

Recherche

Titre:

Devenir d'enfants ayant été suivis en Accueil Familial Thérapeutique :

évaluation à l'âge adulte de leurs modalités relationnelles, de leur qualité de vie subjective et de leur narratif concernant leur prise en charge

Coordinateurs du Projet :

Dr C. FOURES¹, Dr M. PAVELKA, Dr P. RICHARD - RIAFET

¹Contact: RIAFET-UAFT, 20 rue de la Tour d'Auvergne, 75009 Paris,

tél. 01 49 44 33 04 ; mail : recherche@riafet.asso.fr

(RIAFET - association régie par la loi de 1901 ; N° SIRET : 503 214 694 00021)

Réalisation:

Chercheur principal:

- **Dr A. NOVO** ; Faculté de Médecine, Université Reims ; Faculté de psychologie, Université Paris-Diderot. *Laboratoires de recherche* :
- Inserm U669 (CHU Necker, Paris) Pr B. GOLSE et Dr F. ZIGANTE.
- **REPPER** (EPS Erasme, Antony) Dr G. APTER, M. E. DEVOUCHE, Mme DORET. *Unités d'Accueil Familial Thérapeutique des Services de pédopsychiatrie* :
- Secteur 75-I-03, EPS Maison Blanche, Paris (Dr C. FOURES),
- Secteur 86-I-01, CH Henri Laborit, Poitiers (Dr J.L. NOUVEL),
- Secteur 91-I-05, EPS Barthélémy Durand, Etampes (Dr M. PAVELKA),
- Secteur 75-I-01, Hôpital Esquirol, Saint-Maurice (Dr P. RICHARD).

Conseil scientifique:

Pr B. GOLSE, Dr G. APTER, Dr F. ZIGANTE, M E. DEVOUCHE.

avec la contribution de :

Mme A-C. DUMARET, M. T. GREACEN, Dr H. ROTTMAN.

Financements:

- Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger ONED,
- RIAFET

avec l'appui logistique de :

- EPS Maison Blanche, Paris (Dr C. FOURES),
- CH Henri Laborit, Poitiers (Dr J.L. NOUVEL),
- EPS Barthélémy Durand, Etampes (Dr M. PAVELKA),
- Hôpitaux de Saint-Maurice (Dr P. RICHARD)
- CHU Necker, Paris (Pr B. GOLSE, M. X. JEUDON)

Type de recherche :

Enquête mixte – qualitative et quantitative – descriptive, transversale et multicentrique explore le devenir à l'âge adulte des enfants ayant été suivis en Accueil familial thérapeutique.

Le contexte de la recherche :

Selon la législation française, « la protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs » (*Art. L. 112-3. du CASF*). Et il est précisé que « l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant » (*Art. L. 112-4 du CASF*).

Dans le cadre de cette mission de Protection de l'Enfance, un axe particulier d'intervention est celui des actions de prévention (primaire, secondaire ou tertiaire) destinée à prévenir la constitution de pathologies psychiques et relationnelles très invalidantes. Ces actions, qui imposent le plus souvent de penser l'articulation des services sociaux, éducatifs et judiciaires avec les dispositifs sanitaires disponibles, enracinent leur légitimité dans une abondante littérature scientifique (française et internationale).

Cette littérature démontre :

- 1) l'importance de l'environnement relationnel précoce dans le développement psychique mais aussi relationnel et donc social de l'enfant ;
- 2) l'intérêt de mesures d'accompagnement, de prévention et/ou de soin destinées à infléchir positivement les trajectoires développementales marquées par des distorsions de cet environnement relationnel précoce.

Parmi ces mesures, il est parfois proposé de séparer l'enfant d'un environnement familial trop gravement perturbé. Car malgré les actions préventives d'accompagnement et de guidance, la « pathologie grave et inaménageable des liens parents-enfant » empêche de satisfaire aux besoins fondamentaux de l'enfant. Cette décision de (dé)placement de l'enfant peut alors être posée, selon les cas, dans un cadre judiciaire, administratif ou sanitaire. Puis, l'accuiel de l'enfant se fera, pour une durée et avec des objectifs variables, dans un milieu de suppléance, de type collectif ou familial.

La grande majorité des situations de placement en accueil familial (PAF) est gérée en France par les dispositifs sociaux mis en place par les conseils généraux dans le cadre de leur mission de protection de l'enfance (Accueils Familiaux dits « sociaux » de l'Aide Sociale à l'Enfance -ASE-). Dans d'autres cas, le PAF de l'enfant est organisé, par délégation des services de l'ASE ou par décision judiciaire (placement judiciaire) ou médico-sociale (orientation de la MDPH). Ces dispositifs dits « spécialisés », associatifs ou privés, sont en référence à un axe de prise en charge (éducatif, médical ou psychologique selon les cas). Cet accueil a été évalué pertinent pour le développement de l'enfant. Dans un petit nombre de cas (moins d'1% des situations de PAF en France actuellement), l'enfant (qui peut ou non bénéficier par ailleurs d'une mesure, juridique ou administrative, de protection) est pris en charge par un dispositif dit d'« Accueil Familial Thérapeutique » (AFT) [Oui, 2009].

Ces structures, sanitaires, d'AFT sont gérées par des établissements hospitaliers en référence à la réglementation sur les dispositifs de la (pédo-)psychiatrie de service public. Dans quelques uns de ces services pédopsychiatriques d'AFT, les soins sont organisés autour de l'existence chez l'enfant d'une pathologie psychique grave déjà constituée (le plus souvent de l'ordre de la psychose). La majorité des services pédopsychiatriques d'AFT tentent cependant de mettre en place, pour des enfants à haut risque psychopathologique (en rapport le plus souvent avec une pathologie psychique parentale), un dispositif de soins qui visent à prévenir la constitution ou l'aggravation de ces pathologies psychiatriques. De ce fait ils axent leurs interventions sur la prise en compte de la « pathologie grave et inaménageable des liens parents-enfant » et de ce qui est maintenant démontré de ses effets durables (en l'absence d'intervention adaptée) sur le développement psychique, cognitif, comportemental et relationnel de l'enfant [Richard, 2009a].

Bien que les acteurs, judiciaires et sociaux, du champ de la protection de l'enfance soulignent régulièrement le manque de places dans ces dispositifs d'AFT sanitaires dont la valeur thérapeutique est reconnue, il apparaît que l'évolution des moyens de la pédopsychiatrie de service public vient tout aussi régulièrement remettre en question la pérennité de cet outil de soins préventifs et curatifs. On conçoit alors l'intérêt qu'il y a à s'engager dans une démarche d'évaluation des pratiques des AFT et, pour cela, à élaborer des outils qui puissent permettre que cette évaluation ne soit pas uniquement administrative et gestionnaire, mais d'abord –et surtout- clinique [ANPF, 2005 ; Richard, 2009c].

L'intérêt de cette recherche:

Depuis plus de quarante ans, de tels dispositifs pédopsychiatriques d'AFT a conduit à souligner l'importance qu'il y a, dans toute situation de PAF (que sa gestion soit de référence sociale, éducative ou

judiciaire), à se donner les moyens de prodiguer à ces enfants à haut risque (du fait des dysfonctionnements relationnels familiaux à l'origine de la séparation) des soins spécifiques, intensifs, continus et dont la durée soit adaptée au développement de l'enfant [David, 2004; Pavelka & al., 2009]. Cela implique que soit connues (et reconnues) la psychopathologie à l'œuvre et les données de la littérature scientifique sur les besoins fondamentaux de l'enfant. Forts d'avoir expérimenté la « continuité thérapeutique », le lien maintenu dans le temps, ces enfants devenus grands gardent des liens avec leurs familles d'accueil, et bien souvent avec les équipes qui ont pris soin d'eux.

Alors qu'il existe en France de nombreuses études envisageant, dans une perspective le plus souvent sociologique, le devenir des enfants pris en charge par les différents dispositifs de PAF [Chaieb, 2013 ; Fréchon & al., 2008], on manque actuellement de travaux reposant sur une approche psychologique et psychiatrique. De tels travaux seraient pourtant mieux à même de faire explicitement référence au développement psychique et émotionnel de ces enfants, au devenir à l'âge adulte de la pathologie du lien et qui est aujourd'hui constitutive de la structuration psychique de l'individu.

Partant de ce constat, et compte tenu de l'accessibilité de l'échantillon d'adultes concernés, l'association RIAFET propose une étude originale, sous forme d'une recherche qualitative et quantitative, multicentrique, descriptive et transversale, à partir de nombreuses situations, afin d'explorer l'évolution et le devenir à l'âge adulte d'enfants ayant été pris en charge dans le cadre de services d'AFT [Fourès & al., 2006].

Le postulat de base que partagent les membres de cette association est que ce dont souffrent ces enfants est de l'ordre de la pathologie du lien. De ce fait, cette étude se propose de recueillir le récit d'anciens enfants accueillis et d'y évaluer les impacts de cette pathologie.

La consultation de la littérature dans ce domaine, tout autant que les références théoriques sur lesquelles reposent les pratiques de la plupart des AFT, a conduit à retenir une méthodologie faisant appel à une constellation de 3 outils principaux : évaluation des modes individuels de relation et de l'attachement, l'appréciation de la qualité de vie subjective, et l'étude des capacités narratives du sujet.

Ainsi cette recherche a pour spécificité de porter sur une population de jeunes adultes ayant été pris en charge en AFT afin de comprendre dans l'après-coup, les effets psychiques, comportementaux et relationnels de leurs difficultés initiales et de l'effet des soins qu'ils ont requis. Mais également d'établir des outils de cette clinique caractéristique.

Cette recherche originale pourra contribuer à l'élaboration de recherches ultérieures, notamment longitudinales, utilisant les outils élaborés. Pour finir, elle ouvrira sur des propositions ou recommandations opérationnelles pour les Accueils Familiaux et les institutions tutrices de tels dispositifs de prise en charge à dimension thérapeutique.

Présentation des coordinateurs du projet et des chercheurs :

1- Curriculum vitae des coordinateurs du projet (joints au dossier)

2- Présentation des équipes

Les sujets de l'enquête sont les personnes anciennement pris en charge dans les centres d'Accueil Familial Thérapeutique (U.A.F.T ou P.F.T) suivants :

- Unité d'Accueil Familial Thérapeutique du Secteur pédopsychiatrique 75-I-03, rattachée à l'EPS « Maison Blanche » de Neuilly-sur-Marne. L'unité crée en 1981. Elle dispose de 15 places de soin. (fiche détaillée Annexe 1).
- Unité d'Accueil Familial Thérapeutique du Secteur de psychiatrie infanto-juvénile 75-I-01 rattachée aux Hôpitaux de Saint-Maurice. L'unité a été crée en 1987. Elle dispose actuellement de 5 places de soin. (fiche détaillée Annexe 1).
- Unité d'Accueil Familial Thérapeutique du Secteur de pédopsychiatrie 91-I-05 rattachée à l'EPS « Barthélémy Durand » d'Etampes. L'unité a été crée en 1972. Elle dispose actuellement de 17 places de soin. (fiche détaillée Annexe 1).
- Unité d'Accueil Familial Thérapeutique du Secteur de pédopsychiatrie 86-I-01 du Pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Vienne, rattachée au Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers. L'unité a été crée en 1993. Elle dispose actuellement de 20 places de soin (fiche détaillée Annexe 1).

Objet de la recherche :

Cette enquête cherche donc à évaluer le développement psychique et affectif, de l'insertion sociale et le mode relationnel de jeunes adultes ayant grandi dans un accueil familial thérapeutique. Ceci afin d'avoir une appréciation clinique de leur devenir et de leur cheminement au sein de ce dispositif.

Les résultats devraient contribuer également :

- 1) à perfectionner la dimension thérapeutique que devrait avoir tout accueil familial
- 2) évaluer l'association d'outils cliniques d'évaluation
- 3) mettre en place des outils d'évaluation propre au travail de séparation, placement puis accueil
- 4) à mettre en œuvre de nouvelles études longitudinales et de validation.

Méthode:

1- Introduction:

Cette étude vise à recueillir du matériel utile pour construire des outils permettant l'évaluation des enfants placés, ou ayant été placés en accueil familial.

Contrairement à d'autres études sur le vécu ou le devenir des enfants placés (études qui utilisent le plus souvent des critères sociologiques et sociométriques ou bien des méthodes d'analyse formelle du discours), le choix ici est d'associer à cette analyse du discours le fait psychique à l'œuvre, notamment en recourant au concept de narrativité, qui introduit une dimension temporelle subjective et permet d'établir des liens avec nos références psychodynamiques et notamment la théorie de l'attachement. [Golse & al., 2005; Holmes, 2000; Pierrehumbert & al., 2008; Zigante & al., 2009].

La méthodologie proposée vise à garder une cohérence interne quant à cette référence au fonctionnement psychique tout en restant cohérente vis à vis des référentiels internationaux.

Les cliniciens de l'accueil familial (à visée) thérapeutique insistent sur la riche —mais confusionnante, et parfois épuisante- complexité des systèmes de causalité dans leur champ d'intervention [Morin, 1990]. Il est évident qu'aucune recherche ne peut prétendre complètement recueillir ni analyser l'ensemble du riche matériel clinique disponible. Il semble cependant important que les données recueillies ne soient pas uniquement quantitatives et que l'analyse et la discussion passent également par le qualitatif, notamment tel que percu par le sujet.

Enfin, il faut souligner que cette recherche se situe dans les suites de la loi de mars 2007 sur la protection de l'enfance. Cette loi posait l'exigence d'un bon développement intellectuel et affectif chez l'enfant

protégé et soulignait l'importance d'une évaluation des pratiques. Notre recherche vise pour sa part à disposer d'informations utiles pour affiner la prestation de soins, pour comprendre ce qui fonctionne et dégager ce qui peut être amélioré.

2 – Critères d'inclusion et Constitution de l'échantillon :

Il s'agit d'une étude mixte (quantitative et qualitative) portant sur un échantillon d'une quarantaine de jeunes, âgés de plus de 20 ans, ayant été admis en accueil familial thérapeutique avant, suivi dans ce même dispositif pendant au moins 10 années, et en étant sortis depuis au moins 3 ans.

Les services d'AFT participant à cette enquête (voir Annexe 1) indiqueront au secrétariat de la cellule de recherche les sujets répondant aux critères d'inclusion. Après un éventuel contact téléphonique, ces derniers seront sollicités par courrier, directement (à leur dernière adresse connue) ou indirectement (par l'intermédiaire des personnes –familles d'accueil, parents,...- ou des institutions avec lesquelles ils ont pu rester en contact). Ce courrier (voir Annexe 2) insistera sur l'objectif général de l'étude (contribution à une amélioration des pratiques) et sur le caractère anonyme/confidentiel de leur contribution/participation/réponse.

Les absences de réponses seront recueillies, de même que, si elles peuvent être connues, les raisons d'un refus éventuellement exprimé à participer à cette enquête. Pour autant, dans un tel cas de refus, il sera proposé au sujet d'être recontacté quelques temps plus tard.

La participation de chaque sujet à l'enquête fera l'objet d'une part d'une rémunération sous forme de bon d'achat (d'un montant de 70 euros), et d'autre part d'un éventuel défraiement.

Les modalités du recueil des données, de leur archivage et de leur traitement feront l'objet d'une déclaration et d'une demande d'avis au Conseil d'Evaluation Ethique pour les Recherches en Santé (CERES).

Remarques sur la participation des sujets contactés et leurs caractéristiques

Après recherche dans les archives de chaque AFT:

- 71 dossiers d'anciens patients présentent les critères d'inclusion de l'étude
- les coordonnées de 80% des patients sont d'ores et déjà connues
- concernant les autres patients les coordonnées d'une personne en contact avec eux sont connues (ancienne assistante maternelle, membre de la fratrioe,...)

Les 71 adultes sont âgés de 20 à 44 ans et ont été admis dans les différents AFT entre 1971 et 1998.

D'après des études sur les populations comparables, le taux de participation se situe entre 50 et 70%.

Par ailleurs, une fois contactés, le jeune adulte pourra éventuellement faire d'emblé part de son refus de participer. Il sera alors important de recueillir et de tenter de comprendre les diverses raisons, probablement intriquées, de ce refus.

Parmi ces raisons, des facteurs psychiques probablement majoritairement à l'œuvre, au moins de façon inconsciente. L'analyse des motifs exprimés, mis en parallèle avec les données du dossier clinique (3 B) permettront cependant d'approfondir la connaissance du devenir de cette population.

3 – Recueil des données :

3.A - Données recueillies auprès du jeune adulte (entretiens avec enregistrement audiovisuel)

Le recueil des données (prévoir au moins 3-4 heures d'entretien, éventuellement en plusieurs séquences) sera effectué par un chercheur (psychologue clinicien) indépendant des équipes d'AFT et rémunéré pendant 1 année pour cela. Ce recueil des données fera appel à 6 instruments principaux (*les 5 premiers, nécessitant la présence du sujet, seront proposés dans l'ordre ci-dessous*):

3.A1. Un début d'entretien selon une méthodologie de type « histoire de vie » [Burrick, 2010], afin d'obtenir de la façon la plus spontanée leur point de vue sur leur parcours biographique : « Comment vous portez-vous ? Que pouvez-vous me raconter de votre vie jusqu'ici ? » Puis analyser selon la *Grounded Theory* [Demazière, Dubar, 1997].

3.A2. Puis un entretien qualitatif, semi-structuré, qui étudiera particulièrement les points suivants (ordre à adapter à chaque situation) :

1) Avant l'AFT:

- Quelles sont, d'après vous, les raisons à l'origine de la séparation d'avec vos parents ?
- Avez-vous les souvenirs de la pouponnière/foyer/1^{er} accueil ? Que vous en a-t-on dit ? Comment avez-vous vécu le départ de ce lieu ?

2) Pendant l'AFT:

- Quels souvenirs avez-vous de l'AFT?
- Quels souvenirs gardez-vous de votre suivi par le service d'AFT ? En quoi consistait selon vous ce suivi ? Que pensez-vous, plusieurs années après votre sortie ?
- Selon vous comment se passaient vos rencontres avec vos parents? Quels souvenirs en gardezvous; pouvez-vous m'en raconter un?
- Quels souvenirs gardez-vous de votre vie dans votre famille d'accueil ? Pouvez-vous me parler de moments particuliers que vous y avez vécus ?
- Comment s'est passée la sortie de l'AFT ?

3) Après l'AFT:

- Quelle est la relation que vous avez aujourd'hui avec vos parents ? Comment a, à votre avis, évolué cette relation ? Qu'en pensez-vous ?
- Quels sont aujourd'hui vos liens avec votre famille d'accueil ?
- Indépendamment de cette enquête, auriez-vous eu envie spontanément de revenir vers l'équipe de l'AFT ? À quel moment ?
- Finalement, et plus globalement, comment avez-vous vécu votre placement en famille d'accueil et votre suivi ? Qu'est-ce qui a été important pour vous ?

3.A3. Evaluation du fonctionnement psychique actuel

- Mini International Neuropsychiatric Interview, Version 6.0 (M.I.N.I. 6.0) [Sheehan & al, 1998] : interview diagnostic structuré développé en référence à la CIM-10, passation en 15'
 - 3.A4. Qualité de vie subjective et évaluation sommaire du fonctionnement social
- RFS (Echelle de qualité de vie et de retentissement fonctionnel et socio-affectif) [Martin, 1995]: Autoquestionnaire de 37 items, couvrant 6 dimensions principales, de passation en 10'

3.A5. Evaluation de l'attachement chez l'adulte :

- CaMir : auto-questionnaire en format « Q-sort », à l'aide d'un tirage de carte [Pierrehumbert, 1996], passation en 15'
 - 3.46. Evaluation des représentations en matière d'attachement en tant qu'adulte :
- Utilisation de l'Edicode : Analyse à partir de l'aspect formel du discours (cohérence, véracité, attribution d'une subjectivité chez soi et chez l'autre...) pendant l'entretien (3A1 et 3A2), à partir d'une échelle en 21 items, remplies soit par l'examinateur après l'entretien, soit par un codeur à partir de l'enregistrement audiovisuel [Pierrehumbert, 1999].

Remarques sur ce recueil de données auprès des jeunes adultes

Prudence, vulnérabilité, éthique ...

Les jeunes majeurs sur lesquels va porter l'étude se voient interrogés non pas sur un sujet intercurrent de leur existence mais au sujet de leur vie, au cheminement d'évidence complexe et douloureux. L'information, le consentement des participants, mais aussi la prudence et la délicatesse s'imposent afin de leur permettre de comprendre l'intérêt d'une telle étude pour améliorer la prise en charge actuelle et à venir des enfants placés tout en veillant à ne pas provoquer de déstabilisation psychique aux conséquences incertaines.

Il est par ailleurs possible que ces entretiens, du fait qu'ils donnent la parole au sujet et favorisent une fonction réflexive, soient à l'origine d'une remise au travail de son psychisme, ce qui peut être à

l'origine de remaniements positifs. Une suite à ces entretiens peut également être proposée à ces jeunes comme un groupe de parole dont les modalités restent à définir.

3.B - Données recueillies dans les dossiers répondant aux critères d'inclusion, y compris ceux des sujets qui ne souhaiteront pas de répondre ou seront absents.

3.B1. Données biographiques et administratives

Date de naissance, sexe de l'enfant

Date et modalités des processus de soin préalablement à l'accueil

Nature et date d'une mesure de séparation (judiciaire ou administrative), modalités d'application (accueil en milieu collectif ou familial ; coordonnées)

Date d'entrée à l'AFT

Date de sortie définitive de l'AFT

Diagnostic principal et associé retenus à l'admission

Antécédents familiaux et parentaux, notamment psychopathologiques (indiquer la valeur informative des dossiers)

Modalités de fin de prise en charge (Départ Préparé / Départ négocié / Rupture)

Destination à la sortie de l'AFT.

Si majeur au moment de la sortie, existence d'un contrat jeune majeur

Dernière classe fréquentée et/ou dernier diplôme obtenu

3.B2. Modalités du dispositif de soins en AFT

Nombre de familles d'accueil (FA) dans l'AFT et durée de leurs accueils. Pour quelles raisons plusieurs FA? Présence durable d'un autre enfant accueilli dans la FA;

Présence d'un (ou plusieurs) référent(s) impliqué dans l'accompagnement de l'enfant

Consultations régulières; avec qui ? A quelle fréquence en moyenne ? ;

Autres prises en charge thérapeutiques et rééducatives régulières : préciser nature et lieu

La nature (modalité, fréquence...) des rencontres avec les parents. A-t-elle été prescrite par le dispositif d'AFT ou imposée par un intervenant extérieur ?

4 – Traitement des données :

Le modèle d'analyse privilégié sera le Modèle Linéaire Général (GLM) incluant systématiquement le diagnostic obtenu par le MINI (3.A3). Les données recueillies en 3.A4 seront comparées au score seuil et au sein des sous-groupes formés par le diagnostic. Une analyse factorielle exploratoire viendra compléter l'approche GLM, complétée elle-même par une méthode de classification. Les données textuelles (3.A1 et 3.A2) seront d'une part analysées selon la grille EDICODE (décrite en 3.A6) et d'autre part selon une analyse de contenu. Pour les données 3.A1, il s'agira de relever la fréquence des mots afin de déterminer si certains champs sémantiques prédominent de manière commune dans le discours des sujets et si des spécificités apparaissent qu'on tentera alors d'expliquer au regard des autres informations recueillies par ailleurs. Ce traitement se fera selon Grounded Theory et permettra d'y déecter des schèmes personnels puis communs. Pour les données 3.A2, un recodage des réponses aux questions sera effectué a posteriori afin de dégager des profils type de répondants. Concernant les données 3.A5 permettra d'établir 3 groupes : Sécure, Détaché et Préoccupé.

5 – Exploitation des résultats :

Outre les travaux universitaires auxquels elle donnera lieu, cette recherche fera l'objet d'une publication sous forme de livre. Par ailleurs, les principaux résultats seront présentés (communications orales, posters...) lors de manifestations scientifiques spécifiques de tel ou tel aspect étudié. Enfin, les conclusions de l'étude et leurs implications pour la pratique du placement en accueil familial seront mises à la disposition des services départementaux de l'Aide Sociale à l'Enfance sous forme d'un rapport publié par l'ONED.

Bibliographie

Outils utilisés:

- BURRICK D., Une épistémologie du récit de vie, *Recherches Qualitatives*; 2010, HS n°8 (Recherches qualitatives et temporalités): 7-36.
- DEMAZIERE D., DUBAR C., Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion, Nathan, 1997.
- MARTIN P. Qualité de vie. In JL Senon, D Sechter et D Richard : *Thérapeutique Psychiatrique, Science et Pratique médicales*, Hermann Ed., 1995 : 1029-1045.
- PIERREHUMBERT B., DIECKMANN S., MILJKOWITCH de HEREDIA R., BADER M., HALFON O., Une procédure d'analyse des entretiens semi-structurés inspirée du paradigme de l'attachement, *Devenir*; 1999, 11 (1): 97-126
- PIERREHUMBERT B., KARMANOLIA, et al., CaMir, Psychiatrie de l'enfant; 1996, 1: 161-206.
- PIERREHUMBERT B., IBANEZ M., Forme et contenu de la production narrative de l'enfant : un apport à la recherche clinique, *Enfance* ; 2008, 60 (1) : 83-92.
- SHEEHAN D.V., LECRUBIER Y & al, The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin PSychiatry*; 1998, 59 (S20): 22-33.

Etudes en lien:

- BERGER M., Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale, *in* Evaluation(s) des maltraitances, livre collectif, Ed. Fleurus, Paris, 2002 : 95-141.
- BYRNE J.G., O'CONNOR T.G., MARVIN R.S., WHELAN W.F., Practicioner Review: The contribution of attachment theory to child custody assessment, *J. Child Psychology and Psychiatry*; 2005, 46 (2): 115-127.
- CHAIEB S., Revue de littérature : Les recherches francophones sur les parcours de placement, la transition à l'âge adulte et le devenir des enfants placés ; Rapport O.N.E.D. ; 2013, 45p.
- CLYMAN R., HARDEN B.J., LITTLE C., Assessment, Intervention and Research with Infants in Out-of-Home Placement, *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 2002: 435-453.
- COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION AND DEPENDANT CARE (American Academy of Pediatrics). Developmental issues for young children in foster care. *Pediatrics*; 2000, 106:1145-1150.
- COPPEL M., DUMARET A.-C., COURAUD S., Adult Outcome of Children reared for Long-term Periods in Foster Families, *Child Abuse & Neglect*, Vol 21, No10, 1997: 911-927.
- DOZIER M., STOVALL K.C., ALBUS K.E. & BATES B. Attachment for infants in foster care: The role of the caregiver state of mind. *Child Development*; 2001, 72 (5): 1467-1477.
- DUMARET A.-C., COPPEL-BATSCH M., Evolution à l'âge adulte d'enfants placés en famille d'accueil, *La Psychiatrie de l'Enfant*, Vol.XXXIX, 2/1996 : 613-671.
- DUMARET A.-C., COPPEL-BATCH M., COURAUD S., Adult Outcome of Children Reared for Long-term Periods in Foster Families, *Child Abuse & Neglect*; 1997, 21 (10): 911-927.
- DUMARET A.-C., Que sont-ils devenus ? Vivre entre deux familles, ou l'insertion à l'âge adulte d'anciens enfants placés, *Dialogue* ; 2001, 152 : 63-72.
- DUMARET A.-C., GUERRY E., CROST M., Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* ; 2011, 59 : 289-298.
- EUILLET S. & Coll., Les représentations d'attachement des enfants accueillis et des enfants adoptés, *Enfance* ; 2008, 60 (1) : 63-70.
- FISHER P.A., BURRASTON B. & PEARS K. The Early Intervention Foster Care program: permanent placement outcomes from a randomized trial. Child Maltreatment; 2005, 10 (1): 61-71.
- FRECHON I. et DUMARET A.-C., Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*; 56, 3, 2008 : 135-147.
- GIBELLO B., Troubles de la pensée chez les enfants placés ou ayant affaire aux services sociaux (ASE, sauvegarde, etc.), *Perspectives Psy* 46 N°1, 2007 : 18-24.
- GUEST Y., Reflections on Resilience: A Psychosocial Exploration of the Life Long Impact of Having Been in Care During Childhood, *Journal of Social Work Practice*; 2012, 26 (1): 109-124.

- JAMES S., MEEZAN W., Refining the Evaluation of Treatment Foster Care, Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 2002: 233-244.
- KAYSER C., JAUNAY E., GIANNITELLI M., DENIAU E., BRUNELLE J., BONNOT O., CONSOLI A., GUILE J-M. & COHEN D. Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol.59:n°7 (2011) 393-403.
- KESSLER R.C., PECORA P.J., WILLIAMS J. & al. Effects of enhanced foster care on the long-term physical and mental health of foster care alumni. *Archives of General Psychiatry*; 2008, 63 (6): 625-633.
- McDONALD G & TURNER W. Treatment Foster Care for improving outcomes in children and young people. *Cochrane Database of Sytematic Reviews*; 2008, Issue 1. Art. N°: CD005649.
- McCUE HORWITZ S., OWENS P., SIMMS M.D., Specialised Assessments for Children in Foster Care, *Pediatrics*, 106, 2000 : 59-66.
- McCUE HORWITZ S., BALESTRACCI K.M.B. & SIMMS M.D. Foster care placement improve children's functioning. *Arch Pediatr Adolec Med*; 2001, 155 (11): 1255-1260.
- MINTY B., Annotation: Outcomes in long-term foster family care, *J Child Psychol Psychiatr*; 1999, 40 (7): 991-999.
- MOUHOT F., Le devenir des enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance, Devenir; 2001, 1:31-66.
- MOUHOT F. Séparations parents/enfant : Impact de l'âge des enfants sur leur évolution. *Psychiatrie de l'enfant* ; 2003, XLVI (2) : 609-630.
- NEMEROFF C.B. Fostering Foster Care outcomes; Quality of intervention matters in overcoming early adversity. *Archives of General Psychiatry*; 2008, 65 (6): 623-624.
- NOWACKI K. & SCHOELMERICH A., Growing up in foster families or institutions: Attachment representation and psychological adjustment of young adults, *Attachment & Human development*; 2010, 12 (6): 551-566.
- REDDY L.A., PFEIFFER S.I., Effectiveness of Treatment Foster Care with Children and Adolescents: A Review of Outcome Studies, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*; 1997, 36(5): 581-588.
- SCHOFIELD G. The significance of a secure base: a psychosocial model of long-term foster care. *Child & Family Social Work*; 2002, 7 (4): 259-272.
- SLADE A., The Move from Categories to Process: Attachement Phenomena and Clinical Evaluation, *Infant Mental Health Journal*; 2004, 25 (4): 269-283.
- SROUFE L.A., Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood., *J Attachment & Human Development*, December 2005; 7(4): 349-367.
- ZEANAH Ch.H & Coll., Practicioner review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and yound children, *Journal od Child Psychology and Psychiatry*; 2011, 52 (8): 819-833.
- ZIGANTE F., BORGHINI A., GOLSE B., Narrativité des enfants en psychothérapie analytique: évaluation du changement, *Psychiatrie de l'enfant*; 2009, LII (1): 5-43.

Références théoriques :

- ASSOCIATION NATIONALE DES PLACEMENTS FAMILIAUX (A.N.P.F., Paris). Evaluations en placement familial; Démarches normatives? Valorisation des pratiques? (Journées d'Etude 2004, Rennes). L'Harmattan (Paris); 2005, 144 p.
- BONNEVILLE E., Perspectives thérapeutiques avec les enfants violents victimes de traumatismes relationnels précoces, *Psychologie clinique*, 2012/1, p.138-154.
- DAVID M., Le placement familial; De la pratique à la théorie, Paris, Dunod, coll. « Enfances », 2004, 5 éd., 471p.
- FOURÈS C., NOUVEL J-L., PAVELKA M., RICHARD P. & ROTTMAN H. Evaluation of therapeutic foster care for infant at-risk: which milestones? Poster # 311, WAIMH 10th World Congress (Paris, France July 8-12); 2006.
- GAUTHIER Y., FORTIN G., JELIU G., Applications cliniques de la théorie de l'attachement pour les enfants en famille d'accueil : importance de la continuité, *in* Devenir ; 2004 ; 16 (2) : 109-139.
- GOLSE B., Transmission, identité et ontogénèse psychique du bébé. Une histoire à double sens, *Revue française de psychanalyse*; 2014/2 Vol. 78 : 363-376.
- GOLSE B. & MISSONIER S., Récit, attachement et psychanalyse; Pour une clinique de la narrativité, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2005, 215p.

- HOLMES J., Narrative in Psychiatry and Psychotherapy: the Evidence?, J. Med. Ethics: Medical Humanities, 26, 2000: 92-96.
- HOUZEL D. (dir.), Les enjeux de la parentalité, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1999, 200p.
- MERLIN V. L'accueil d'un enfant dans le cadre d'une mesure de placement : réaménagements au sein de la famille d'accueil. Thèse.
- MORIN E. Introduction à la pensée complexe. ESF (Issy-les-Moulineaux) ; 1990, 158p.
- OUI A., Les chiffres de l'accueil familial permanent, in Rottma n H; & Richard P., Se construire *quand même, l'accueil familial : un soin psychique*, PUF, Paris, 2009 : 331-335.
- PAVELKA M. & LUCIANO M., Les spécificités du soin en Accueil familial thérapeutique, Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2009, 57/5 : 412-418.
- RICHARD P., La question d'évaluation en accueil familial; in Hana ROTTMAN & Pascal RICHARD, Se construire quand même, L'accueil familial: un soin psychique, PUF, Paris, 2009c: 363-387.
- ROTTMAN H., RICHARD P., "Se construire quand même, L'accueil familial : un soin psychique", PUF, Paris, 2009 : 293-309.