



Ordre
des psychologues
du Québec

MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI 125

2006

**Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et
d'autres dispositions législatives**

**Mémoire présenté à la
Commission des Affaires sociales**

9 décembre 2005

« L'Ordre des psychologues du Québec a pour principale mission la protection du public. Pour ce faire, il s'assure de la qualité des services offerts par les membres, favorise le développement de la profession et défend l'accessibilité aux services psychologiques. »

Monsieur le Président,
Madame la Ministre,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

L'Ordre des psychologues du Québec vous remercie de lui permettre de vous présenter le résultat de ses réflexions relativement au projet de loi n° 125 : *Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*. L'Ordre, régi par le Code des professions, regroupe plus de 7700 membres dont la vaste majorité exerce leur professions dans le domaine de la santé, soit en bureau privé, soit dans des établissements de santé ou à l'intérieur des services de santé que l'on retrouve au sein d'institutions scolaires, du milieu médico-légal, du milieu carcéral, en grande entreprise, etc..

En tant qu'ordre professionnel dédié à la protection du public et, dans ce cas bien précis, à celle des enfants et des parents, nous estimons devoir soulever, voire insister sur certains aspects bien précis, lesquels pourraient s'articuler autour de trois axes : le savoir au profit de l'intérêt de l'enfant, la mise en place de moyens pour atteindre les objectifs visés par la loi et l'accessibilité aux services.

Le savoir au profit de l'intérêt de l'enfant

Dans l'ensemble, nous saluons les modifications proposées. Il s'agit d'une avancée considérable, eu égard aux connaissances acquises par notre discipline. Un premier bémol toutefois : le libellé de l'article 3 du projet de loi.

Lors de la consultation tenue par le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, et du ministre de la Justice d'alors, monsieur Jacques Dupuis, sur les rapports soumis par leur groupe d'experts respectif (Dumais, Turmel), nous étions particulièrement en accord avec la recommandation (R-1.6) et les motifs qui la sous-tendaient.

Il n'est pas inutile, pour les fins de discussions, de reprendre le libellé de cette recommandation :

« Que l'article 4 soit modifié afin que le principe de la continuité des soins et de la stabilité des liens et des conditions de vie de l'enfant soit d'abord mentionné comme devant guider toutes les décisions prises à l'égard de l'enfant en vertu de la Loi.

Qu'il soit de plus indiqué :

- *Qu'à cette fin, les décisions prises doivent tendre à maintenir l'enfant ou le réinsérer dans son milieu familial;*

- *Que lorsque le maintien ou la réinsertion de l'enfant dans son milieu familial n'est pas possible, ces décisions doivent tendre à lui assurer un milieu de vie stable se rapprochant le plus possible d'un milieu familial normal.»*

À notre avis, cette recommandation avait l'avantage de poser clairement l'objectif à rechercher dans le meilleur intérêt de l'enfant tout en déterminant l'ordre de priorité des moyens à prendre pour y parvenir. Or, cette recommandation ne semble pas avoir été retenue et à cet égard, nous nous questionnons.

L'article 4 sous étude maintient que « *Toute décision prise en vertu de la présente loi doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu familial* », ce qui est idéal quand cela concorde avec l'objectif de lui assurer sécurité et stabilité. Mais nous parlons ici de décisions prises dans le cadre de mesures exceptionnelles de protection de l'enfant, où la plupart du temps le rôle de la famille est justement remis en question. C'est pourquoi nous croyons que le principe directeur de toute décision en matière de protection de l'enfant devrait être la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de l'enfant. Que cela soit possible dans son milieu familial devrait toujours être privilégié, mais il ne faut pas y subordonner l'intérêt de l'enfant.

Cette question est particulièrement importante parce que nous savons tous que la protection des enfants se fait toujours dans un contexte extrêmement chargé sur le plan émotif et qu'il faut aider ceux qui doivent prendre les décisions en leur proposant un cadre de référence clair, favorisant la plus grande objectivité et minimisant le risque d'emportement qu'implique toujours le fait d'être exposé à des situations qui heurtent de plein fouet nos valeurs humaines.

L'évolution des connaissances scientifiques, plus particulièrement dans le domaine des neurosciences, et des connaissances cliniques quant aux besoins d'attachement de l'enfant nous enseigne que la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de l'enfant sont les facteurs à prioriser pour son développement. L'enfant a besoin d'évoluer auprès de personnes qui le considèrent pour ce qu'il est avec ses besoins, limites et ressources, qui peuvent l'investir de façon continue et stable et qui lui permettent, en retour, d'investir cette relation en toute confiance et de développer, sur cette base, une capacité relationnelle telle qu'il saura se tourner vers le monde extérieur avec confiance, établir avec les autres des rapports harmonieux et prendre des autres ce dont il a besoin pour se développer. Idéalement, ces personnes sont les parents.

La décision de maintenir l'enfant dans son milieu familial d'origine ou de l'en retirer, de le réinsérer ou non ou encore de maintenir un lien avec son milieu familial d'origine est excessivement grave. Elle ne doit pas être prise sans d'abord évaluer son impact sur l'établissement ou le rétablissement d'un lien fondamental au développement de l'enfant, sur le sentiment d'appartenance que cet enfant peut éprouver (ancrage identitaire) et sur l'investissement affectif, nécessaire et attendu, de ceux qui en prendront soin. Cela s'applique à tous les niveaux de décision.

Dans le même sens, nous croyons opportun que la loi précise en quoi les personnes à qui les enfants seraient confiés doivent être significatives, en s'arrimant sur les besoins fondamentaux de continuité et de sécurité. Le lien biologique n'est pas automatiquement significatif du point de vue de l'enfant et la compétence parentale mérite d'être évaluée là comme ailleurs.

L'introduction de délais, variant en fonction de groupes d'âge, avant la mise en place d'un projet de vie permanent est à saluer. Il s'agit cependant d'un premier pas, d'un compromis si l'on se réfère aux connaissances actuelles en matière de développement de l'enfant. Un délai d'un an, par exemple, avant qu'un enfant de deux ans puisse profiter d'un projet de vie permanent, c'est énorme. Bien que cette mesure reconnaisse l'importance plus grande du temps qui passe chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte, il faut réaliser que nous nous livrons à une véritable course contre la montre, particulièrement en ce qui a trait à certains apprentissages chez les enfants en très bas âge. Nous sommes donc tout à fait en accord avec la mise en place d'un projet de vie permanent pour les enfants et nous appuyons toute mesure visant à raccourcir les délais et à considérer la très grande importance, pour l'enfant, d'un lien d'attachement sécurisant et stable aussitôt que possible dans son développement.

Nous appuyons également le fait de reconnaître spécifiquement les mauvais traitements psychologiques au titre des motifs d'intervention. La recherche démontre que ce type de mauvais traitements a des impacts dévastateurs et souvent plus graves que d'autres types de mauvais traitements. Nous devons souligner toutefois que ce n'est pas par hasard que ce ne soit que maintenant que la loi reconnaît ce type de mauvais traitements.

En effet, il n'est pas facile de les repérer et d'en évaluer les conséquences quand on sait que cela se joue dans la subjectivité et renvoie à un niveau de réalité qui n'est pas toujours tangible. L'évaluation des mauvais traitements, quant à leur gravité et à leur récurrence, doit se faire avec prudence et rigueur. À cette fin, il faut s'assurer que les parents, l'enfant et la relation qu'ils ont établie entre eux ont fait l'objet de cette évaluation.

De plus, il faut que la déclaration d'un préjudice sur ce plan puisse reposer sur des critères reconnus, à partir desquels on pourra conclure que l'enfant est victime de mauvais traitements psychologiques. Par contre, la démonstration à faire d'un préjudice causé n'est pas simple et cela risque de susciter certaines controverses qui pourraient retarder la mise en place de mesures de protection. Cela dit, que le degré retenu comme motif d'intervention soit la reconnaissance d'un préjudice ou le risque d'un préjudice, il n'en demeure pas moins que l'on devrait pouvoir s'appuyer sur une équipe multidisciplinaire mettant à contribution des intervenants formés et expérimentés, dédiés à la protection psychologique des enfants. Le développement d'outils à cette fin demeure un défi qu'il faut relever.

Finalement, nous sommes favorables à ce que la mise en œuvre de cette loi soit évaluée trois (3) ans après son entrée en vigueur et par la suite aux cinq (5) ans pour vérifier la pertinence de la modifier. Ces balises tiennent compte de l'évolution rapide des connaissances et du fait qu'il en va de l'intérêt des enfants et des parents de les prendre en considération. Puisque la Commission des droits de la jeunesse et de la personne est désignée comme instance pour procéder à cette évaluation, nous recommandons qu'elle puisse étayer ses recommandations sur les travaux d'un comité d'experts bien au fait de la clinique et de la recherche en matière de protection de la jeunesse.

En outre, pour appuyer à long terme l'impact sur les enfants des mesures adoptées à leur endroit, nous suggérons la réalisation d'études longitudinales sur les enfants faisant l'objet de signalement auprès de la DPJ. En effet, il arrive que soient prises des mesures qui permettent à court terme de régler certains problèmes, alors qu'à long terme elles peuvent produire des effets négatifs sur le développement et le bien-être de l'enfant. Il serait pertinent d'impliquer les instituts universitaires pour développer une expertise propre aux différentes problématiques et appuyer les recommandations que l'instance responsable de l'évaluation de la loi aura à faire.

Se donner les moyens d'atteindre les objectifs visés par la loi

Il convient ici de rappeler l'urgence et la nécessité de se doter des moyens nécessaires pour donner force aux modifications suggérées, sans quoi elles resteront lettre morte. Le projet est louable, porté par de bonnes intentions et il faut voir à ce que cela se traduise par des mesures concrètes. À cet effet, nous ne pouvons passer sous silence le fait qu'il y ait très peu de psychologues à l'emploi des centres jeunesse et nous doutons qu'il y ait là la masse critique nécessaire à l'appui du projet de loi, compte tenu de la contribution particulière des psychologues qu'il nécessite. Leur nombre tend même à diminuer (réduction de 10% depuis les 4 dernières années selon nos statistiques), alors que l'évaluation, entre autres, constitue le cœur de leur expertise. Bien qu'il soit de pratique courante de faire appel à eux à titre de fournisseurs externes de services, notamment pour l'évaluation, ils ne sont pas, dans ces conditions, intégrés au milieu, aux équipes multidisciplinaires et leur impact en est d'autant diminué.

L'évaluation est au cœur de la réussite de l'intervention. Chaque situation doit être appréciée d'abord et avant tout au plan clinique, à la lumière des connaissances actuelles. Il faut valoriser l'intervention clinique et lui donner suffisamment d'espace pour être significative. Il faut donner du temps aux intervenants pour dénouer les crises et réserver au tribunal les seuls cas requis.

De cela on comprendra que nous sommes favorables à la déjudiciarisation. Nous croyons qu'il faut privilégier les ententes consensuelles et l'utilisation d'approches les favorisant, prenant bien sûr pour acquis que ces ententes consensuelles ne s'appuieront jamais sur un compromis portant atteinte à l'intérêt supérieur de l'enfant. Il faut préciser que cet appui repose aussi sur le fait que ces mesures pourraient amoindrir les délais. Il en serait autrement si l'impact était inverse.

Quant à la constitution de l'équipe multidisciplinaire, elle devra être bien nantie et véritablement multidisciplinaire, c'est-à-dire constituée des experts requis, reconnus et qualifiés. Ce n'est qu'à ce prix que la clientèle pourra bénéficier de toute l'aide que la Loi entend lui offrir.

Accessibilité aux services et disponibilité des ressources

Nous appuyons sans réserve l'article 4 du projet de loi réitérant le droit des enfants et de leurs parents de recevoir des services de santé et des services sociaux. Il ne faut pas négliger ceux sur qui nous devons d'abord pouvoir compter : les parents eux-mêmes. En effet, mieux s'occuper des parents, intervenir plus rapidement ou de façon préventive auprès d'eux, c'est mieux s'occuper des enfants dont ils ont la responsabilité. Il faut toutefois espérer qu'en enchâssant ce droit dans une loi dédiée à la protection de la jeunesse, ces services seront enfin accessibles.

Ceci étant, la question de l'accessibilité aux services demeure, encore et toujours, au centre du problème. Nous ne nous prononcerons pas sur le manque de ressources en santé physique, mais nous insisterons cependant sur l'accès plus que limité aux ressources disponibles en santé mentale.

Cet accès limité est en bonne partie attribuable au fait que les établissements de santé (mission CLSC et centres jeunesse, notamment) ne disposent pas des ressources humaines pour répondre à l'ampleur du mandat qu'on leur confie. Il en va de même des établissements et organismes scolaires auxquels, notamment, la loi attribue des responsabilités en lien avec l'exécution des mesures volontaires. Les professionnels qui y travaillent sont cependant rattachés au ministère de l'Éducation et régis par la Loi sur l'instruction publique. Leur mandat sert le projet éducatif et les psychologues scolaires s'appuient sur des compétences autres que celles requises pour le travail clinique. Ainsi, pour mieux répondre aux dispositions de ce projet de loi, il faudrait qu'il y ait davantage de psychologues scolaires, mais également que les services de psychologues cliniciens soient accessibles en première ligne, idéalement dans les écoles.

De par leur formation et en raison de leur petit nombre dans le réseau de la santé et des services sociaux, les psychologues sont souvent mandatés à la supervision et à l'encadrement d'autres professionnels en matière de protection de la jeunesse. Nous saluons la reconnaissance de cette contribution qu'ils peuvent apporter. Néanmoins, s'ils étaient plus nombreux, ils pourraient contribuer davantage, notamment au niveau du contact direct avec la clientèle.

La psychologie est une science reconnue qui permet d'aborder les problèmes humains avec rigueur et objectivité. Actuellement, il n'y a pas de pénurie de psychologues, on en trouve partout au Québec. Il est difficile de comprendre pourquoi ils sont encore si peu présents dans le réseau public de la santé, particulièrement en ce qui concerne les services donnés aux jeunes en difficulté. Force est de constater que cela constituera un défi de taille et qu'il faudra que le ministère de la Santé et des Services sociaux coordonne les efforts de tous afin d'atteindre les objectifs liés au projet de loi, notamment au moment de la réorganisation du réseau et de la mise en place du plan d'action en santé mentale. En ce sens, il faudrait identifier clairement qui a la responsabilité de donner les services.

Ceci résume la position de l'Ordre des psychologues du Québec sur le projet de loi n^o 125. Nous avons limité nos commentaires et concentré notre intervention à ce qui relève de notre champ d'expertise. Nous sommes évidemment disponibles pour en discuter davantage en présence des membres de la Commission des affaires sociales.

Bibliographie

1. Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
2. Arend, R., Gove, F.L. & Sroufe, L.A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: a predictive study of ego resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Development*, 50, 950-959.
3. Bates, J.E., Bayles, K., Bennet, D.S., Ridge, B. & Brown, M.M. (1991). Origins of externalizing behavior problems at eight years of age. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
4. Belsky, J. & Isabella, R. (1988). Maternal, infant, and social-contextual determinants of attachment security. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 41-94). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
5. Berger M. (1992). *Les séparations à but thérapeutique*. Paris : Enfances Dunod
6. Berger M. (1997). *L'enfant et la souffrance de la séparation*. Paris : Enfances, Dunod.
7. Berger, M. (2001). *L'enfant instable. Approches cliniques et thérapeutiques*. Paris : Enfances, Dunod.
8. Berger, M. (2004). *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris : Enfances, Dunod.
9. Berger, M. (2005). *Ces enfants qu'on sacrifie... au nom de la protection de l'enfance*. Paris : Enfances, Dunod.
10. Boislard, J. (2004). L'état de la question – Faits et constats. *Prisme*, 44, 24-29.
11. Boris, N.W., Zeanah, C.H. (1999). Disturbances and disorders of attachment in infancy: an overview. *Infant mental health journal*, 20, 1-9.
12. Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte. Vol. 1. Attachement*. Paris: P.U.F.
13. Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. Vol.2. La séparation, angoisse et colère*. Paris: P.U.F.
14. Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte. Vol.3. La perte, tristesse et dépression*. Paris: PUF.
15. Bowlby, J. (1988). *A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New-York: Basic Books.
16. Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: security, communication, and internal working models. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 1061-1100). New York: Wiley.
17. Crittenden, M. (1992). Quality of Attachment in the Preschool Years. *Development and Psychopathology*, 2,

18. Dorio, G. (1992). Les enfants victimes de maltraitance. *Prisme*, 3 (1): 32-39.
19. Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). *The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample*. In *Growing points in attachment theory and research* (I. Bretherton & E. Waters ed., Vol. 50, Chap. 1-2, pp. 147-166). *Monographs of the Society for Research in Child Development*.
20. *Étude sur la petite enfance*. L'institut canadien des recherches avancées. Avril 1999.
21. Fonagy, P. et al. (1996). "Fantômes dans la chambre d'enfants": étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXIX, 1: 63-83.
22. Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New-York : Other Press.
23. Gauthier, Y. (1999). *La perspective historique de la théorie de l'attachement, l'état actuel des connaissances et les implications cliniques*. Conférence prononcée dans le cadre du Forum sur l'abandon, ACJQ, Actes du colloque, avril 1999.
24. Gauthier, Y., Fortin, G. (1992). *Des enfants en "storage" ou la violence du système*. *Prisme*, 3 (1):70-76.
25. Gauthier, Y., Fortin, G., Jeliu, G. (2004). Applications cliniques de la théorie de l'attachement pour les enfants en famille d'accueil : importance de la continuité. *Devenir*
26. Greenberg, M.T., Spetz, M.L. & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology* 5, 191-213.
27. Guedeney, A., Guedeney, N. (2002). *L'attachement: concepts et applications*. Paris: Masson.
28. Hazen, N.L., Durrett, M.E. (1982). Relationship of Security of Attachment to Exploration and Cognitive Mapping Abilities in Two Yeras Old. *Development Psychology*, 18: 751-759.
29. Hopkins, J. (1996). L'enfant observé de la théorie de l'attachement. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXIX, 1: 41-62.
30. Howe, D. (1995). Adoption and attachment. *Attachment and fostering*, 19(4), 7-15.
31. Hughes, D.A.(1999). Adopting children with Attachment Problems. *Child Welfare*. September/October: pages 541-561.
32. Jacobson, J. L., & Wille, D. E. (1986). The influence of attachment pattern of development changes in peer interaction from the toddler to the preschool period. *Child Development*, 57, 338-347.
33. Jeliu, G. (2004). Styles d'attachement, apport des neurosciences et défis de l'intervention. *Prisme*, 44, 84-91.

34. Joseph, R. (1999). Environmental influences on neural plasticity, the limbic system, emotional development and attachment: a review. *Child psychiatry and human development*, 29(3), 189-208.
35. LaFrenière, P. J., & Sroufe, L. A. (1985). Profiles of peer competence in preschool: Interrelations between measures, influence of social ecology, and relation to attachment history. *Developmental Psychology*, 21, 56-69.
36. Lajoie, R. (2004). Des jeunes laissés à l'abandon par une société en quête de cohérence. *Prisme*, 44, 104-121.
37. Lemay, M. (1996). Les conséquences de l'abandon sur le développement psychosocial de l'enfant et dans ses relations personnelles et sociales. *Revue de droit*, 25 (1-2), 5-25.
38. Létourneau, H. (1997). Le droit au parent: la quête d'une véritable filiation. Analyse juridique. *P.R.I.S.M.E.*; 7 (1), p. 82-93.
39. Lieberman, A.F., Zeanah, C.H. (1995). Disorders of Attachment in Infancy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 4, 3.
40. Lyons-Ruth, K., Alpern, L. & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64 (2), 572-585.
41. Main, M. (1996). Introduction to the Special Section of Attachment and Psychopathology: 2. Overview of the Field of Attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 237-243.
42. Marvin, R.S., Britner, P.A. (1999). *Normative development: the ontogeny of attachment*. In *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. Cassidy, J., Shaver, P.R., ed. New York/London: the Guilford press: 44-67.
43. Matas, L., Arend, R.A. & Sroufe, L.A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: the relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development* 49, 547-556.
44. Meaney, M. (1997). *Le développement de l'enfant et ses effets à long-terme sur la santé*. Conférence présentée à l'Université McGill dans le cadre de l'Institute for Cortex Research and Development.
45. Noël, L. (2003). *Je m'attache, nous nous attachons*. Montréal : Sciences et Culture. 270 p.
46. Parent, S., Ménard, A., Pascal, S. (2000). La prévention des problèmes d'attachement à la petite enfance in Vitaro, F., Gagnon, C. *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. p. 307-346.
47. Rutter, M. (1995). Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect. *Journal of Child Psychology and Psychoanalysis*, Vol.36, No.4: 549-571.
48. Schneider, E.L. (1991). Attachment Theory and Research: Review of the Literature. *Clinical Social Work Journal*, Vol. 19, no.3, 251-266.

49. Shaw, D.S. and Vondra, J.I. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: a longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology* 23(3), 335-357.
50. Shore, A. (2001). Effect of a secure attachment relationship on right brain development. Affect regulation and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 7-66.
51. Siegel, D.J. (2001) Toward an interpersonal ; neurobiology of the developing mind : attachment relationships, « mindsight », and neural integration. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 67-94.
52. St-André, Martin (1996). Attachement et représentations de l'enfant à naître : perspectives expérimentales et cliniques. *Prisme*, vol.6, no.1.
53. St-Antoine, M. et coll. (1999). *Favoriser la formation de liens d'attachement et prévenir l'abandon de fait. Points de repères pour l'intervention en petite enfance*. Forum sur l'abandon. A.C.J.Q., 27p.
54. St-Antoine, M., Rainville, S. (2004). Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic. *Prisme*, 44, 230-247.
55. Steinhauer, P.D. (1996). *Le Moindre Mal. La question du placement de l'enfant*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal. 463p.
56. Steinhauer, P.D. (1999). *Recognizing and management of attachment disorders in children*. Ottawa: National teleconference, Child Welfare League of Canada.
57. Stern, D. (2001). Face-to-face play: its temporal structure as predictor of socioaffective development. *Monographs of the society for research in child development*, 66(2), 144-149.
58. Turcotte G. (1992). *Antécédents et conséquences de l'abandon d'enfants: une recension des publications scientifiques*. Montréal: Centre de Services Sociaux du Montréal Métropolitain.
59. van IJzendoorn, M.H., Juffer, F., Duyvesteyn, M.G. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, vol. 36, No. 2, pp. 225-248.
60. Zeanah, C.H. (1996). Pathologies du lien parent-nourrisson et transmission intergénérationnelle. *Prisme*, 6 (1): 55-71.
61. Zeanah, C.H (2000). Disorders of Early Childhood: Attachment Disorders in Infancy. In Sameroff, A.J. et al. (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* New York: Kluwer, Academic/Plenum Publ., chap. 16.