



## **Analyse quantitative et qualitative du devenir d'adultes placés lors de leur enfance puis admis en accueil familial thérapeutique**

A. Novo, P. Richard, M. Pavelka, C. Fourès, J. Eutrope, O. Rosenblum, F. Zigante,  
Bernard Golse

### **► To cite this version:**

A. Novo, P. Richard, M. Pavelka, C. Fourès, J. Eutrope, et al.. Analyse quantitative et qualitative du devenir d'adultes placés lors de leur enfance puis admis en accueil familial thérapeutique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2019, 67, pp.319 - 327. <10.1016/j.neurenf.2019.05.004>. <hal-03488657>

**HAL Id: hal-03488657**

**<https://hal.science/hal-03488657v1>**

Submitted on 20 Jul 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Analyse quantitative et qualitative du devenir d'adultes placés lors de leur enfance puis admis en accueil familial thérapeutique.

Adult outcome of children after long-term placement in 4 Therapeutic Foster Care Units:  
Quantitative analysis / Qualitative analysis of subjects' discourse

Alexandre Novo<sup>1,2,3</sup> (alexandrenovo86@gmail.com, CHU Robert Debré, Rue du Général Koenig 51100 REIMS, 0326787224)

Pascal Richard<sup>4</sup>

Martin Pavelka<sup>5</sup>

Cathy Fourès<sup>6</sup>

Julien Eutrope<sup>1</sup>

Ouriel Rosenblum<sup>2,7</sup>

Franck Zigante<sup>8</sup>

Bernard Golse<sup>2,9</sup>

<sup>1</sup>Pédopsychiatre, service de psychothérapie de l'enfant et l'adolescent, CHU Robert Debré de Reims.

<sup>2</sup>Université Reims Champagne Ardenne.

<sup>3</sup>Ph.D student, Doctorant, CRPMS, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris cité.

<sup>4</sup>Pédopsychiatre, Praticien hospitalier, responsable de l'AFT secteur 75-i-03, EPS Maison Blanche à Paris, membre du RIAFET, de la SFPEADA, de la WAIMH, de l'ACAMH et de l'ISPCAN.

<sup>5</sup>Pédopsychiatre, Praticien hospitalier, responsable de l'AFT du secteur 91-i-05, EPS Barthélémy Durand à Etampes, membre du RIAFET, de l'API et de la WAIMH-fr, intervenant à l'ASE.

<sup>6</sup>Pédopsychiatre, Praticien hospitalier secteur 75-i-03, EPS Maison Blanche à Paris. Médecin directeur de l'EMP École de Chaillot, Paris, membre du RIAFET et de la WAIMH-fr.

<sup>7</sup>Psychiatre, service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Université Pierre et Marie curie. Psychanalyste, Professeur à l'UFR Études psychanalytiques, CRPMS, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris cité.

<sup>8</sup>Psychiatre, pédopsychiatre, PhD, médecin directeur du CMPP Eiffel, Paris.

<sup>9</sup>Pédopsychiatre, Psychanalyste, chef du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-enfants malades ; Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Paris Descartes, Sorbonne Paris cité. hôpital Necker-enfants Malades (Paris) / université Paris Descartes (Paris 5) / Inserm, u669, Paris, France / uMr-s0669, Paris, France / LPcP, ea 4056, université Paris Descartes / CRPMS, EA 3522, Université Paris Diderot.

Analyse quantitative et qualitative du devenir d'adultes placés lors de leur enfance puis admis en accueil familial thérapeutique.

## RESUME

**But de l'étude :** Évaluer le devenir, à l'âge adulte, d'enfants séparés de leur famille puis admis dans 4 Unités d'Accueil Familial Thérapeutique (UAFT) de secteurs pédopsychiatriques.

**Populations et méthode :** 33 participants ont été inclus. Ils étaient âgés de 29 ans ( $\pm 3,25$ ) et avaient été séparés de leurs parents à 22 mois ( $\pm 13,25$ ), admis en UAFT à 30 mois ( $\pm 17,25$ ) durant 13 ans ( $\pm 2,10$ ).

L'évaluation quantitative utilise les outils suivants : Mini International Neuropsychiatric Interview, Retentissement Fonctionnel et Socio-affectif, CaMir (attachement) et Edicode (narrativité). La partie qualitative utilise la Théorie Ancrée (TA).

**Résultats :** Dans notre population, la narrativité, les représentations d'attachement (58% avec un attachement *secure*) ainsi que le retentissement social et socio-affectif (hormis le fonctionnement sexuel) sont comparables aux résultats dans la population générale. De plus, les participants qui ont été séparés de leur famille avant 25 mois et accueillis avant 33 mois montrent tous un attachement *secure* et un meilleur devenir que les autres.

L'analyse selon la TA souligne l'importance de prévoir un *entretien bilan* quelques années après le placement.

**Conclusion :** Les anciens enfants accueillis en UAFT ont un devenir qui se rapproche de celui des adultes de la population générale.

Un entretien bilan permettrait à tous les enfants placés durant de longues années de décrire l'évolution de leur vie et, si besoin, d'exprimer leurs difficultés passées et actuelles.

Il est également important de poursuivre l'évaluation des dispositifs d'accueil des enfants et freiner la diminution des places en UAFT depuis plusieurs années en France.

**MOTS CLES :** Accueil Familial Thérapeutique, Devenir, Attachement, Narrativité, Théorie Ancrée, Aide Sociale à l'Enfance

Adult outcome of children after long-term placement in 4 Therapeutic Foster Care Units:  
Quantitative analysis / Qualitative analysis of subjects' discourse.

## RESUME

**Objective:** this mixed research estimates the adult outcome of children who had been separated from their families and thereafter cared for in 4 French Therapeutic Foster Care Units (TFCU), parts of public child psychiatry services.

**Methods:** 33 participants were included. They were 29 years old ( $\pm 3.25$ ) and had been separated from their parents at 22 months ( $\pm 13.25$ ), admitted to the TFCU at 30 months ( $\pm 17.25$ ) for 13 years ( $\pm 2.10$ ).

Quantitative evaluation uses the following tools: Mini International Neuropsychiatric Interview, Functional and Socio-affective Impact, CaMir (attachment) and Edicode (narrativity). The qualitative part uses rounded Theory (TA).

**Results:** In our population, the data obtained from the analysis of narrativity, attachment representations (58% with *secure* attachment) and social and socio-emotional impact (but not sexual functioning) are comparable to the results in the general population, unlike what is usually found in researches on the outcome of children placed in traditional (i.e. social), foster care. In addition, among the participants, those who were separated from their families before 25 months of age and thereafter cared for in TFCU before 33 months all show *secure* attachment and a better overall future than others of our population.

The analysis according to the TA underlines the importance of planning interview a few years after the end of the placement.

**Conclusion, perspective:** Grown up children formerly placed and cared for in TFCU have a life course similar to that of adults in the general population.

An interview planned a few years after discharge would allow all young adults who have been in care for many years to describe the evolution of their lives and, if necessary, ~~to~~ express their past and current difficulties.

It is also important to continue the evaluation of childcare facilities and to slow down the decline of TFCU's places these last 15 years in France.

**MeSH TERMS:** Therapeutic Foster Care, Outcome, Attachment, Narrativity, Grounded Theory, Long-Term Stability

## **Introduction**

De nombreuses études s'intéressant au devenir des enfants placés décrivent une santé mentale et physique plus mauvaise dans cette population que dans la population générale. Plusieurs recherches retrouvent également des retards de développement, ainsi que des mésusages de substances toxiques à l'âge adulte et également dès l'adolescence [1,2].

La stabilité du lieu d'accueil après le placement est souvent décrite comme « *un ingrédient essentiel* » pour améliorer l'impact de l'environnement précoce carenciel et/ou maltraitant sur le devenir de ces enfants [3,4]. Reddy et Pfeiffer ont ainsi démontré à partir d'une méta-analyse de 40 études réalisées entre 1974 et 1996, que la stabilité et la durée d'un accueil étaient les éléments les plus influents du devenir des enfants [5]. Toutefois les auteurs précisent également l'importance de poursuivre la mise en place d'études dites « *de qualité* » afin d'évaluer le développement et ainsi mieux préciser les facteurs prédictifs.

La littérature au sujet des anciens enfants placés et de leur devenir décrit donc un avenir péjoratif pour cette population. Or il est constaté, ces dernières années une augmentation du nombre des enfants séparés de leur milieu d'origine : +17% entre 2002 et 2015 [6].

Mais, alors que les cliniciens ont bien repéré les éléments de pronostic favorable pour l'accueil des enfants séparés puis placés (âge lors de la séparation, stabilité et durée de l'accueil...) et que la population de mineurs placés s'accroît actuellement, il existe peu de données issues de recherches « *de qualité* » sur leur devenir en France et dans le monde [7,8].

En France, il existe ainsi peu d'études sur la protection de l'enfance et l'évolution en fonction des dispositifs d'accueil ; il en existe encore moins sur les Accueils Familiaux Thérapeutiques (AFT), qui sont pourtant des structures visant à assurer une continuité et une stabilité de l'accueil des enfants, en prenant appui notamment sur les travaux de Soulé [9] David [10] et Rottman [11].

## Définition des AFT qui ont participé à de cette recherche

Les AFT sont des structures sanitaires dont peuvent se doter les secteurs de pédopsychiatrie. Ils apparaissent en France dans les années 60 et leurs objectifs, leur organisation et leurs moyens sont régis par différents textes réglementaires. En 2012, ils représentaient moins de 800 places de soin à temps complet en *alternative à l'hospitalisation*, c'est-à-dire une *hospitalisation* au sein d'une famille d'accueil (FA) (en comparaison aux 2163 lits en *hospitalisation temps plein* la même année) [12]

Les enfants y sont admis, sur indication médicale, pour des soins préventifs et curatifs de pathologies psychiques et relationnelles en lien avec des troubles des interactions précoces. Car, malgré les actions préventives d'accompagnement et de guidance, le caractère inaménageable du *lien parents-enfant* empêche de satisfaire les besoins fondamentaux de l'enfant.

Ce lien *inaménageable* est le plus souvent en rapport avec une dysparentalité grave qui peut, par ailleurs, nécessiter une mesure de protection de l'enfant. Plus rarement, les troubles sont dus à une déficience neurodéveloppementale de l'enfant, responsable d'incapacités psychiques précoces venant entraver les compétences parentales.

Dans tous les cas, cette indication s'appuie sur une évaluation pluridisciplinaire (protection maternelle et infantile, services sociaux, pédopsychiatrie, éducation nationale, justice) du contexte familial qui conclue à l'intérêt thérapeutique :

- 1) d'une séparation physique entre l'enfant et ses parents ;
- 2) d'un accueil de l'enfant dans un environnement familial de suppléance ;
- 3) d'un soin porté au lien, reconnu pathologique, entre l'enfant et ses parents.

Le dispositif matériel et humain des AFT est composé de FA et d'une équipe pluriprofessionnelle (pédopsychiatre, infirmier, éducateur, psychologue, assistant social, secrétaire) disposant de moyens spécifiques à leurs missions. Son organisation permet à chaque enfant, tant qu'il en a besoin, de grandir au sein d'une même FA, d'être accompagné

et soutenu par des soignants référents s'occupant chacun d'un nombre limité d'enfants, et de bénéficier d'une équipe dont la structure, l'organisation et le fonctionnement s'appuient sur les principes de la psychothérapie institutionnelle.

La taille modeste des dispositifs d'AFT, la limitation à deux du nombre d'enfants par FA, le ratio soignants/patients adapté aux nécessités thérapeutiques, ont permis aux praticiens impliqués de dégager une clinique fondée sur la connaissance de l'histoire de l'enfant, sur l'accès aux particularités de la vie quotidienne ainsi que sur la mise en commun et l'élaboration au long cours de la dynamique des situations.

L'enfant est confié à une assistante familiale afin d'être accueilli dans un environnement familial de suppléance. L'un des aspects du soin psychique dont l'enfant doit bénéficier repose en effet sur les liens stables et fiables qu'il lui est permis de tisser, dans un quotidien enfin sécurisant, avec l'ensemble des membres de la FA.

La cohérence et la prévisibilité de ces nouvelles interactions entre l'enfant et la FA vont peu à peu permettre que soient autorisées et accueillies les manifestations affectives et comportementales de la psychopathologie relationnelle de l'enfant. Ces manifestations témoignent de la réactualisation de son histoire traumatique.

Seul l'accompagnement de la FA par une équipe spécialisée, engagée à ses côtés dans une relation de confiance réciproque, peut permettre d'empêcher, tout au long de l'accueil de l'enfant, que ces manifestations ne viennent briser la continuité de l'accueil et des nouveaux liens, dans un mouvement de répétition de la carence, de la maltraitance et de l'abandon. Il devient alors possible de proposer ensemble à l'enfant de s'aventurer dans une dynamique de désorganisation puis de réorganisation de ses ressentis, de son histoire, et donc de s'engager dans un travail de transformation de ses représentations et de ses mécanismes de défense.

Parallèlement, l'équipe spécialisée s'engage dans un intensif travail de soin porté au lien existant entre l'enfant et ses parents. Ce lien comporte une dimension pathologique dont il

s'agit de permettre à l'enfant de se déprendre tandis qu'il garde ses repères affiliatifs et identitaires. Ce soin porté à ce lien s'accompagne également d'une compréhension progressive des difficultés de son parent.

Parmi les aspects de ce travail, on peut citer les entretiens réguliers avec les parents afin de soutenir leur parentalité dans la situation de séparation ; la médiatisation des rencontres par des soignants investis dans l'histoire de l'enfant ; l'accompagnement de l'enfant par son référent autour de ces rencontres ; le soutien apporté à la réélaboration par l'enfant, même en l'absence du parent réel, de ses imagos parentaux...

Dans sa FA comme auprès de ses parents, et dans d'autres espaces de sa vie, l'enfant est accompagné par son référent, soignant engagé au long cours à ses côtés et qui tient à sa disposition son appareil psychique (cognitif et affectif), sa connaissance de son histoire, sa mémoire des expériences vécues ensemble. L'utilisation de cette *fonction de référence* à des fins thérapeutiques est un élément crucial de l'AFT.

Tous ces aspects du soin en AFT ne peuvent prendre sens sans la *fonction institutionnelle* de contenant et de soutien à la pensée (malgré les attaques du lien et les clivages à l'œuvre) dévolue au dispositif dans son ensemble, notamment au travers de synthèses, formations, d'analyses des pratiques... L'AFT est un dispositif inscrit dans l'équipement du secteur pédopsychiatrique et articulé avec le champ de la protection de l'enfance (juges des enfants, Aide Sociale à l'Enfance (ASE)...) dont il se différencie ; il dispose également d'un réseau de partenaires dans les domaines sanitaire, médico-social et scolaire.

Ainsi, créées depuis quelques décennies, les Unités d'AFT ont développé une pratique clinique visant notamment l'un des objectifs que recommande le Dr Martin-Blachais dans son Rapport sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, remis en mars 2017 : : « *Anticiper, préparer et accompagner toute mesure de séparation et de suppléance*



*envisagée pour éviter la confrontation à la violence d'une rupture brutale de son lieu de vie et de son environnement. »*

L'objectif de notre étude est donc d'évaluer pour la première fois, par l'analyse de leur discours, de leur qualité de vie, de leurs modalités et représentation d'attachement, et de leur narrativité, le fonctionnement d'adultes ayant été accueillis en AFT lors de leur enfance, puis de comparer les résultats obtenus à ceux retrouvés dans la population générale.

### **Populations et méthodes** [13]

Depuis leur date de création respective<sup>1</sup>, les 4 AFT qui ont participé à cette étude ont au total hospitalisé 80 patients, parmi lesquels nous avons recherché ceux qui présentaient les critères d'inclusions suivants au moment de l'étude : Être âgé de plus de 20 ans ; Avoir été accueilli en AFT au moins 8 ans ; Être sorti de l'AFT depuis au moins 3 ans.

Cette recherche exhaustive dans les archives des quatre secrétariats a abouti à la sélection de 58 dossiers compatibles avec les critères d'inclusion.

A partir des coordonnées retrouvées (adresse postale, numéro de téléphone, courriel, compte Facebook®), 43 personnes ont été informées de l'étude ; 38 personnes ont répondu et 33 personnes ont accepté de participer à l'étude, qui s'est déroulée entre mai 2015 et octobre 2016. **(Figure 1)**

### ***Entretien avec les participants***

Un chercheur psychiatre a mené les entretiens avec les 33 participants. Il n'était pas informé des éléments d'anamnèse des sujets ; seuls la date de naissance, le sexe, la date d'admission et celle de la fin de l'accompagnement par l'AFT lui ont été communiqués.

---

<sup>1</sup> Date de création des 4 AFT : 1987 pour le secteur 75i01 ; 1986 pour le 75i03 ; 1972 pour le 91i05 ; 1992 pour le 86i01.

Chaque entretien débutait de la même façon : « *Comment allez-vous ? Que pouvez-vous me raconter de votre vie jusqu'ici ?* » Puis un questionnaire semi-structuré (**Tableau 1**) était proposé, permettant d'aborder les souvenirs qu'ils gardaient de leur vie pendant leur prise en charge par l'AFT et d'interroger comment ils avaient vécu la séparation d'avec leurs parents, ainsi que leurs liens avec la FA et le reste de l'environnement social.

Après ce questionnaire, une pause était proposée, puis 3 autres questionnaires étaient proposés lors d'une deuxième partie.

### ***Données socio-démographiques***

Durant les entretiens, les données suivantes ont été récoltées auprès de tous les participants : Dernier diplôme obtenu ; Etat civil actuel : célibataire ou en couple ; Nombres d'enfants, si plusieurs, issus de combien d'unions ; Relations actuelles avec la FA et la famille d'origine.

### ***Outils d'évaluation***

1) Le questionnaire de Retentissement Fonctionnel et Socio-affectif (RFS) [14] est un auto-questionnaire utilisable dans tous les contextes, pathologiques ou non. Les 37 items abordent 6 dimensions : fonctionnelle, émotionnelle, sociale, sexuelle, handicap et bien-être/état de santé. Ce questionnaire a été étalonné auprès de la population générale et ses résultats sont exprimés en termes de niveau (normal, léger, moyen ou sévère) d'altération de la qualité de vie.

2) Le CaMir [15] est un auto-questionnaire en format Q-sort. Il permet d'évaluer les représentations d'attachement chez l'adulte. Des groupes *secure*, *détaché* et *préoccupé* sont dérivés de la répartition des réponses à 72 propositions. Dans notre étude les groupes *détaché* et *préoccupé* sont agrégés au sein d'un même groupe *non secure*.

3) Le questionnaire *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) dans sa version 5.0 « vie entière » [16] est un hétéro-questionnaire diagnostique structuré. Cette évaluation du fonctionnement psychique actuel recherche la présence ou non de troubles psychiatriques.

4) L'Edicode [17] évalue la narrativité du discours de la personne interrogée. A partir de l'aspect formel du discours, il en analyse la cohérence, la fluidité, l'adéquation, la réflexivité (l'attribution d'une subjectivité chez soi et chez l'autre) et l'authenticité. Cette analyse se fait par le codage de 21 items à partir d'un enregistrement vidéo ou audio. L'analyse est faite par deux codeurs, puis les résultats sont confrontés.

5) La théorie ancrée/théorisation ancrée (TA), ou *grounded theory* [18,19] est une approche qualitative qui permet de faire émerger des thèmes ou des catégories, à partir de l'analyse en plusieurs étapes de plusieurs retranscriptions. Dans notre étude, cette analyse a été réalisée par un groupe de personnes venant de champs scientifiques et professionnels différents (sociologue, médecin, psychanalyste, systémicien, philosophe, journaliste...). Cette diversité de points de vue sur la même retranscription a pour conséquence de tendre à *négativer* les projections et donc de modérer les catégories théoriques de chacun. Cette méthodologie est construite pour permettre une généralisation des résultats.

### ***Analyses qualitatives et statistiques des données***

L'enregistrement de l'entretien était analysé selon deux méthodes : l'Edicode puis, après une retranscription, la TA. Les données recueillies au RFS, CaMir, MINI et Edicode ont été analysé avec le logiciel *Statistica medicalc*®. Une première analyse univariée a été faite afin de décrire les caractéristiques de notre échantillon.

### ***Ethique***

Cette recherche a été approuvée le 10 mars 2015 par le conseil d'Évaluation Ethique pour les Recherches en Santé (CERES) sous le n°2015/10.

### **Résultats**

***Participants*** : Le diagramme de flux de l'étude (**Figure 1**) montre que, parmi les 43 personnes qui ont pu être contactées durant les 18 mois d'inclusion, 38 ont répondu (taux de réponse de 88%) et 33 ont accepté de participer (taux de participation de 78%).

L'analyse des caractéristiques démographiques recueillies dans les dossiers des participants (**Tableau 2**) ou lors des entretiens (et comparées à celles de la population générale du même âge ; **Tableau 3**) montre qu'il n'existe pas de différence entre la population étudiée (i.e. les 33 participants) et celle des non-participants.

**Représentations d'attachement – CaMir** : la figure 2 montre la répartition, selon la méthodologie CaMir, des catégories d'attachement au sein de la population étudiée. Comme noté plus haut, nous avons décidé de regrouper les catégories *ambivalent* et *évitant* au sein d'un même groupe *non secure*. (**Figure 2**)

**Qualité de vie – RFS** : aucune altération sur la qualité de vie n'a été retrouvée au sein de la population étudiée dans 5 des 6 dimensions évaluées dans le questionnaire RFS. Seule la dimension sexuelle est altérée. Elle est comprise entre 60 et 80 (63 en moyenne pour l'ensemble de la population étudiée), soit un *niveau d'altération léger*. La figure 3 montre également que, dans les dimensions fonctionnelle et sociale, la qualité de vie est plus altérée dans le groupe *non secure* que dans le groupe *secure*. (**Figure 3**)

**Narrativité – Edicode** : la figure 4 ne montre pas de différence, dans les 5 dimensions évaluées par l'Edicode, quand la moyenne des résultats obtenus auprès des 33 participants est comparée aux standards connus dans la population générale. Par ailleurs, le discours des personnes *non secure* est moins fluide et moins cohérent que celui des personnes du groupe *secure*. (**Figure 4**)

**Troubles psychiatriques – MINI** : le tableau 4 montre les résultats obtenus auprès des 33 participants de l'étude (en gras sont indiqués les prévalences au moins deux fois supérieures dans notre population par rapport à ceux connues dans la population générale d'âge comparable [20]. A noter que les résultats auprès de 4 participants montrent plusieurs comorbidités pour chacun. Deux présentent un état de stress post-traumatique, une anxiété

généralisée et un épisode dépressif majeur (EDM) ; les deux autres présentent un EDM et un trouble psychotique ou un trouble envahissant du développement. **(Tableau 4)**

**Analyse qualitative - Théorie ancrée** : les évaluations des 33 retranscriptions ont fait émerger un thème nommé *entretien bilan/point étape*. Ce thème a été retrouvé au sein de toutes les retranscriptions et sous différentes formes selon les participants et en voici quelques exemples :

« *Cela faisait longtemps que j’attendais ce type d’entretien.* »

« *Je suis étonné que cela ne se fasse pas à chaque fois.* »

« *Ce serait bien de faire ça pour chaque ancien placé.* »

« *Je me disais que ça serait bien de donner des nouvelles.* »

« *Je ne sais pas vers qui me tourner pour me conseiller, avant il y avait l’AFT.* »

« *Ça faisait longtemps que je vous attendais. Il manquait quelque chose.* »

**Analyse globale** : ce dernier tableau présente les résultats socio-démographiques, au RFS et à l’Edicode en fonction des représentations d’attachement obtenues au CaMir. **(Tableau 5)**

## Discussion

Notre étude est la première qui évalue le devenir à l’âge adulte d’enfants accueillis en AFT pédopsychiatriques. Les résultats obtenus montrent que, hormis ceux qui concernent la dimension sexuelle à l’échelle RFS, les résultats de la population étudiée sont comparables aux résultats des échelles et questionnaires retrouvés au sein de la population générale, que ce soit du point de vue de la narrativité, de l’attachement ou du devenir socio-professionnels.

Les résultats au questionnaire CaMir montrent dans la population étudiée un taux d’attachement *secure* de 58% et un taux d’attachement *non secure* de 42%. Cette répartition des catégories d’attachement au sein de la population étudiée est différente de celle retrouvée dans plusieurs études qui ont évalué des populations d’enfants pris en charge par les dispositifs de la protection de l’enfance, en France comme à l’international. Ces études décrivent en moyenne les taux d’attachement suivants : *secure* 17%, *non secure* 83% dont

73% appartiennent à la catégorie d'attachement *désorganisé* [21-24]. Pour aller plus loin, et afin de distinguer les évolutions selon les différents dispositifs d'accueil, Nowacki et Schoelmerich ont comparé en 2010 deux groupes d'enfants. Les premiers avaient été accueillis en accueil collectif (AC) et les seconds en FA. Les résultats retrouvaient des taux d'attachement *secure* dans le groupe AC de 10% et de 41% dans le groupe FA [25].

En plus de ces résultats en matière d'attachement comparables à ceux de la population générale, la population étudiée a le même niveau de qualification que les personnes du même âge dans la population générale. Ce niveau de formation est supérieur à celui habituellement retrouvé chez les adultes qui ont été placés dans leur enfance [26].

A côté de ces résultats quantitatifs, l'analyse qualitative faite lors de notre étude fait émerger le concept *d'entretien bilan/point étape* attendu/souhaité par les participants.

Ce thème d'*entretien bilan* retrouvé dans nos résultats, vient croiser ceux des entretiens faits par Dumaret et al en 2015 [27] : « *Ceux qui sont devenus indépendant autour de 24 – 25 ans sont les mêmes qui durant les accueils se sentaient en meilleure santé et notamment en meilleure santé mentale et stable.* ». Cet âge, autour de 24 ans, marque un moment où les évolutions de trajectoires peuvent diverger et s'éloigner.

Un tel entretien n'existe ni dans le parcours des personnes rencontrées ni dans celui des jeunes adultes après le suivi par l'ASE. Cet entretien, quelques années après la fin du suivi par l'ASE, permettrait à ces jeunes adultes qui ont été placés et accueillis durant de longues années, de décrire l'évolution de leur vie et d'exprimer leurs difficultés passées et actuelles. Cet entretien bilan offrirait un support sur lequel certains afficheraient une trajectoire satisfaisante tandis que d'autres feraient part de difficultés qui nécessiteraient un soutien, une orientation, des conseils, des soins.

Il est important de souligner qu'un délai de quelques années après le placement est nécessaire avant cette rencontre. Ces jeunes adultes semblent avoir besoin de ce temps pour s'ajuster à leurs nouveaux modes de vie après une longue durée de placement et d'accueil, et ainsi expérimenter un degré d'autonomisation nouveau entre 18-25 ans. Ce délai et cette période de vie paraît d'ailleurs tout à fait comparable à celui des jeunes adultes dans la population générale. Ce type d'entretien pourrait donc avoir lieu entre 22 et 26 ans.

Notre recherche présente plusieurs limites à l'interprétation des résultats obtenus, notamment la petite taille du groupe étudié, et les pertes de données du fait de l'analyse rétrospective des années, voire des décennies, après les soins. Pour pallier ces défauts, et en l'absence d'un groupe contrôle, nous avons pris des précautions pour établir certaines comparaisons avec la population générale, n'utilisant à chaque fois que des outils ayant été étalonnés au sein de la population générale.

Notre travail souligne l'effet du dispositif d'AFT sur le devenir d'enfants placés. Cet effet, reposant sur un placement avec accueil familial stable et continu pendant près de 13 ans au sein d'un dispositif pédopsychiatrique, apparaît plus efficient lorsque la séparation entre l'enfant et sa famille d'origine, ainsi que l'admission dans l'AFT, sont précoces. Tous les enfants séparés avant l'âge de 25 mois (M:13,53 +/- 9,40) et admis avant 33 mois (M:20,26 +/- 8,85) appartiennent au groupe d'attachement *secure* ; tous les enfants séparés après 25 mois (M:32,86 +/- 9,73) et admis après 33 mois (M:43,86 +/- 17,09) appartiennent au groupe d'attachement *non secure*.

Parmi les recommandations émises par Dr Martin-Blachais dans son rapports sur les *besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance* [28], les trois premières étaient : 1) Améliorer les connaissances sur les déterminants de santé des enfants en protection de l'enfance ; 2) Développer les études sur la population des enfants en protection de l'enfance ; 3) Développer la démarche d'évaluation par l'approche « *evidence based* » des programmes

d'intervention et des modes de prise en charge en protection de l'enfance. Notre étude apparaît contributive sur ces 3 objectifs.

## **Conclusion**

Notre étude contribue en effet à confirmer celles déjà connues sur le bienfait de la pérennité et de la stabilité du séjour en FA. Mais nos résultats semblent aller plus loin. Ils suggèrent que la précocité de la séparation (avant 25 mois) et du placement (avant 33 mois) dans un dispositif de soins comme l'AFT permettant la stabilité de l'accueil sur une longue durée (+ de 13 ans) rapproche statistiquement la trajectoire de l'enfant et du futur adulte de celle d'adultes de la population générale.

Alors que notre recherche confirme l'impact positif de l'AFT, le nombre de places dans ce type de dispositif ne fait que décroître depuis plusieurs années en France avec 930 *lits d'AFT* en 2004 ; 772 en 2012 [12]. C'est pourquoi il nous semble essentiel de reconsidérer cette évolution et d'apporter dans chaque département les moyens nécessaires à la mise en place d'AFT.

Enfin nos résultats qualitatifs soulignent l'importance d'un *entretien bilan/point étape* à l'âge adulte, pour tout ancien enfant placé. Ces derniers se sentent souvent abandonnés par des institutions qui les ont portés durant de longues années, parfois à bout de bras, et qui se séparent d'eux en quelques mois. Même si cette situation est préparée depuis plus ou moins longtemps, cette séparation est difficile à aménager pour ces jeunes de moins de 25 ans, d'autant plus qu'ils sont la plupart du temps sans appui familial ni social. Au-delà de la seule population des jeunes ayant bénéficié d'un soin en AFT, nous nous proposons donc d'envisager avec les acteurs de la Protection de l'Enfance ainsi qu'avec les tutelles administratives, l'élaboration des modalités précises d'un tel entretien, qui serait proposé,



quelques années après l'arrêt de leur suivi par l'ASE, à tous les jeunes adultes ayant fait l'objet d'une mesure de protection.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Oswald SH, Heil K, Goldbeck L. History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*. 2010; 35:462–472.
- [2] Pecora PJ, White CR, Jackson LJ, Wiggins T. Mental health of current and former recipients of foster care: a review of recent studies in the USA. *Child and Family Social Work*. 2009; 14:132–146.
- [3] Cashmore J, Paxman M. Predicting after-care outcomes: the importance of ‘felt’ security. *Child and Family Social Work*. 2006;11(3):232-241.
- [4] Fallesen P. Identifying divergent foster care careers for Danish children. *Child Abuse and Neglect*. 2014;38(11):1860-1871.
- [5] Reddy LA, Pfeiffer SI. Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: a review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(5),581-8.
- [6] Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques (DREES). Enquêtes Aide sociale 1998-2015, estimations de population. 2017. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).
- [7] Nathanson D, Tzioumi D. Health needs of Australian children living in out-of-home care. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2007;43(10):695-699.
- [8] Vinnerljung B, Sallnäs M. Into adulthood: A follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child and Family Social Work*. 2008;13(2):144-155.
- [9] Soulé M, Bouchard F. Le placement : techniques et indications. 1964; PUF, Paris. 1983; ESF, 3<sup>ème</sup> réédition.
- [10] David M. Le placement familial; De la pratique à la théorie. 2004; Paris, Dunod.
- [11] Rottman H, Richard P. Se construire quand même, l'accueil familial: un soin psychique. 2009; Paris, PUF.
- [12] Chebat V. Chiffres de la pédopsychiatrie. Communication aux carrefours de la pédopsychiatrie. 2014; Paris.
- [13] Novo A, Richard P, Fourès C, Pavelka M, Rosenblum O, Zigante F, Golse B. L’Accueil familial thérapeutique, un support pour se lire : étude (en cours) du devenir des anciens enfants placés. *Psychiatrie de l'enfant* 2018;1,61.
- [14] Martin P. Qualité de vie, Thérapeutique Psychiatrique, Science et Pratique médicales. 1995; Paris, Hermann.
- [15] Pierrehumbert B, Carmagnole A, Sieye A, Meister C, Miljkovitch de Hérédia R, Halfon O. CaMir. *Psychiatrie de l'enfant*. 1996; 1,161-206.
- [16] Sheehan DV, Lecrubier Y. 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. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59 (S20), 22-33.
- [17] Pierrehumbert B, Dieckmann S, Miljkovitch de Hérédia 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.
- [18] Glasser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. 1967; Chicago, Aldine de Gruyter.
- [19] Novo A, Woestelandt L, Recherches qualitatives; grounded theory/théorisation ancrée, ses évolutions, sa méthodologie, son application dans la recherche médicale et psychanalytique, *Perspectives Psy*. 2017 ; 1(56)
- [20] Institut de Veille Sanitaire (InVS). Données de surveillance par pathologie. Mar 2014.
- [21] Dobrova-Krol NA, Bakermans-Kranenburg MH, Van Ijzendoorn MH, Juffer J. The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on preschoolers’ attachment and indiscriminate friendliness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Dec 2010;51(12):1368-76.
- [22] Herreros F. Attachment security of infants living in a Chilean orphanage. *The Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development*; 2009; Denver, CO.
- [23] USA Orphanage Research Team - The St. Petersburg. The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children, *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 2008;73(3):1-262.
- [24] Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E. Bucharest Early Intervention Project Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*. 2005; 76(5):1015-1028.
- [25] Nowacki K& Schoelmerich A, Growing up in foster families or institutions : Attachment representation and psychological adjustment of young adults, *Attachment & Human development*, Vol.12, No.6 (November 2010) 551-566.
- [26] Benbenishty R, Siegel A, Astor RA. School-Related Experiences of Adolescents in Foster Care: A Comparison with Their High-School Peers. *American Journal of Orthopsychiatry*. Apr 2017.
- [27] Dumaret AC, Kuntz M, Guerry E. Enfants placés: qualité de vie et santé à l’âge adulte; Devenir des fratries accueillies à long terme à SOS Villages d’Enfants. 2015; Berlin, Editions universitaires européennes.

[28] Martin-Blachais MP. Rapport sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Mar 2017.

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

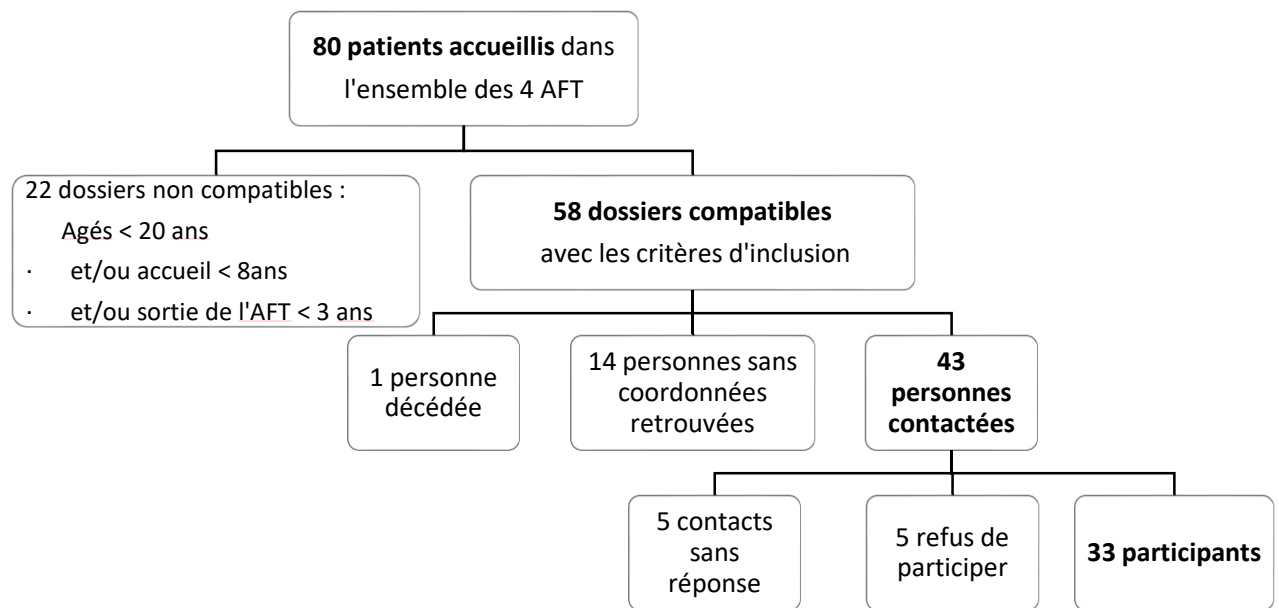


Figure 2 : Répartition des catégories d'attachement de la population étudiée

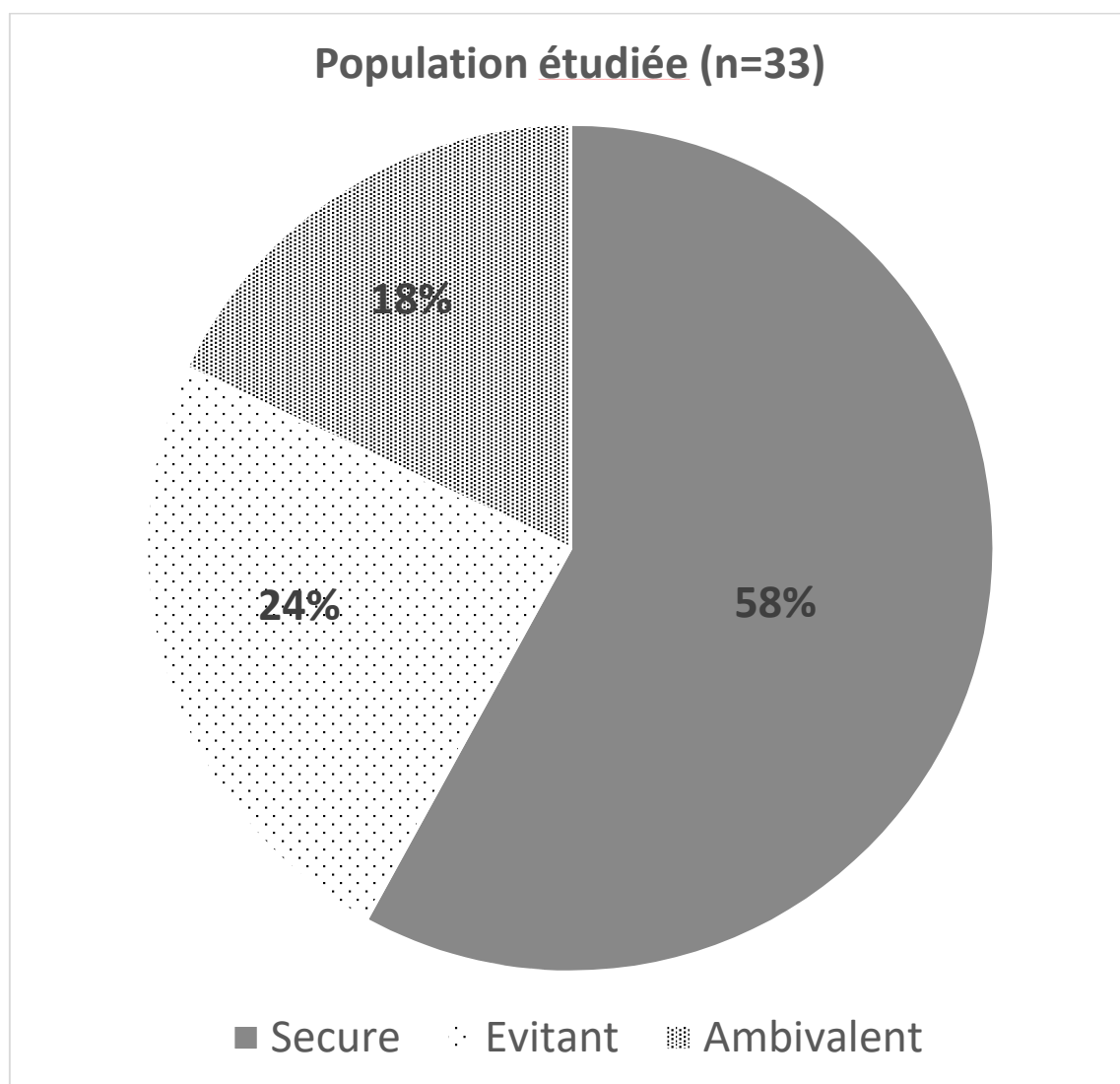
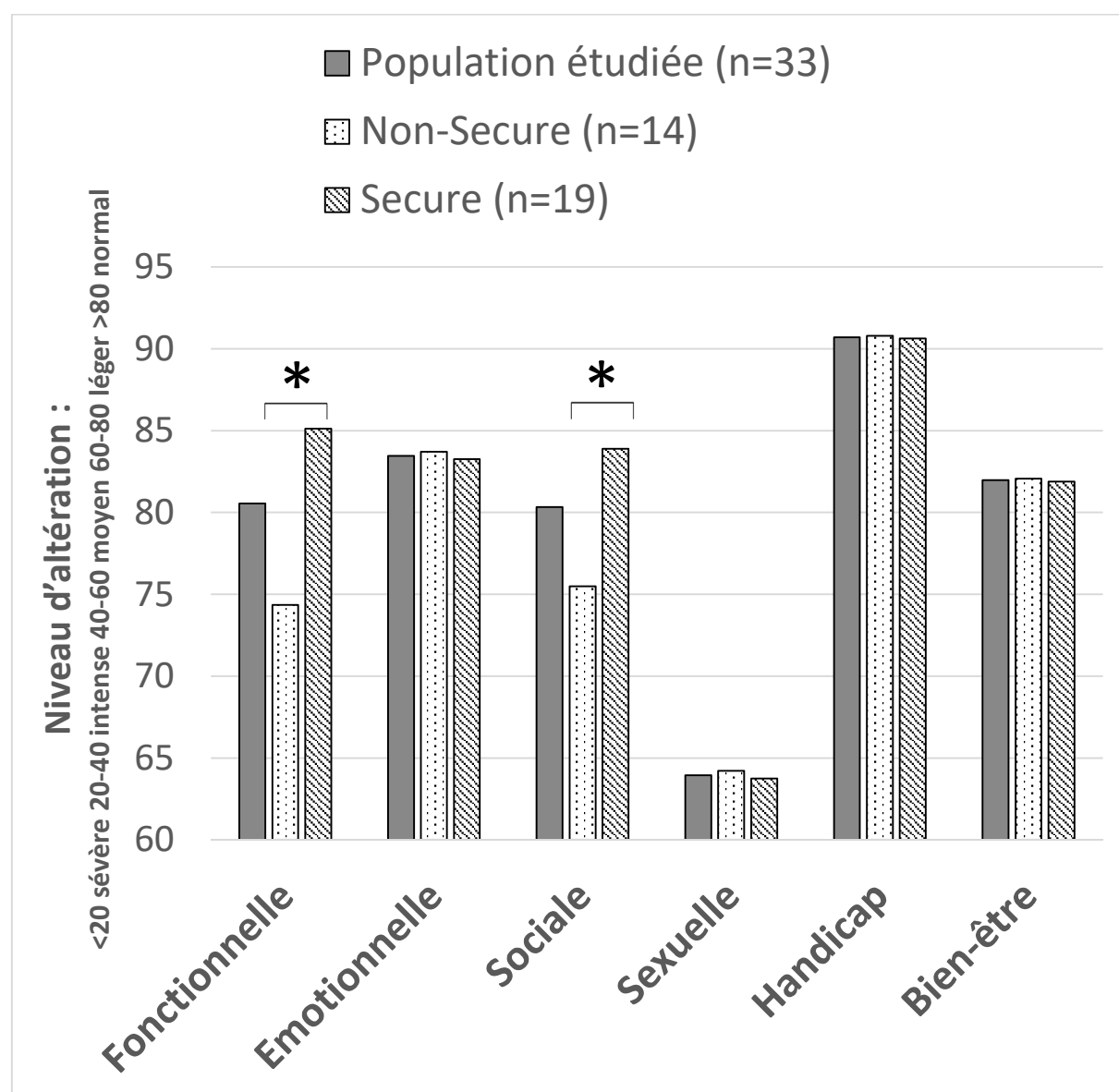
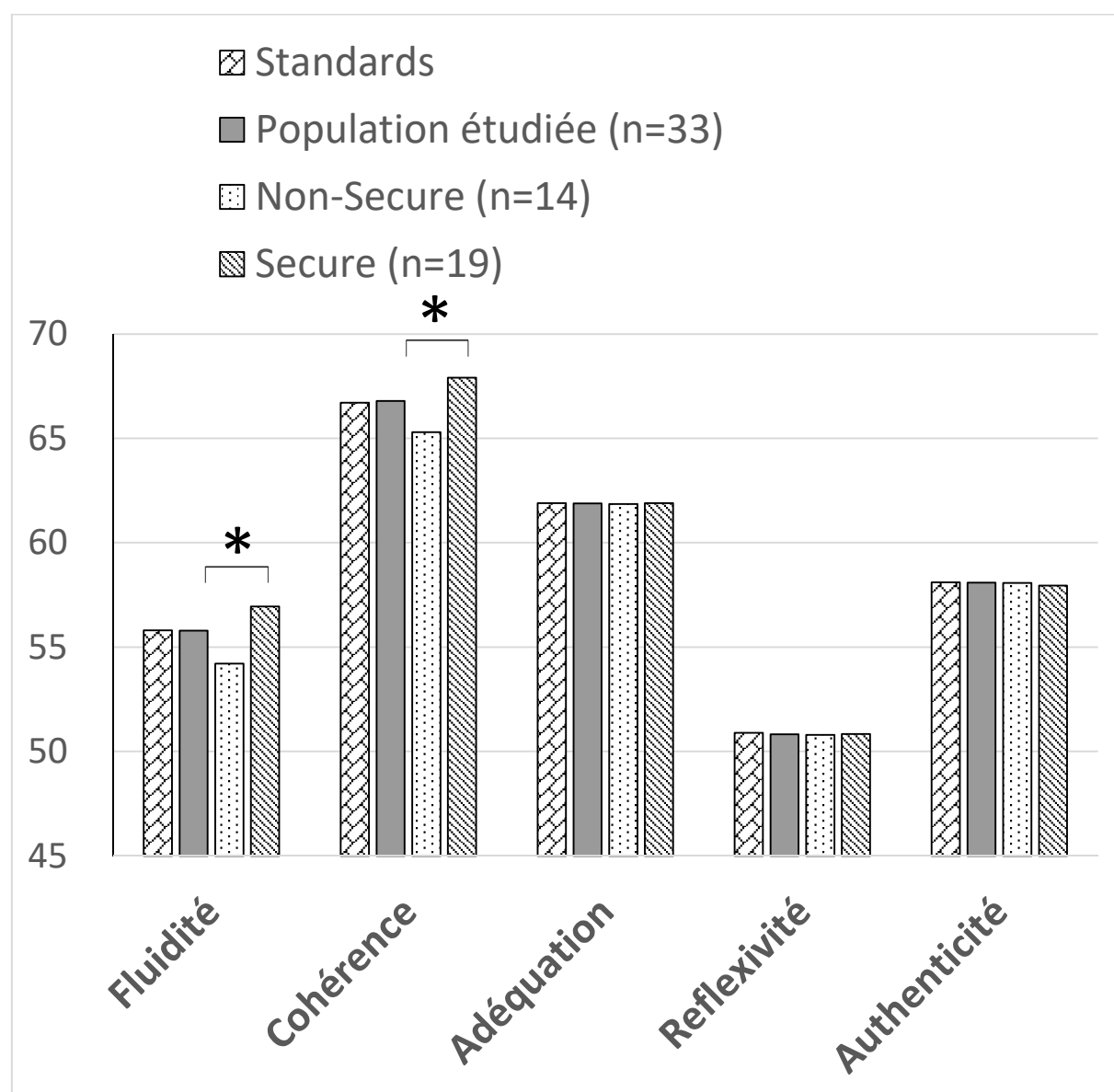


Figure 3 : Résultats au questionnaire RFS, relatif à la qualité de vie



\*p<0,05

Figure 4 : Résultats à l'analyse selon l'Edicode, relative à la narrativité du discours



\* $p < 0,05$

Tableau 1 : Questionnaire de l'étude

1.	<i>Est-ce que vous pourriez me parler des souvenirs que vous avez gardés de votre vie dans votre famille d'accueil ? Avez-vous un moment précis qui vous revient ?</i>
2.	<i>Et vos parents, comment étaient vos relations avec eux pendant que vous étiez suivi par l'équipe ?</i>
3.	<i>J'ai cru comprendre que dans le service d'accueil familial les enfants avaient un référent. Pouvez-vous me dire quelle place il avait pour vous ?</i>
4.	<i>Comment étaient vos relations à l'extérieur de la famille d'accueil ? (Ecole) (Sport) (Amis) (Relation amoureuse)</i>
5.	<i>Maintenant, à (âge du participant), vous en pensez quoi de la séparation avec vos parents ?</i>
6.	<i>A un moment le suivi de l'équipe de l'accueil familial s'est arrêté. Comment ça s'est passé ? (Comment vous a-t-on prévenu ?) (Comment l'avez-vous vécu ?)</i>
7.	<i>Et après l'accueil, comment ça a été ?</i>
8.	<i>Et dans le futur, comment vous voyez-vous ?</i>
9.	<i>Est-ce que vous auriez des choses à nous dire, pour améliorer l'accompagnement des enfants actuellement en Accueil Familial Thérapeutique ?</i>
10.	<i>Est-ce que vous voudriez aborder autres choses ?</i>
11.	<i>Que pensez-vous d'un point étape, d'un entretien bilan, d'une rencontre qui serait proposée aux personnes ayant été placées ?*</i>
12.	<i>Pour terminer, est-ce que vous changeriez quelque chose à ce que vous avez dit durant cet entretien ?</i>

\*Question ajoutée après l'analyse selon la théorie ancrée des 5 premières retranscriptions



Tableau 2 : données démographiques issues des dossiers d'archive

Participants (n=33)	M (écart-type)	Min - Max
Age (années)	26.73 (3.25)	21 - 36
Age de séparation (mois)	21.73 (13.50)	0 - 45
Durée entre la séparation et l'admission (mois)	8.55 (10.45)	3 - 62
Age d'admission (mois)	30.27 (17.40)	4 - 99
Durée en AFT* (années)	12.88 (2.10)	9 - 19
Age à la sortie de l'AFT (années)	15.48 (2.25)	11 - 20
Durée depuis la sortie de l'AFT (années)	11.24 (3.73)	4 - 19
Nombre de référents durant l'AFT	2,18 (0,73)	1 – 4**
Nombre de famille d'accueil durant l'AFT	1,3	1 – 2***

\* AFT : Accueil Familial Thérapeutique

\*\*23 participants ont eu un ou deux référents au cours de l'accueil en AFT

\*\*\*20 participants ont eu une seule famille d'accueil au cours de l'accueil en AFT

Tableau 3 : Données démographiques recueillies lors de l'entretien

	<b>Population étudiée</b> % (N)	<b>Population générale du même âge (27 ans) *</b>
<b>Qualifications / Diplômes</b>		
<i>Aucune</i>	15% (5)	11%
<i>Diplômé</i>	85% (28)	89%
- <i>Apprentissage,</i>	42% (14)	23%
- <i>Baccalauréat,</i>	25% (8)	22%
- <i>Etudes supérieures</i>	18% (6)	34%
<b>Vie en couple</b>	60% (22)	56%
<b>Emploi</b>		
<i>Stable</i>	42,5% (14)	-
<i>Précaire</i>	42,5% (14)	-
<i>Aucun</i>	15% (5)	18,4%
<b>Lieu de résidence actuel</b>		
<i>Urbain</i>	85% (28)	80%
<i>Rural</i>	15% (5)	20%

\*INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)

Tableau 4 : Résultats au questionnaire MINI, relatif aux troubles psychiatriques

	Population étudiée (M: 27ans)	Population générale (18-30ans)		Population étudiée (M: 27ans)	Population générale (18-30ans)
<b>Episode dépressif majeur</b>	<b>8 (24%)</b>	<b>12,5%</b>	<b>Etat de stress post-traumatique</b>	<b>2 (6%)</b>	<b>1%</b>
Dysthymie	2 (6%)	1,9%	Alcool (dépendance/abus)	1 (3%)	6,1%
Episode (hypo-)maniaque	1 (3%)	2,1%	Tabac	11 (33%)	28%
Trouble panique	0	5,8%	Drogues (dépendance/abus)	2 (6%)	8%
Agoraphobie	1 (3%)	2,1%	Anxiété généralisée	4 (12%)	14%
Phobie sociale	1 (3%)	6,2%	Trouble de la personnalité antisociale	1 (3%)	1,5%
Trouble obsessionnel compulsif	1 (3%)	2%	Boulimie	1 (3%)	1%
<b>Troubles psychotiques/TED</b>	<b>2 (6%)</b>	<b>1%</b>	Anorexie mentale	0	0,7%

Tableau 5 : Comparaison des données démographiques et résultats à l'Edicode et au RFS en fonction de la catégorie d'attachement

	Attachement « secure » n=19	Attachement « non secure » n=14	p value
<i>Données démographiques</i>	M (écart-type)	M (écart-type)	
Femmes/Hommes	12/7	8/6	NS
Age (années)	26.42 (2.91)	27.14 (3.74)	NS
<b>Age lors de la séparation (mois)</b>	<b>13.53 (9.40)</b>	<b>32.86 (9.73)</b>	<b>p&lt;0.01</b>
Nombre de mois entre la séparation et l'admission en AFT	6.74 (3.80)	11 (15.42)	NS
<b>Age d'admission (mois)</b>	<b>20.26 (8.85)</b>	<b>43.86 (17.09)</b>	<b>p&lt;0.05</b>
Durée dans l'AFT (années)	13.05 (2.20)	12.64 (2.02)	NS
<b>Age à la sortie de l'AFT* (années)</b>	<b>14.84 (2.20)</b>	<b>16.36 (2.10)</b>	<b>p&lt;0.05</b>
Années depuis la sortie de l'AFT	11.58 (3.81)	10.79 (3.73)	NS
Nombre de référents durant l'AFT	1,79	2,72	NS
Nombre de FA** durant l'AFT	1,29	1,37	NS
<i>Edicode</i>			
<b>Fluidité</b>	<b>56.95 (1.08)</b>	<b>54.21 (1.76)</b>	<b>p&lt;0.05</b>
<b>Cohérence</b>	<b>67.89 (1.66)</b>	<b>65.29 (1.49)</b>	<b>p&lt;0.05</b>
Adéquation	61.89 (1.60)	61.86 (2.17)	NS
Réflexivité	50.84 (2.29)	50.79 (2.75)	NS
Authenticité	57.95 (3.47)	58.07 (3.36)	NS
<i>RFS</i>			
<b>Fonctionnelle</b>	<b>85.12 (1.17)</b>	<b>74.36 (1.00)</b>	<b>p&lt;0.05</b>
Emotionnelle	83.26 (2.31)	83.71 (1.49)	NS
<b>Sociale</b>	<b>83.90 (1.05)</b>	<b>75.50 (1.29)</b>	<b>p&lt;0.05</b>
Handicap	90.63 (2.71)	90.79 (2.99)	NS
Sexuelle	63.74 (2.60)	64.21 (2.36)	NS
Bien-être	81.89 (1.54)	82.07 (1.27)	NS

\*AFT : Accueil Familial Thérapeutique

\*\*FA : Famille d'Accueil