de choses?**

- b) **Est-ce que tu restes en contact avec cette (ces) personne(s)?**
(**SI oui** : comment ou de quelle façon restez-vous en contact? **Si non** : pourquoi penses-tu que vous n'êtes plus en contact?)

Si l'enfant répond « NON » à la question 15, lui demander :
« Raconte-moi un moment où il y a eu du changement dans ta vie, par exemple : un déménagement, un changement d'école, la séparation de tes parents ou le départ d'un ami »

- c) **Comment t'es-tu senti?**

- d) **Est-ce que tu restes en contact avec cette(ces) personne(s)?**
(**SI oui** : Comment ou de quelle façon restez-vous en contact? **Si non** : pourquoi penses-tu que vous n'êtes plus en contact?)

16. Est-ce que tu as déjà passé plus d'une journée loin de tes parents?

N.B. Question très importante : obtenir le plus d'informations possibles sur la situation (i.e. quand et où c'était, avec qui ils (l'enfant et les parents) étaient, pour combien de temps, qu'est-ce qu'ils ont fait...)

(Ajouter des suggestions si nécessaire pour obtenir un exemple précis : en allant dormir chez un ami, en allant dans un camp de vacances ou si tes parents sont partis à l'extérieur de la ville pour le travail ou des vacances?)

- a) **Comment c'était d'être séparé (ou loin) de tes parents?**

- b) **Comment crois-tu que tes parents se sentaient de leur côté?**

- c) **Comment c'était de revoir maman et papa quand vous vous êtes retrouvés?**

17. Est-ce que tes parents se chicanent ou se disputent parfois?

Obtenir un exemple précis, en demandant par exemple : « **Peux-tu me raconter une fois où tes parents se sont chicanés?** »

- a) **Comment t'es-tu senti à ce moment-là? Qu'est-ce qui te faisait sentir comme ça?**
- b) **Pourquoi penses-tu que tes parents s'étaient chicanés?**
- c) **Comment penses-tu qu'ils se sentaient?**
- d) **Crois-tu qu'ils savaient comment toi, tu te sentais?**

18.a) En quoi (sur quels aspects) aimerais-tu ressembler à ta mère?

- a) **En quoi (sur quels aspects) n'aimerais-tu pas ressembler à ta mère?**
- c) **En quoi (sur quels aspects) aimerais-tu ressembler à ton père?**
- d) **En quoi (sur quels aspects) n'aimerais-tu pas ressembler à ton père?**

19. Dernière question : « Si tu pouvais faire trois vœux (ou souhaits) pour quand tu seras plus vieux, quels seraient ces trois vœux (ou souhaits)? »

(Prendre un ton enjoué et appuyer les réponses de l'enfant, en ajoutant par exemple : « Ah, ça serait bien! »)