

*Comment améliorer les relations entre les parents et
leurs enfants placés ?*

Étude sur les facteurs qui les influencent.

Thèse présentée en vue de l'obtention du titre de Docteur en Sciences
Psychologiques par

Stéphanie CHARTIER

Sous la direction de la Professeure Adélaïde BLAVIER

Mars 2022

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	3
Introduction	7
Revue de la littérature	10
<i>Introduction</i>	10
1 Le contexte de la protection de l'enfance en fédération Wallonie-Bruxelles	15
1.1 <i>La structure de l'Aide à la jeunesse</i>	16
1.1.1 Aide consentie et volontaire – Service d'aide à la jeunesse (SAJ)	16
1.1.2 Aide sous contrainte - Service de la protection de la jeunesse (SPJ)	18
1.2 <i>Population prise en charge par l'Aide à la jeunesse</i>	19
1.3 <i>Les services en agréés</i>	19
1.4 <i>Les services d'hébergement</i>	20
1.5 <i>Les services de placement</i>	21
2 Les différents type de placement	23
2.1 <i>Les différents types de placement familiaux</i>	23
2.1.1 Le placement intrafamilial	23
2.1.2 Le placement en famille sélectionnée	23
2.1.3 Les différences entre les familles sélectionnées et intrafamiliales	25
2.2 <i>Le placement en institution</i>	26
3 Les parents des enfants placés et leurs difficultés	31
3.1 <i>Caractéristiques des parents biologiques</i>	31
3.1.1 Composition familiale	31
3.1.2 Les difficultés des parents	31
4 L'état psychologique des enfants placés	39
4.1 <i>La théorie de l'attachement</i>	39
4.1.1 La théorie de l'attachement	39
4.1.2 Les types d'attachement	39
4.1.3 Les facteurs pouvant influencer les types d'attachement	40
4.1.4 L'attachement dans les familles à risques	42
4.1.5 Les troubles de l'attachement	43
4.1.6 Critiques et limites de la théorie de l'attachement	44
4.2 <i>L'éclairage des neurosciences et du trauma complexe sur l'état psychologique des enfants</i>	44
4.2.1 L'impact du stress chronique sur le développement du cerveau : la preuve par les neurosciences	45
4.3 <i>État psychologique des enfants</i>	48
4.3.1 L'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil	49
4.3.2 Le type de famille d'accueil	51
4.4 <i>L'impact du placement en institution</i>	51
4.5 <i>Comparaison des impacts du placement en famille d'accueil et en institution</i>	55
4.6 <i>Les facteurs influençant l'état psychologique des enfants placés</i>	57
4.6.1 Les traumatismes vécus par l'enfant	58
4.6.2 Les ruptures vs la stabilité et la permanence dans le placement	58
4.6.3 La qualité de relation avec les parents et les effets des visites	62
4.6.4 Âge au moment du placement	67
4.6.5 La durée du placement	69

4.6.6	La relation avec la famille d'accueil	70
4.6.7	La relation avec les éducateurs en institution	70
5	La présence des parents et le type des visites	71
5.1	<i>La présence des parents et les visites parentales</i>	75
5.2	<i>Les modalités des rencontres parents-enfants</i>	75
5.3	<i>Les critères à prendre en compte pour la fixation des modalités de visites</i>	78
6	Les possibilités de réintégration des enfants placés	81
6.1	<i>Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser la réintégration familiale ?</i>	82
6.2	<i>Les effets de la réintégration familiale sur l'enfant</i>	86
7	Objectifs de la recherche	91
8	Méthodologie	99
8.1	<i>Le choix de l'approche scientifique</i>	99
8.2	<i>La mise en œuvre de la démarche collaborative</i>	99
8.3	<i>Collecte de données et échantillonnage</i>	103
8.4	<i>Procédure de passation</i>	107
8.5	<i>Mesures</i>	107
8.5.1	Analyse et traitement des données	107
9	Études	113
10	Discussion et Implications	211
10.1	<i>L'état psychologique des enfants placés et les facteurs qui l'influencent</i>	213
10.2	<i>L'impact du type de placement familial sur l'état psychologique des enfants</i>	217
10.3	<i>L'impact des modalités de rencontres parents-enfants sur l'état psychologique des enfants</i>	225
10.4	<i>Un projet de vie adapté aux capacités des parents et aux besoins des enfants</i>	231
10.4.1	La réintégration familiale : utopie ou réalité ?	231
10.4.2	La nécessité d'aider les parents de manière intensive et pluridisciplinaire.	232
10.4.3	L'importance de définir un autre projet que celui de la réintégration familiale	232
10.4.4	La nécessité d'adapter la législation à la réalité de terrain et au besoin de stabilité des enfants	234
10.5	<i>Limites et perspectives</i>	238
11	Conclusions générales	243
12	Bibliographie	247

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Adélaïde, ma promotrice de thèse, qui m'a soutenue depuis le premier jour. Je la remercie tout particulièrement pour son soutien méthodologique, ses conseils mais aussi ses relectures. Merci aussi d'être si enthousiaste envers toutes mes suggestions !

Un tout grand merci à Monsieur Daniel Faulx et Madame Bénédicte Minguet pour leur accompagnement et tout le temps qu'ils m'ont consacré durant ces quatre années de thèse. Un tout grand merci également à Mesdames Anne Alice Philippon et Anne-Marie Dieu qui ont accepté d'être membres de mon jury et d'y consacrer leur temps.

Ensuite, mes remerciements s'adressent à Monsieur le Ministre Marcourt et à Monsieur le Ministre Madrane ainsi que l'association Viva for Life pour leur soutien financier qui a permis que cette recherche puisse exister.

Mille mercis à Anne-Marie Dieu qui a accepté de reprendre la présidence de mon comité d'accompagnement ainsi qu'à Xavier Verstappen, Marie-Dominique Buchet, Caroline Salingro, Dominique Simon, Valérie Devis, Brigitte Médart, Fouzia Elmarabet, Nathalie Van Cauwenberghe et Bernard Devos pour le temps ainsi que l'énergie qu'ils ont consacré à ce comité. Vivre cette thèse à vos côtés fut un réel plaisir. Vos conseils et votre soutien ont été si précieux !

Je tiens également à remercier les directeurs des SPF, des SASPE et des SRG qui m'ont ouvert chaleureusement leurs portes et qui ont organisé mon passage, souvent en un temps record ! Mes plus grands remerciements s'adressent aux intervenants des SPF, des SASPE et des SRG qui ont réalisé la partie la plus ingrate de cette recherche. Un tout grand merci pour votre patience durant les longues heures où vous avez répondu à toutes mes questions. Sans votre aide et vos réponses, cette recherche ne serait pas ce qu'elle est !

Merci aussi aux conseillers directeurs des SAJ ainsi qu'aux directeurs des SPJ de Mons, Liège, Marche et Bruxelles qui ont trouvé le temps de m'accueillir en pleine période vacances ainsi qu'à leurs délégués. Votre regard était essentiel pour avoir une vue complète de cette problématique.

Je tiens à remercier tout particulièrement Iris, Florence et Julia pour vos relectures si précieuses et souvent en dernière minute. Merci aussi à Camille, Marie et Chloé (mes stagiaires) qui m'ont tant aidé !

Merci à mes collègues pour leur soutien et relecture : Laetitia, Audrey, Laura, Manon, Juliette, et Zoé.

Enfin, un immense merci à mon compagnon pour son soutien indéfectible dans ce projet de reconversion professionnelle, même si comme il le dit, « il n'a pas gagné grand-chose ».

INTRODUCTION

Avant d'introduire ce travail, il me semble important de signaler que cette thèse s'inscrit dans le cadre d'une reconversion professionnelle. Psychologue de formation et de travail, j'ai occupé différents postes en ressources humaines dans le secteur de l'énergie pendant dix-sept ans. À quarante ans, j'ai souhaité donner une autre direction à ma carrière professionnelle en choisissant de me reconvertir en psychologie clinique, plus spécifiquement dans le domaine de la petite enfance.

J'ai donc décidé de réaliser cette thèse de doctorat avec pour horizon de concrétiser ce projet de réorientation professionnelle. Concernant le choix de la dérouler dans le domaine de l'accueil familial, celui-ci s'est très vite imposé car j'étais passée trois fois au préalable par une procédure d'accueil familial qui ne s'était pas concrétisée, notamment du fait que le tableau dépeint pas les intervenants s'était avéré extrêmement négatif.

À l'origine de ma décision de réorientation de carrière, se trouve l'objectif de développer un projet professionnel susceptible d'avoir un impact sur les pratiques des intervenants. L'une des raisons pour lesquelles je souhaitais réorienter ma carrière était la volonté d'avoir un projet professionnel qui permettrait de pouvoir avoir un impact sur les pratiques des intervenants. C'est pourquoi, il me semblait évident de m'impliquer dans une recherche collaborative.

Pour ce qui concerne le fond, cette thèse démarre sur une revue de la littérature structurée en six parties, que viendra compléter un effort de définition de la méthodologie à partir de laquelle ont été réalisées les six études de cette thèse. Présentées sous forme d'articles, les cinq premières études ont soit déjà fait l'objet d'une publication, ou sont soit en cours de soumission. La sixième étude se présente sous forme d'un rapport d'activité.

Consacrée aux enfants placés en famille d'accueil, la première étude vise à analyser les facteurs qui influencent l'état psychologique de ceux-ci. Il s'agit de faire état de constats majeurs et de relayer des préconisations à destination des intervenants pour ce qui concerne le suivi à offrir aux enfants placés en famille d'accueil en termes de maintien du lien avec leurs parents biologiques. Outre la comparaison avec les pratiques qui sont appliquées dans d'autres pays du monde, cet article offre des données empiriques qui permettent de questionner la législation actuellement en vigueur en Belgique francophone.

La deuxième étude est consacrée à la comparaison entre l'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil et celui des enfants placés en institution. Elle permet de mettre en évidence les facteurs qui expliquent les différences observées entre les enfants placés en famille d'accueil et ceux placés en famille d'accueil en institution.

La troisième étude se consacre à l'analyse des effets sur les enfants placés en famille d'accueil ou en institution des rencontres qui sont organisées en vue de maintenir le lien avec leurs parents. Or, il ressort de cette étude qu'il est impossible de définir une règle générale concernant l'intérêt des rencontres parent-enfant ou leur fréquence. Les intervenants sont dès lors toujours confrontés à des décisions qui devraient être prises au cas par cas, ce qui, dans les faits, n'est toujours pas le cas en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La quatrième étude vise à comparer les possibilités de réintégration des enfants placés en institution par rapport à celles connues par les enfants placés en famille d'accueil. Elle permet de mettre en avant à quel point il est important d'améliorer le soutien proposé aux parents mais aussi la nécessité de prendre une décision dans le cas où le projet de réintégration ne s'avérerait pas bénéfique pour l'enfant sur le court terme.

La cinquième étude analyse l'impact du placement en famille d'accueil intrafamiliale, en particulier sur l'état psychologique des enfants par rapport à ceux qui font l'objet d'un placement en institution.

Enfin la dernière et sixième étude vise à décrire le processus de co-création d'un outil visant à guider les intervenants en vue de leur permettre de fixer les modalités de rencontre parent-enfant.

REVUE DE LA LITTERATURE

La revue de la littérature se déploie à travers six parties.

La première est consacrée au contexte de la protection de l'enfance en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il s'agira ici de retracer les évolutions majeures de la législation belge en matière de protection de l'enfance, tout en présentant la structure de l'Aide à la jeunesse ainsi que les différences entre les services d'aide consentie ou sous contrainte. Enfin, nous expliquerons le fonctionnement des services agréés en charge des placements des enfants en opérant une distinction entre les services qui encadrent l'accueil familial et ceux qui assument les placements en institution.

La deuxième partie permet de présenter les deux types de placement étudiés dans cette thèse, à savoir le placement en institution ou en famille d'accueil ; ce qui permettra d'aborder également les différences entre les familles d'accueil intrafamiliales et sélectionnées.

La troisième partie vise à approfondir sur les caractéristiques des parents dont les enfants sont placés et à parcourir les principales difficultés auxquelles ceux-ci sont confrontés comme la précarité sociale et économique, les problèmes d'addiction, les limites intellectuelles, la violence domestique, la maltraitance et la négligence ainsi que l'accumulation des celles-ci.

Partie 1 : Le contexte de la protection de l'enfance en Fédération Wallonie-Bruxelles

La structure de l'aide à la jeunesse	
Aide consentie SAJ	Aide contrainte SPJ
Population prise en charge par l'Aide à la jeunesse	
Les services agréés	
Services de placement familial SAAF	Les services d'hébergement SRG-SASPE

Partie 2 : Les différents types de placement

Placement en famille d'accueil	Placement en institution
Famille d'accueil intrafamiliale	
Famille d'accueil sélectionnée	

Partie 3 : Les parents des enfants placés et leurs difficultés

Composition familiale
Les difficultés des parents
<ul style="list-style-type: none">• Précarité sociale et économique• Addiction• Déficience intellectuelle• Troubles psychiatriques• Violence domestique• Maltraitance et négligence• Accumulation des problématiques

Dans la **quatrième** partie, il s'agit d'aborder l'état psychologique des enfants placés en développant dans un premier temps sur les deux théories indispensables pour mieux comprendre l'état psychologique des enfants placés, à savoir la théorie de l'attachement et celle du trauma complexe, toutes deux issues des neurosciences. L'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil sera par ailleurs mis en comparaison avec celui des enfants placés en institution. Enfin, nous développerons sur les facteurs pouvant influencer l'état psychologique des enfants placés, et notamment sur ceux qui permettent d'expliquer les différences observées entre les enfants placés en famille d'accueil et en institution.

La **cinquième** partie est consacrée à la présence des parents dans la vie de leur enfant. Nous verrons alors les différentes modalités de visites qui existent à l'heure actuelle, notamment les visites encadrées ou non encadrées. Enfin, nous analyserons les critères à prendre en compte pour fixer les modalités de visites parent-enfant.

La **sixième** partie porte sur les possibilités de réintégration des enfants placés. Nous parcourerons les facteurs pouvant la favoriser comme l'âge et le sexe de l'enfant, les origines ethniques, les difficultés des enfants, l'instabilité du placement, les caractéristiques des parents, la raison du placement, le type de famille d'accueil, la relation avec les intervenants, l'aide aux familles, les effets des visites, la qualité de relation parent-enfant et enfin la durée du placement. Enfin, nous verrons quels sont les effets de la réintégration sur les enfants.

Partie 4 : L'état psychologique des enfants placés

Théorie de l'attachement & Trauma complexe	
L'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil	L'état psychologique des enfants placés en institution
Les facteurs influençant l'état psychologique et les différences observées entre les enfants placés en institution et en famille d'accueil :	
<ul style="list-style-type: none">• Les traumatismes vécus par l'enfant• Les ruptures vs la stabilité et la permanence dans le placement• La qualité de la relation avec les parents et les effets des visites• Âge au moment du placement• La durée du placement• La relation avec le donneur de soin	

Partie 5 : La présence des parents et les types des visites

La présence des parents
Les modalités de rencontre parents-enfant
Les critères à prendre en compte pour la fixation des modalités de visites :
<ul style="list-style-type: none">• L'opinion des enfants placés• La demande et les difficultés des parents• L'objectif des rencontres• L'opinion de la famille d'accueil

Partie 6 : Les possibilités de réintégration des enfants placés

Les facteurs qui peuvent favoriser la réintégration familiale :
<ul style="list-style-type: none">• Âge et sexe de l'enfant• Les origines ethniques• Les difficultés des enfants• L'instabilité du placement• Les caractéristiques des parents• La raison du placement• Le type de famille d'accueil• La relation avec les intervenants et l'Aide aux familles• Les effets des visites et la qualité de la relation parent-enfant• La durée du placement
Les effets de la réintégration familiale sur l'enfant

1 LE CONTEXTE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

La Belgique est certes un petit pays, mais celui-ci s'avère éminemment complexe sur le plan politique. En effet, il existe 5 niveaux de pouvoir (fédéral, communautaire, régional, provincial et communal) à travers lesquels sont réparties diverses compétences. Or depuis 1991, la législation concernant le secteur de la protection de la jeunesse dépend des communautés, c'est-à-dire qu'en pratique elle diffère entre les communautés flamande, germanophone et francophone ici appelée Fédération Wallonie-Bruxelles (Chartier et Blavier, 2021).

L'évolution de la législation en matière de protection de l'enfance peut être résumée en 6 dates clés ((Législation - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, s. d.) :

- **Avant 1912**, il n'y avait pas de législation spécifique pour les mineurs qui étaient considérés comme des adultes au regard de la loi.
- **La loi du 15 mai 1912** opère une rupture en créant une distinction entre les adultes et les mineurs qui commettent une infraction. Cette loi avait pour objectif de s'extraire d'un système jugé punitif pour un système de protection de l'enfance. En vue d'atteindre cet objectif, le tribunal de la jeunesse fut créé afin de prononcer des "mesures de garde, d'éducation et de préservation" à l'égard des mineurs traduits en justice. Cette loi mettait l'accent sur la protection du mineur en danger dans son milieu de vie et fixait la majorité pénale à 16 ans.
- **La loi du 8 avril 1965** privilégiait l'intérêt et le bien-être de l'enfant. La notion de mineur en danger apparaît et s'élargit à tous les mineurs, pas seulement ceux qui sont délinquants. Le pouvoir du juge s'est vu alors renforcé et tandis que la majorité pénale qui était portée à 18 ans.
- **Le décret du 4 mars 1991** est probablement le plus important pour comprendre l'organisation actuelle de l'Aide à la jeunesse en Belgique, car c'est à partir de celui-ci qu'une grande partie des compétences a quitté le giron fédéral pour être assignée aux communautés. Les objectifs de ce décret étaient de déjudiciariser autant que possible la protection de la jeunesse et de décentraliser afin de rendre les structures plus accessibles en les rapprochant des citoyens. Ce décret consacre le droit des jeunes à rester dans leur milieu familial tout en leur offrant des garanties pour les protéger lorsque le maintien dans ce milieu n'est pas possible.
- **L'arrêté du gouvernement de la Communauté française du 15 mars 1999** visait à réformer le secteur et à apporter une diversification des services comme des réponses possibles afin d'offrir une solution adaptée

aux jeunes et aux familles qui rencontrent des difficultés. De nouveaux services sont alors créés à cette époque, dont notamment les services d'accompagnement en famille.

- **Le Code de la prévention, de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse du 18 janvier 2018**, n'a pas changé fondamentalement la philosophie de la loi. Il a apporté des précisions sur l'accès au dossier, introduisant la notion de projet de l'enfant afin d'assurer de la cohérence dans la prise en charge (fil rouge). Il a hiérarchisé également les mesures. La priorité est alors accordée aux ressources familiales, pour autant que celles-ci n'entrent pas en conflit avec l'intérêt de l'enfant. Suite à quoi, il est devenu possible pour le Conseiller ou le directeur d'envisager l'hébergement en famille d'accueil. Quant au placement de l'enfant en institution, celui-ci n'est envisagé qu'en dernier recours. Il renforce également la déjudiciarisation en spécifiant que le tribunal de la jeunesse ne peut être saisi que s'il y a eu tentative de mise en accord sur un programme d'aide consentie au préalable, et cela même dans le cas d'une procédure d'urgence. Le Parquet n'intervient donc qu'en cas de danger grave et imminent ou lorsque l'intégrité physique ou psychique de l'enfant est exposée à un péril grave.

1.1 La structure de l'Aide à la jeunesse

1.1.1 Aide consentie et volontaire – Service d'aide à la jeunesse (SAJ)

Le principal objectif du SAJ est de résoudre les difficultés que les jeunes rencontrent en trouvant des solutions en collaboration avec celui-ci et avec sa famille. Le SAJ peut être sollicité soit directement par un jeune mineur qui rencontre des difficultés quelles qu'elles soient, soit par un parent qui est en grande difficulté pour assurer sa fonction parentale, soit par un enseignant ou toute personne travaillant dans le milieu scolaire, soit par le personnel hospitalier ou par n'importe quel intervenant travaillant au sein d'un service de premières lignes (AMO, CPAS, CPMS, PSE...). Le SAJ a été créé en 1991 afin de déjudiciariser la protection de l'enfance. Son aide est volontaire et repose sur des principes participatifs, c'est-à-dire que les mesures d'aide sont co-construites avec les parents et l'enfant ce qui implique pour ceux-ci qu'ils doivent marquer leur accord en les signant (SAJ/SPJ (Service de l'aide à la jeunesse / Service de la protection de la jeunesse) - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, s. d.)

En fonction de la situation comme de la demande des familles, le SAJ peut orienter alors celles-ci vers le service de première ligne susceptible d'offrir l'aide appropriée (une AMO, un centre de guidance, une maison de jeunes, un CPMS,

SOS-Enfants...). L'aide offerte aux familles étant alors non mandatée par le SAJ, celles-ci ne feront pas l'objet d'un suivi par ce dernier. Le SAJ peut par ailleurs décider que la façon la plus adéquate d'aider la famille consiste à mettre en place un programme d'aide adapté à ses difficultés. Celui-ci sera proposé par un délégué pour ensuite être soumis à l'aval du Conseiller de l'Aide à la jeunesse ainsi que du jeune et de sa famille. Dans le cas d'un programme d'aide, le Conseiller de l'Aide à la jeunesse va pouvoir mandater un service agréé qui sera le plus à même d'aider le jeune et sa famille à résoudre leurs difficultés. Exceptionnellement, le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse peut décider que le délégué effectuera seul le suivi sans recourir à un service agréé. C'est le cas notamment des enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale pour lesquels il n'y a pas de services agréés prévus pour encadrer ces accueils. Le programme d'aide est un document écrit qui est négocié et signé par toutes les parties (Conseiller de l'Aide à la Jeunesse, enfant/jeune et parents). Chaque année, celui-ci devra être soumis à révision et évaluation lors d'une réunion en présence des parties signataires. Dans certains cas, le programme d'aide pourra être écourté ou certaines modalités renégociées. Celui-ci devra alors à nouveau faire l'objet d'une formalisation écrite qui sera signée par toutes les parties ((SAJ/SPJ (Service de l'aide à la jeunesse / Service de la protection de la jeunesse) - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, s. d.).

Concrètement, comment cela se passe-t-il ?

Lorsqu'une demande parvient au SAJ, le Conseiller ainsi que le délégué en chef l'analysent pour la faire suivre, selon les cas, vers les délégués. Le délégué dispose alors d'une période d'environ trois mois pour accomplir un travail d'investigation (Mathieu, 2021). En théorie, le délégué doit faire appel aux services agréés qui s'efforceront de répondre au mieux aux difficultés rencontrées par les enfants. En pratique, la réalité est tout autre. Le manque de place ainsi que le temps d'attente contraignent à définir l'aide en fonction des disponibilités, aux détriments des réponses apportées aux besoins. Les mandants expliquent : « On fait ce qu'on peut, pas ce qu'on veut », « Faute de grives, on mange des merles, mais on aimerait manger des grives de temps en temps ». Par exemple, le temps d'attente pour une place en hébergement étant parfois très long, il n'est pas rare que les délégués qui arrivent à la conclusion que l'enfant devrait être retiré de son environnement familial ne puissent donner suite à cette décision faute de places disponibles, et s'orientent dès lors vers la mise en place d'un placement en internat avec un accompagnement socio-éducatif (Chartier, 2018.).

Une fois le programme d'aide signé par le jeune, la famille et le Conseiller, commence alors la deuxième phase du travail. Le délégué étant en charge d'assurer la bonne évolution du dossier, il apportera une aide dans les démarches que le jeune ou sa famille doivent entreprendre. Si le programme d'aide inclut la

prise en charge d'un service agréé, le délégué devra alors assurer la mise en place effective du mandat, en le clarifiant si nécessaire (Mathieu, 2021).

Si malgré les efforts d'écoute et de négociation, le conseiller de l'Aide à la jeunesse ne parvient à la conclusion d'un accord avec le jeune et/ou sa famille sur le programme d'aide proposé, il peut alors soit décider de classer le dossier sans suite, soit de renvoyer la situation vers le parquet jeunesse de son arrondissement. En cas de danger pour l'enfant, il peut saisir le Tribunal de la jeunesse en urgence.

1.1.2 Aide sous contrainte - Service de la protection de la jeunesse (SPJ)

Dans le cas où le Conseiller de l'Aide à la jeunesse déciderait de renvoyer le dossier d'un jeune qu'il estimerait en état de danger vers le parquet jeunesse, le Tribunal peut décider que celui-ci doit bénéficier d'une mesure d'aide. Dans ce cas, il pourra mandater le SPJ, via le Directeur de l'Aide à la jeunesse, pour mettre en œuvre concrètement celle-ci. Les mesures d'aide étant dès lors imposées au jeune et/ou à sa famille, le non-respect de celles-ci pourra faire l'objet de sanctions judiciaires. Ces mesures d'aide vont de l'obligation de suivre un accompagnement éducatif de type SAPSE, SAMIF et SASE, à la décision du retrait temporaire de l'enfant hors de son milieu familial, auquel cas il sera confié à une institution ou une famille d'accueil ; en passant par l'autorisation pour un jeune de 16 ans (minimum) de vivre en autonomie. Concrètement, dès qu'une procédure judiciaire est lancée, toutes les parties sont convoquées à une audience. Un avocat est affecté à l'enfant afin d'assurer sa représentation. Les parents peuvent choisir leur propre avocat ou recourir à un avocat *pro deo* s'ils n'ont pas les moyens financiers d'assurer leur propre défense. Deux semaines après l'audience, le jugement est communiqué à toutes les parties. Dans le cas où le Tribunal requiert l'intervention du SPJ, le Directeur convoquera les jeunes et/ou les parents concernés pour leur exposer la mesure applicable suite au jugement. Il désignera également un délégué qui sera en charge du suivi et de l'application de ces mesures. Dans les faits, le temps d'attente s'avère parfois encore plus long pour les applications de mesures, notamment lorsque celles-ci requièrent un hébergement en dehors du milieu familial. Comme dans le cas du SAJ, les directeurs ainsi que les délégués sont contraints de mettre en place des mesures d'aide en fonction des disponibilités plutôt qu'en fonction des besoins. Les mesures d'aide comme les programmes d'aide devront par ailleurs être revus et évalués après un an. Il faut préciser que cette durée peut toujours être écourtée avec l'accord du Tribunal. Après un an, le Directeur pourra décider de prolonger la mesure, de fermer le dossier ou de le renvoyer vers le SAJ si toutes parties parviennent à un accord. Dans tous les cas, cette décision devra être validée par le tribunal de la jeunesse (Assistance et suivi en cas de décision judiciaire ... Le

1.2 Population prise en charge par l'Aide à la jeunesse

Toutes les données de ce chapitre sont extraites des indicateurs 2021 de l'Aide à la jeunesse (Les indicateurs de l'aide à la jeunesse, s. d.).

En 2019, l'Aide à la Jeunesse a pris en charge 41.867 jeunes, soit 4,1% de la population des jeunes que comprend l'ensemble de la Fédération Wallonie : 93,5 % l'étaient avec comme raison un « Danger-Difficulté » ; 4,7 %, avec comme raison un fait qualifié d'infraction ; tandis que 1,8 % d'entre eux ont été pris en charge pour les 2 raisons à la fois.

Il y a sensiblement plus de garçons (54,9%) pris en charge par l'Aide à la jeunesse que de filles, or cette proportion est stable d'année en année.

Si nous analysons les chiffres des jeunes pris en charge par l'Aide à la jeunesse dans le cadre d'un danger ou d'une difficulté au cours de l'année 2019 dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles, nous constatons que :

- 68,3 % ont été pris en charge par le SAJ
- 25,3 % ont été pris par le SPJ
- 6,5 % ont été pris en charge dans le cadre de ces deux types d'aide au cours de l'année, ce qui signifie qu'il y a eu transfert du dossier de l'une à l'autre de ces structures dans le courant de l'année.

Les durées de prise en charge sont 4 fois plus longues au SPJ, car il hérite des situations les plus lourdes. Ainsi, 85,7 % des jeunes suivis par le SPJ connaissent une durée de prise en charge supérieure à 1 an, alors qu'ils ne sont que 22,3 % à être dans cette situation dans le cadre du SAJ. Cependant, 66% des jeunes sortent définitivement du giron de l'aide à la jeunesse après 6 ans.

Directement liée à la durée de prise en charge plus longue lorsqu'un jeune est pris en charge par le SPJ par rapport au SAJ, la durée d'attente est systématiquement plus longue. La différence de durée d'attente entre le SAJ et le SPJ est plus importante pour l'hébergement que pour l'accompagnement dans le milieu de vie. Pour une place en hébergement, un jeune suivi par le SAJ attendra 5 mois contre 10 mois s'il est suivi par le SPJ. Pour un accompagnement en milieu de vie, un jeune attendra 7 mois s'il est suivi par le SAJ contre 11 mois s'il est suivi par le SPJ.

Un jeune peut être pris en charge pour plusieurs motifs simultanément et c'est, d'ailleurs le cas dans la majorité des situations dès lors que les situations de danger ou de difficulté sont souvent multifactorielles. Parmi tous les jeunes pour lesquels un motif de prise en charge a été encodé, nous pouvons constater que :

- 49,4 % ont été pris en charge en raison de leurs difficultés personnelles (difficultés, psychologiques, problèmes liés à la scolarité et problèmes de comportement).
- 48,3 %, l'ont été en raison des difficultés personnelles de leurs parents (difficultés psychologiques ainsi que des problèmes d'assuétude).
- 39,6 % en raison de problèmes relationnels au sein de la famille (dans 1/3 des cas, il s'agit de problèmes de violences intrafamiliales).
- 37,5 % en raison des difficultés des parents à assumer leur rôle parental. (3 parents sur 5 sont dépassés tandis que 2 parents sur 5 ont des attitudes éducatives inadéquates. Dans 2/3 cas, l'enfant vit de la négligence grave).
- 14,5 % en raison de difficultés matérielles et financières. 6 parents sur 10 ont un problème lié au logement.
- 40% des jeunes sont victimes de maltraitances.

1.3 Les services en agréés

Comme nous l'avons vu ci-dessus, les services d'aide et de protection de la jeunesse recourent dans la plupart des cas à des organismes privés qui ont la forme juridique d'associations sans but lucratif (ASBL) pour aider les familles à résoudre leurs difficultés. Ce choix stratégique de se tourner vers l'initiative privée associative opéré par la Fédération Wallonie-Bruxelles vise à soutenir une philosophie commune de désintéressement.

Il existe onze types de services agréés qui peuvent être regroupés en trois grandes catégories :

- Les services d'accueil résidentiel qui sont de cinq types : urgence, orientation et observation, spécialisés, généraux, orientation et observation des victimes de maltraitance.
- Les services d'accompagnement en accueil familial qui sont de trois types : long terme, court terme et urgence.

Ces services sont offerts par des ASBL (Association Sans But Lucratif) agréées et subventionnées par l'administration de l'aide via le service de l'accompagnement et du contrôle pédagogiques. Ce service est en charge d'inspecter les services agréés, notamment en vérifiant l'application ainsi que l'appropriation du cadre juridique et déontologique en constante évolution dans le secteur de la protection de l'enfance.

Durant ces inspections, l'administration générale de l'Aide à la jeunesse s'assure que les services agréés aient un projet pédagogique et un fonctionnement général conformes avec le décret et les différents arrêtés (Services agréés - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, s. d.).

1.4 Les services d'hébergement

En Fédération Wallonie-Bruxelles, il existe cinq types de services d'hébergement subventionnés par l'Aide à la jeunesse (Services agréés - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, s. d.) :

- Les Services Résidentiels Généraux (SRG) – anciennement SAAE : 122 qui hébergent 2950 enfants
- Les Services Résidentiels Spécialisés (SRS) – anciennement CAS : 9 services qui prennent en charge 129 enfants
- Les services organisant des Projets Pédagogiques Particuliers (PPP)
- Les Services Résidentiels d'Observation et d'Orientation (SROO)
- Les Services Résidentiels d'Observation et d'Orientation au bénéfice d'enfants victimes de maltraitance (SROO EVM) – anciennement CAEVM

Il y a également les Services d'Accueil Spécialisés de la Petite Enfance (SASPE), anciennement appelés Centres d'accueil et pouponnières, qui ne sont pas agréés par l'aide à la jeunesse mais pas l'office national de l'enfance (ONE). Les SASPE n'hébergent des enfants jusqu'à de 7 ans uniquement. Il y a 17 SASPE qui assurent l'hébergement de 491 enfants (Accueil spécialisé - Office de la naissance et de l'enfance, s. d.)

1.5 Les services de placement

Il y a trois types de services qui accompagnent les familles d'accueil (Services agréés - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, s. d.) :

- Les services d'accompagnement en accueil familial (SAAF) – anciennement SPF. Il y a 11 services qui encadrent le placement de 1950 enfants placés en famille d'accueil ?
- Les services d'accompagnement de l'accueil familial court terme (SAAFCT)- anciennement SPFCT. Il y a 4 services qui prennent en charge 30 situations.

- Les services d'accompagnement de l'accueil familial d'urgence anciennement SPFURGENCE. Il y a 6 services dédiés à l'accueil d'urgence, dont 3 spécifiquement pour les enfants de 0-6 ans qui sortent de l'hôpital.

2 LES DIFFERENTS TYPE DE PLACEMENT

Les lignes directrices des Nations Unies en matière de protection de l'enfance préconisent en priorité le placement en famille d'accueil ou dans une institution à caractère familial lorsqu'un placement hors du foyer familial s'avère nécessaire (Nations Unies 2009, 18 décembre). Ainsi, ces types de placement sont considérés comme répondant le mieux aux besoins de l'enfant (Courtney 1998 ; Doran et Berliner 2001 ; Harder et al. 2013).

2.1 Les différents types de placement familiaux

Il existe différents types de placements familiaux qui se différencient à partir du lien qui existe (ou non) entre l'enfant et les adultes qui s'en occupent (Jimenez et al., 2008). Parmi ceux-ci, l'on remarque deux grands types placements : les placements dans une famille liée à l'enfant et ceux dans des familles qui n'ont pas de lien avec l'enfant.

2.1.1 Le placement intrafamilial

Dans la littérature, le placement intrafamilial se retrouve sous différentes terminologies qui sont souvent confondues : « placement social », « placement familial », « relative foster care », « kinship care » ou « kin placement » au sens strict du terme. Cela s'explique par le fait que beaucoup de pays (comme le Royaume-Uni et les États-Unis) n'opèrent pas de distinction entre les différents types de placements familiaux (par exemple : Farmer, 2009 ; Berrick, 1998). Pour faciliter la lecture de la revue de la littérature et en garantir une meilleure compréhension, ces concepts seront ici regroupés sous le terme « placement intrafamilial ».

Il est important de noter que les placements intrafamiliaux peuvent être formels ou informels (Farmer, 2009 ; Winokur et al., 2008). La plupart des enfants placés chez un proche le sont de façon informelle (Messing, 2006 ; Scannapieco et al., 1997). Souvent, le placement informel résulte d'un simple arrangement privé, qui est d'ailleurs généralement de plus courte durée (Swaluë, 2013). Cela signifie que les dispositifs de protection de l'enfance n'interviennent pas toujours pour conclure les placements auprès de proches. En effet, ceux-ci peuvent avoir lieu pour d'autres raisons que l'abus ou la négligence (Carpenter et al., 2001).

Depuis les années 80, le placement intrafamilial prend de plus en plus d'ampleur dans la majorité des pays (Frechon et Dumaret, 2008). Aux États-Unis en particulier, le placement intrafamilial est devenu le placement le plus courant dès la fin des années 1980 (Carpenter et al., 2001 ; Berrick, 1998 ; Cuddaback, 2004).

Selon les rapports officiels annuels, 27% des enfants placés vivaient dans une famille d'accueil intrafamiliale en 2011 (U.S. Department of Health and Human Services, 2012). Or ce taux est passé à 32% en 2019 (U.S. Department of Health and Human Services, 2020a). Ceci s'explique, non seulement par la diminution des familles disponibles désireuses d'accueillir un enfant, mais également par l'augmentation du nombre d'enfants pour lesquels un placement est jugé nécessaire (Beeman et al., 2000 ; Benedict et al., 1996). En effet, le nombre d'enfants américains placés a augmenté de 8% entre 2012 et 2019 (U.S. Department of Health and Human Services, 2020b). En outre, la législation américaine a changé afin de permettre aux placements intrafamiliaux d'être plus régulièrement formalisés (Strijker et al., 2003), marquant un tournant dès lors qu'avant les années 1970, les placements intrafamiliaux existaient uniquement de façon informelle. Cette modification de législation a eu pour conséquence que le regard ainsi que les attitudes des travailleurs sociaux envers les placements intrafamiliaux ont à leur tour opéré un virage (Berrick, 1998 ; Ehrle et Geen, 2002). Ainsi, les agences de protection de l'enfance ont cherché à placer les enfants dans leur milieu intrafamilial en priorité (Scannapieco et Hegar, 2002 ; Berrick et al., 1994 ; Font, 2014).

D'autres pays ont suivi la même évolution que les États-Unis. Ainsi aux Pays-Bas, 33% des placements concernaient le milieu intrafamilial en 2007 (Strijker, 2009). En Italie, 26% des enfants sont placés au sein d'une famille d'accueil intrafamiliale (Thoburn, 2007). En Australie, ce sont 45,9% des enfants placés qui le sont dans le milieu intrafamilial (Child Family Community Australia, 2012 cité par Hélie et al., 2015).

Rappelons que d'un pays à l'autre, le placement intrafamilial ne fait pas toujours l'objet d'une formalisation systématique, aussi il semble vraisemblable que le nombre d'enfants placés chez un proche soit en réalité sous-estimé (Jimenez et al., 2008).

Au Royaume-Uni, il existait déjà une longue tradition d'accueil d'enfants par d'autres membres de la famille quand les parents ne pouvaient plus s'en occuper (Farmer, 2009). Pour la plupart, ces placements sont mis en place sans qu'interviennent les dispositifs de protection de l'enfance. À côté de cela, le nombre de placements intrafamiliaux formels est en constante augmentation (Broad, 2004). En effet, différentes lois concernant le placement intrafamilial ont été adoptées dans différents pays au cours des années 2000. Ces lois imposent en priorité la prise en compte de la famille élargie avant d'engager des procédures de placement dans un autre type de famille d'accueil.

Au Québec, le placement chez un membre de l'entourage constitue l'option à privilégier lorsque c'est possible (Saint-Pierre, 2016). Cela s'avère d'autant plus

vrai depuis 2007, année au cours de laquelle la loi sur la protection de la jeunesse a été modifiée. En effet, cette loi énonce que l'enfant doit être placé chez un membre de son entourage autant que possible. Le taux d'enfants faisant l'objet d'un placement intrafamilial est ainsi passé de 25% à 33% après la modification de cette loi (Turcotte et al., 2011).

En Suède, les autorités sociales envisagent aussi le placement intrafamilial comme prioritaire depuis 1999 (Hedin et al., 2011 ; Backe-Hansen et al., 2013). De plus, la loi suédoise précise que le lien entre l'enfant et sa famille biologique doit être maintenu pendant le placement, si cela respecte l'« intérêt supérieur de l'enfant » et le souhait de l'enfant. De 2000 à 2010, le taux d'enfants placés chez un proche par rapport aux enfants pris en charge en général (que ce soit en institution ou en famille d'accueil) est ainsi passé de 9% à 21% (Backe-Hansen et al., 2013).

En Espagne, c'est en 1987 que le Code civil a été réformé, créant officiellement le placement intrafamilial (Del Valle et al., 2009). Cette nouvelle législation a facilité le placement intrafamilial qui existait depuis longtemps de manière informelle. Elle l'a même recommandé en tant que mesure de protection préférentielle pour les enfants qui ne peuvent plus vivre avec leurs parents biologiques. En 2002, déjà 47% des enfants placés étaient pris en charge par un membre de leur entourage.

2.1.2 Le placement en famille sélectionnée

Il existe un deuxième type de placement familial. Dans celui-ci, l'enfant peut être placé dans une famille sélectionnée qui n'a aucun lien de parenté ou de connaissance avec l'enfant (Service public fédéral, 2018). Les parents d'accueil devant être agréés par les autorités locales de la protection de l'enfance (Font, 2014), ces placements sont donc toujours formels. Selon les pays, la famille d'accueil peut être bénévole ou professionnelle, avec dans certains pays une coexistence de familles bénévoles et professionnelles.

En Belgique, comme aux Pays-Bas et en Espagne, les familles d'accueil sont bénévoles. Cela signifie qu'elles ne reçoivent pas de salaire, toutefois elles peuvent recevoir un défraiement (comparable à des allocations familiales légèrement augmentées) pour subvenir aux besoins de l'enfant accueilli (Fédération des Services d'Accompagnement en Accueil familial, 2021 ; Strijker, 2009 ; Jimenez et Palacios, 2008).

Par contre, en France, les familles d'accueil sont dites professionnelles. Être parent d'accueil (ce qu'on appelle « assistant d'accueil » en France) est donc considéré comme une activité professionnelle. En effet, l'assistant familial reçoit

une rémunération en fonction du nombre d'enfants qu'il accueille et de la durée de leur accueil (Service-Public, 2020). Son employeur peut d'ailleurs refuser que l'assistant familial ait une autre activité professionnelle si celle-ci n'est pas jugée compatible avec l'accueil d'enfants (Légifrance, s. d.). De plus, l'assistant familial a droit à des congés. Pour cela, il doit obtenir l'accord de son employeur. Ce dernier accepte ou non sa demande en fonction des besoins de l'enfant, des souhaits de la famille d'accueil et des possibilités d'accueil temporaire auprès de ses parents biologiques. L'enfant doit alors quitter sa famille d'accueil durant les congés de celle-ci.

En ce qui concerne l'Italie, les deux formes de familles d'accueil sélectionnées coexistent (Tillard et al., 2018). D'une part, les familles d'accueil peuvent être bénévoles, ce qui signifie qu'elles doivent faire des démarches auprès des services sociaux et qu'elles seront évaluées sur leur motivation ainsi que leurs capacités à accueillir un enfant avant de recevoir une formation, exactement comme en Belgique. Elles reçoivent également une aide financière pour les frais qu'engendre l'accueil d'enfant. D'autre part, l'accueil familial peut être professionnel, comme le sont les assistants familiaux en France. En pratique, un couple ou un adulte seul soutenu par plusieurs éducateurs peut accueillir plusieurs enfants dans un petit habitat collectif appelé « casa famiglia » (« maison familiale » en français). Néanmoins, ce type d'accueil est peu courant en Italie.

La Fédération Wallonie-Bruxelles) favorise le recours à des familles d'accueil issues du milieu intrafamilial du jeune (2/3 des situations des enfants placés en famille d'accueil) ainsi qu'à des familles bénévoles sélectionnées par les services de placement (1/3 des situations des enfants placés). Bien que la politique soit de favoriser le placement familial, sur les 7500 enfants placés, 3500 d'entre eux restent placés en institution. Parmi les 3500 enfants placés en famille d'accueil, seulement 2000 sont suivis par un service de placement familial et les 1500 autres enfants ne bénéficient pas de cet accompagnement (Saluwé, 2013).

2.1.3 Les différences entre les familles sélectionnées et intrafamiliales

Les caractéristiques personnelles des familles d'accueil intrafamiliales sont différentes de celles des parents d'accueil des familles sélectionnées. Les parents des familles d'accueil intrafamiliales sont en moyenne plus susceptibles d'être célibataires, sans emploi, plus âgés, plus pauvres, moins éduqués, en moins bonne santé physique et mentale, de louer leur maison et de vivre dans des conditions de surpeuplement que les parents d'accueil sélectionnés (Berrick et al., 1994 ; Scannapieco et al., 1997 ; Ehrle et Geen, 2002 ; Holtan et al., 2005 ; Chartier, 2018).

Les parents des familles d'accueil intrafamiliales présentent également plus de probabilité qu'il y ait eu un passé de violence ou qu'il y ait au moment du placement d'autres adultes qui consomment de l'alcool ou de la drogue (Berrick, 1997). De plus, les quartiers de ces familles connaissent significativement plus de violences liées au trafic ou à la consommation de drogue (Berrick, 1997). Tous ces facteurs impliquent qu'en moyenne, les familles d'accueil intrafamiliales ont potentiellement moins de temps et de ressources pour s'occuper de leur enfant. Par conséquent, les enfants placés au sein de ces familles doivent faire face à plus de difficultés que les enfants placés en famille d'accueil sélectionnée. Par ailleurs, les compétences parentales de ces familles sont souvent remises en cause (Gray et Nybell, 1990). En effet, il existe une crainte que le manque de compétences parentales des parents biologiques soit généralisé aux autres membres de la famille. Enfin, les familles d'accueil intrafamiliales doivent modifier leur relation initiale avec l'enfant (Jimenez et Palacios, 2008), car en le prenant en charge, celles-ci endossent de nouvelles responsabilités et de nouveaux rôles envers celui-ci. Elles se retrouvent par ailleurs dans une position délicate dès lors qu'il leur revient de fixer certaines limites en matière de visite des parents biologiques, alors qu'ils sont en principe proches de ces derniers (Jimenez et Palacios, 2008).

En général, les familles d'accueil intrafamiliales ne sont pas traitées de la même manière que les familles d'accueil sélectionnées (Scannapieco et Hegar, 2002). Elles reçoivent moins d'aide et de services, tels que des groupes de soutien et des formations (Berrick et al., 1994 ; Scannapieco et al., 1997 ; Jimenez et Palacios, 2008). Elles ont moins de contacts avec les travailleurs sociaux et sont moins supervisées ; alors qu'elles perçoivent pour l'essentiel les travailleurs sociaux d'une manière très positive (Berrick et al., 1994). Par ailleurs, les familles d'accueil intrafamiliales reçoivent en général moins d'argent par rapport aux parents d'accueil sélectionnés. Certaines familles ne remplissent pas toujours les conditions pour recevoir une aide financière (Ehrle et Green, 2002) dès lors que la majorité des placements intrafamiliaux étant informels, les enfants ne sont par conséquent pas suivis par les agences de protection de l'enfance (Messing, 2006).

De plus, contrairement aux enfants placés en famille d'accueil sélectionnée, les enfants en famille d'accueil intrafamiliale sont placés à n'importe quel âge et ce, peu importe les difficultés relationnelles ou mentales qu'ils rencontrent (Chartier, 2018).

Le placement intrafamilial a par ailleurs des avantages par rapport au placement en dehors de la famille (Cuddeback, 2004 ; Farmer, 2009), le fait de prioriser les placements intrafamiliaux ayant notamment pour but de minimiser la rupture affective et de réduire le traumatisme de la séparation avec les parents biologiques (Hélie et al., 2015 ; Messing, 2006).

Messing (2006) constate que le placement intrafamilial est considéré comme plus « normal » et donc moins stigmatisant pour les enfants. Un placement intrafamilial engendre moins de changements pour l'enfant qu'un placement en famille d'accueil recrutée. Habituellement, l'enfant connaît déjà la personne qui le prend en charge, aussi il reste toujours en contact avec d'autres membres de sa famille, il conserve le même environnement culturel et social et il garde son identité familiale. Cela peut également réduire le stress engendré par le placement (Hegar, 1999 cité par Cuddeback, 2004 ; Turcotte et al., 2011 ; Broad, 2004).

Dans le cas des placements intrafamiliaux, les enfants ont des contacts beaucoup plus fréquents avec leurs parents biologiques ainsi que leurs frères et sœurs (Berrick et al., 1994). Pour la plupart des enfants placés chez un proche, ces contacts résultent d'un arrangement direct entre les parents d'accueil et les parents biologiques; alors, que les rencontres avec leurs parents biologiques des enfants placés en dehors de la famille sont très souvent organisées par les services de protection de l'enfance. Aussi, les enfants placés chez un proche semblent plus susceptibles d'avoir une relation « étroite » avec leurs parents biologiques. De plus, il a été mis en avant par Font (2014) que les familles d'accueil intrafamiliales s'investissent davantage dans l'accompagnement de l'enfant que les parents d'accueil sélectionnés, ceci du moins au début de l'accueil. Par ailleurs, Iglehart (1995) a identifié comme avantage à long terme de ce type de placement que les enfants placés chez des proches ont l'opportunité de rester avec eux après l'âge de la majorité, ce qui, dans de nombreux pays, n'est pas le cas pour les enfants placés en famille d'accueil sélectionnée.

Par ailleurs, les placements en famille d'accueil intrafamiliale semblent garantir une plus grande stabilité au placement (Messing, 2006 ; Iglehart, 1994). En effet, il est ressorti d'une revue de la littérature sur le placement familial dans les pays nordiques et autres pays européens de 1980 à 2009, que les placements intrafamiliaux étaient plus stables que les placements en familles d'accueil sélectionnées (Backe-Hansen et al., 2010). Ce résultat confirme les découvertes faites par Berrick et al. (1994) qui relèvent que les placements intrafamiliaux duraient plus longtemps et étaient plus stables ; donnant toutefois moins souvent lieu à une réunification de l'enfant et de sa famille biologique que les placements en familles d'accueil sélectionnées. Cet élément est important, car l'instabilité du placement a de nombreux effets négatifs sur l'état psychologique de l'enfant (Holtan et al., 2013).

2.2 Le placement en institution

Il existe de nombreux termes pour qualifier les structures non familiales qui hébergent des enfants, les plus fréquemment utilisés sont : "institution", "maison d'enfants", "établissement de soins de groupe", "home", "pouponnière" ou "unité

de traitement résidentielle". Utilisés parfois de manière synonyme, ces termes désignent cependant des types de régimes de soins différents (Ainsworth et Thoburn, 2014).

Dans la seconde moitié du 20e siècle, les recherches universitaires et cliniques ainsi que les articles sur le développement de l'enfant se sont accumulés, faisant état des effets négatifs de l'"institutionnalisation" des jeunes enfants. Dans la plupart des pays d'Europe occidentale, le placement en famille d'accueil intrafamiliale, puis en famille d'accueil sélectionnée, constituent les options de placement privilégiées ; les établissements résidentiels étant considérés comme un dernier recours à utiliser uniquement lorsque toutes les autres solutions avaient été essayées et s'étaient conclues sur un échec (souvent à plusieurs reprises). En outre, les hébergements résidentiels ont été réduits à des unités autonomes basées dans la communauté, en tant qu'unités plus petites. Les grandes structures ont été divisées en petites unités (souvent dans des petites maisons ou cottages) afin de créer une atmosphère familiale plutôt qu'institutionnelle (Ainsworth et Thoburn, 2014).

Rowe et al. (1989) distinguent les hébergements résidentiels en fonction de leurs objectifs qui peuvent être : soins et éducation, soins temporaires, prise en charge d'urgence/"toit au-dessus de la tête", préparation au "placement à long terme", évaluation, traitement et passerelle vers l'indépendance.

Aux États-Unis et, dans une moindre mesure, en Australie et au Royaume-Uni, l'on remarque que la proportion d'enfants placés en institution est faible. En outre, ceux-ci ont en général plus de 10 ans et sont souvent pris en charge au moment de l'adolescence. Par contre, dans certains pays européens, il existe un nombre bien plus important d'enfants placés en institution même en très bas âge (Ainsworth et Thoburn, 2014). L'âge moyen des enfants placés est plus élevé dans les pays nordiques et dans certains pays d'Europe occidentale continentale (74% des enfants placés au Danemark en 2007 étaient âgés de 10 ans ou plus, contre 50% aux États-Unis et 45% en Australie).

Une étude menée par Browne (2005) qui se concentre sur les enfants de moins de trois ans vivant en institution a identifié qu'il y avait 23 099 enfants en institution à travers les 31 pays européens, ce qui peut être ramené à une proportion de 11 enfants sur 10.000. La qualité des soins ainsi que le nombre de jeunes enfants placés en institution peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre. La proportion d'enfants placés en institution à travers l'Union Européenne se situe à moins d'un enfant pour 10 000 dans quatre pays, entre 1 et 10 enfants pour 10 000 dans douze pays, entre 11 et 30 enfants pour 10 000 dans sept pays, enfin, fait alarmant, cette proportion passe de 31 à 60 enfants pour 10 000 dans huit pays.

À l'exception de la Belgique, les huit premiers pays sont des pays d'Europe centrale et tandis que la Belgique est classée au 2e rang après la République Tchèque au niveau du taux de placement en institution des enfants parmi tous les pays européens.

Pour les 24 pays qui ont fourni des informations sur le placement en famille d'accueil, la disponibilité de ces services varie énormément, allant de peu (par exemple, en Grèce) à la majorité des jeunes enfants qui sont placés en dehors de leur foyer (par exemple, en Slovaquie). Dans huit pays,, le nombre de jeunes enfants placés en institution est supérieur à celui des enfants placés en famille d'accueil, alors que le placement en institution coûte en moyenne trois fois plus cher que le placement en famille d'accueil. Il est surprenant de constater que le nombre d'enfants placés en institution n'est pas lié au nombre d'enfants placés en famille d'accueil. Cela suggère que les raisons du placement en institution sont complexes et multiples (Brown, 2005).

Ces données sont cependant à relativiser car suite à cette recherche, une étude a été menée pour analyser plus en finesse les chiffres. Celle-ci a montré que sur les 170 530 enfants de moins de 3 ans en Fédération Wallonie Bruxelles, le taux de placement global est de 4,43 ‰ (2,6% en institution et 1,83% en famille d'accueil). Ces données placent la Fédération Wallonie-Bruxelles en 10e position par rapport aux autres pays européens pour ce qui concerne le placement en institution et en 14e position pour le placement en famille d'accueil (Swaluë, 2013).

L'enquête d'Eurochild (2010) sur les enfants en placement alternatif fournit des informations sur les politiques générales ainsi que des données sur l'équilibre entre le placement en famille d'accueil et le placement en institution dans 30 juridictions européennes. Cependant, il est difficile de tirer des conclusions sur les différentes statistiques par pays, car il existe différentes définitions des établissements résidentiels qui peuvent par exemple inclure des internats, des écoles spéciales, des foyers pour nourrissons, des foyers pour enfants handicapés mentaux ou physiques, des foyers pour enfants ayant des problèmes de comportement, des institutions pour jeunes délinquants, des foyers de postcure (Ainsworth et Thoburn, 2014).

Bien que la politique affichée soit de privilégier l'accueil familial, la Fédération Wallonie-Bruxelles se caractérise encore par un grand nombre d'enfants en bas âge qui sont placés en institution par rapport à ses voisins d'Europe occidentale.

3 LES PARENTS DES ENFANTS PLACÉS ET LEURS DIFFICULTÉS

Les enfants placés proviennent souvent de milieux précarisés confrontés à d'importantes difficultés économiques, familiales et professionnelles. Leurs parents ont une histoire familiale émaillée de carences et d'abus divers, d'instabilité, d'abandon et de rejet. L'alcoolisme et la toxicomanie occupent souvent une place importante dans leur vie. Certains ont développé des troubles psychiatriques. Ceux-ci peuvent découler de leur histoire familiale antérieure grandement perturbée ou d'un désordre endogène. Ils sont souvent isolés socialement et très instables à tous points de vue (Lafortune et Gilbert, 2016). Nous allons à présent parcourir les différentes caractéristiques et difficultés que rencontrent les parents des enfants placés. Le placement en famille d'accueil étant privilégié dans de nombreux pays par rapport au placement en institution, la littérature portant sur les enfants placés en famille d'accueil est plus riche.

3.1 Caractéristiques des parents biologiques

3.1.1 Composition familiale

Selon les études, le taux de divorce chez les parents d'enfants qui ont été placés en famille d'accueil se situe entre 72% et 80% (Scholte, 1997 ; Scholte et Van der Ploeg, 2010), mais il est important de préciser qu'une grande proportion d'entre eux sont à nouveau en couple (Aranda , 2019).

En France, 45% des enfants vivent dans des fratries qui comptent plus de 4 enfants. À noter que 30% des mères ont leur premier enfant avant 19 ans, soit 10 ans plus tôt que la moyenne nationale française (Aranda, 2019).

Le taux de décès est également important dans ces familles dès lors que 9% des mères et 18 % des pères des enfants placés sont décédés (Van der Steege, 2012 cité par Leloux-Opmeer et al., 2017).

3.1.2 Les difficultés des parents

3.1.2.1 Précarité sociale et économique

James et al. (2012) rapportent que plus de 80% des enfants placés en famille d'accueil vivent dans la pauvreté. Un pourcentage similaire à celui observé chez les enfants placés en institution (Hussey et al., 2006 ; James et al. 2012).

Ensuite, 68% des parents sont sans emploi et vivent d'allocations de survie qui s'additionnent dans certains cas avec des problématiques de surendettement. Aranda (2019) constate qu'en France, tous les parents vivent dans des logements qui sont jugés inadaptés par les services sociaux, ce qui constitue généralement un frein supplémentaire en vue d'envisager la réintégration de l'enfant chez ses parents .

La précarité économique se cumule très souvent à une grande précarité sociale, avec 45% des parents qui ne sont plus en relation avec leur famille (Aranda, 2019). Il y a également un grand nombre de parents qui se trouvent sans domicile fixe. Une étude menée auprès de 151 femmes sans domicile fixe aux États-Unis a mis en évidence que 61.5% d'entre elles avaient au moins un enfant placé en institution ou en famille d'accueil (Zlotnick et al., 1999).

Concernant l'incarcération des parents, Hussey et Guo (2002) démontrent que 12,3% des enfants placés en institution ont un parent qui se trouve incarcéré. Lee et Thompson (2008) identifient un pourcentage similaire (16%) de parents incarcérés pour les enfants placés en institution et un pourcentage plus élevé (statistiquement significatif) pour les enfants placés en famille d'accueil (26%).

3.1.2.2 Addictions

La littérature indique que 20% des parents d'enfants placés connaissent des problèmes d'alcool ou de drogue (Hussey 2006 ; Hussey et Guo 2002 ; Lee et Thompson 2008 ; Strijker et al. 2008 ; Yampolskaya et al. 2014 ; Aranda 2019). Dans une de leur étude, Hussey et Guo (2002) parviennent à une proportion de 49% des parents d'enfants placés en institution qui souffrent de problèmes de drogue. En Australie, 80% des signalements aux services de protection de l'enfance concerneraient des enfants avec une mère souffrant de toxicomanie (McGlade et al., 2009). En France, les problèmes d'assuétude aux drogues représentent 12% des signalements (Simmat-Durand et al., 2012).

Plusieurs études mettent en évidence que les problèmes d'addiction augmentent les risques de placement de l'enfant. Lewis et al. (1995) ont suivi 1000 femmes toxicomanes auxquelles on avait retiré leur enfant et démontrent que 20% d'entre elles étaient à nouveau enceintes après 18 mois. De nombreux patients suivis dans les centres de soins dédiés aux addictions sont parents, dont une large part d'entre eux qui ont perdu la garde de leur enfant, en particulier pour ce qui concerne les pères (MacMahon et al., 2005). Dans une étude britannique qui porte sur un échantillon de 1075 patients issus de 44 centres de soins, 71% des pères et 36% des mères n'avaient plus la garde de leur enfant (Stewart et al., 2007). Une étude menée à Baltimore montre que 43% des mères toxicomanes n'ont plus la garde de leur enfant après 18 mois. Les mères qui continuent à consommer pendant leur

grossesse ont 13 fois plus de chances d'être séparées de leur enfant par rapport à celles qui ont suivi un traitement de méthadone pendant leur grossesse (McGlade et al., 2009).

3.1.2.3 Déficience intellectuelle

Plusieurs auteurs mettent en évidence un lien statistique entre la déficience intellectuelle des parents et un risque significatif d'abus ou de négligence vis-à-vis de leurs enfants (Crittenden, 1988 ; Erickson et al., 1989 ; Polansky et al., 1981 ; Wolfe et Werkele, 1993). Whitman et al. (1987) constatent dans leur étude que 45% des parents déficients intellectuellement ont vu leurs enfants faire l'objet d'un placement. Whitman et Accardo (1990) identifient par ailleurs que 66% des enfants ayant des parents déficients intellectuellement ont été victimes d'abus ou de négligence. En 2012, aux États-Unis, pour 19% des enfants placés en famille d'accueil, l'un des parents présente un handicap mental repris comme l'un des motifs de retrait. Tandis que dans 5,18% des cas, l'un des parents présente un handicap indiqué comme unique motif de retrait (Lightfoot et DeZelar, 2016). Une étude portant sur 2 450 parents déficients intellectuellement réalisée en 2019 met en évidence qu'il n'y a pas de différence significative concernant la violence physique et la négligence. En effet, chez les parents non déficient intellectuellement, une proportion de 17,5% d'entre eux sont violents pour 66,8% qui sont négligents ; tandis que chez les parents déficients intellectuellement 17,8% d'entre eux sont violents pour 65,9% qui sont négligents. À noter que les parents déficients intellectuellement sont significativement moins à risque d'abuser sexuellement de leurs enfants. En effet, 6% d'entre eux ont commis des abus sexuels sur leurs enfants, contre 10% pour une population de parents sans déficiences intellectuelles. Par contre, les parents déficients intellectuellement sont plus susceptibles d'être violents émotionnellement ou psychologiquement envers leurs enfants (5,7%) que les parents sans déficience intellectuelle (4,1%) (Slayter & Jensen, 2019).

Seulement 8,1% des parents déficients intellectuellement bénéficient d'aides visant à garder leur enfant dans le foyer familial contre 21,9% des parents non déficients. Ainsi, les enfants de parents déficients intellectuellement sont placés beaucoup plus rapidement que ceux de parents non déficients (Slayter & Jensen, 2019). Un constat corroboré par les travaux de McConnell et al. (2011) qui révèlent que les parents qui ont une déficience intellectuelle voient plus souvent leurs enfants placés que les parents sans déficience. En outre, les parents déficients intellectuellement multiplient par 3,8 les risques de placement sur le long terme. Lightfoot et DeZelar (2016) montrent qu'aux États-Unis, les enfants avec des parents déficients intellectuellement sont plus susceptibles d'être placés dans une famille d'accueil sélectionnée avec un objectif de placement sur le long

terme. Ils bénéficient donc moins souvent d'objectifs de réunification que les autres enfants.

Cependant, Tymchuk et Andron (1990) mettent en évidence que le degré d'intelligence ne saurait constituer le facteur expliquant le plus l'incompétence parentale, les troubles psychiatriques, l'absence de soutien social ainsi que les conditions de vie difficiles sont des facteurs plus importants.

3.1.2.4 Troubles psychiatriques

De nombreuses études mettent en évidence que 30% des parents d'enfants placés souffrent de troubles psychiatriques (Hussey et Guo 2002 ; Lee et Thompson, 2008 ; Scholte 1997 ; Scholte et Van der Ploeg 2010 ; Strijker et al. 2008).

Scholte et Van der Ploeg (2010) avancent un pourcentage beaucoup plus élevé dans leur étude avec 61 % des parents d'enfants placés en institution qui présentent des troubles mentaux, avec une prévalence de ces problèmes chez les femmes (49 %) par rapport aux pères (12 %). De même, Minnis et al (2006) constatent que 52 % des mères biologiques d'enfants placés en famille d'accueil souffrent d'une maladie mentale. Lee et Thompson (2008) rapportent que 45% des parents d'enfants placés en famille d'accueil souffrent d'une maladie mentale. En comparant les pourcentages de maladie mentale entre les parents d'enfants placés en famille d'accueil et ceux qui sont en institution, Scholte (1997) n'a trouvé aucune différence significative.

Enfin, les enfants qui ont des parents qui souffrent de troubles de la santé mentale sont placés significativement plus longtemps que les autres (Kemp et Bodonyi, 2002 ; Vogel, 1999).

3.1.2.5 Violence domestique

La violence domestique pour l'essentiel conjugale constitue également une problématique saillante chez les parents dont les enfants sont placés. En effet, 30% des enfants placés en famille d'accueil ont été confrontés à la violence domestique au sein de leur famille d'origine (Lee et Thompson 2008 ; Strijker et al. 2008 ; Tarren-Sweeney, 2008 ; Yampolskaya et al. 2014).

En ce qui concerne les enfants placés en institution, Hussey et ses collègues rapportent des chiffres sur la violence domestique, concluant que celle-ci est présente dans 16% des familles d'origine (Hussey et al., 2006 ; Hussey et Guo 2002).

3.1.2.6 Maltraitance

Les nombreuses difficultés auxquelles les parents des enfants placés sont confrontés ont très souvent comme conséquence qu'à leur tour ceux-ci en viennent à maltraiter et négliger leur enfant.

La maltraitance infantile constitue toute atteinte d'un parent susceptible de générer des troubles du développement physique, psychique ou social, en ce comprise la négligence des besoins d'un enfant mineur qui sont nécessaires à son développement (Lips, 2014). La littérature médicale distingue 5 types de maltraitance infantile : la maltraitance physique, l'exploitation sexuelle, la maltraitance psychique, la négligence ainsi que le cas spécifique du syndrome de Münchhausen par procuration. Cependant, il est fréquent qu'il y ait une combinaison de plusieurs formes de maltraitance (Lips, 2014).

Négligence

La forme de maltraitance la plus courante est la négligence qui se caractérise par le manque de protection du parent et son substitut de manière chronique et répétée. Elle a un caractère non intentionnel dès lors que les parents négligents sont en incapacité de répondre aux besoins de l'enfant de manière adaptée, ce qui induit des conséquences importantes sur le développement cognitif et psychoaffectif de ce dernier (Garret-Gloanec & Pernel, 2017). La négligence des parents constitue le motif de retrait le plus fréquent (2/3 des situations). Une étude récente met en évidence que 60% des parents maltraitants étaient négligents (Fortin, 2020.)

Maltraitance physique et psychologique

Environ 5 à 45% des parents dont les enfants sont placés en famille d'accueil se sont montrés violents physiquement et/ou psychologiquement envers leur enfants, cependant la violence physique semble moins fréquente que la violence psychologique (Lee et Thompson 2008 ; Strijker et al. 2008 ; Tarren-Sweeney 2008 ; Yampolskaya et al, 2014). Tandis que 15 à 63% des parents d'enfants placés en institution ont eu des comportements violents envers ces derniers, que ce soit sur le plan physique et/ou psychologique (Hussey 2006 ; Hussey et Guo, 2002 ; James et al. 2012 ; Lee et Thompson, 2008 ; Scholte et Van der Ploeg, 2010).

Abus sexuel

Certaines études estiment que 10% des parents d'enfant placés en famille d'accueil ou en institution ont commis des abus sexuels sur leur enfant (Bernedo et al., 2014 ; James et al., 2012 ; Scholte, 1997 ; Scholte et Van der Ploeg, 2010 ; Strijker et al., 2008 ; Tarren-Sweeney, 2008). Certaines études avancent des

pourcentages beaucoup plus élevés, allant de 28 à 48% (Minnis et al. , 2006 ; Hussey et Guo, 2002 ; Lee et Thompson, 2008).

3.1.2.7 Répétition transgénérationnelle

Plusieurs études suggèrent qu'il y aurait une transmission transgénérationnelle de la maltraitance (Calicis, 2006 ; Tilmans-Ostyn, 2004 ; Tilmans-Ostyn, Meynckens-Fourez, 1999). Cependant, Kaufman et Zigler (1987) montrent que seulement 30 % des enfants victimes d'une forme ou d'une autre de maltraitance deviennent à leur tour des adultes maltraitants. Lyons-Ruth et al. (1989) mettent en évidence qu'une grande partie des mères dont les enfants sont placés n'ont pas été maltraitées ou négligées durant leur enfance. Cependant, elles ont connu une histoire familiale difficile avec des parents souffrant de troubles psychiatriques, des conflits importants et récurrents au domicile, des ruptures familiales ainsi que des difficultés relationnelles avec leurs pairs. Ainsi, 31% des parents ont eux-mêmes vécu un placement dans leur enfance (Aranda, 2019). Plus récemment, Moreau et al. (2011) concluent que ce ne sont pas tant les comportements de maltraitance qui se transmettent d'une génération à l'autre, mais plutôt un contexte de victimisation qui se traduirait par une grande tolérance envers la violence d'autrui. Ils montrent également que ces jeunes mères connaissent des parcours de vie difficiles et cumulent les facteurs de risques en bénéficiant de relativement peu de facteurs de protection.

Lacharité (2007) démontre également que les familles les plus souvent confrontées aux services de protection de la jeunesse au fil des générations se distinguent des autres, non pas du fait de leur situation économique ou sociale, mais plutôt par l'existence de mauvais traitements dans l'enfance du parent, sa santé mentale et/ou ses caractéristiques personnelles.

3.1.2.8 L'accumulation des difficultés rencontrées par les parents

Il est rare que le parent se voie retirer son enfant pour une seule difficulté ou un simple problème. Souvent, celui-ci est confronté à des difficultés multiples et complexes qui proviennent d'une trajectoire de vie difficile (Lafortune et al., 2017).

Les femmes qui cumulent des problématiques telles que la toxicomanie, la pauvreté ou le manque de qualifications sont plus à risque de voir leurs enfants placés. Nair et al. (1997) identifient que le placement de ses autres enfants, la consommation d'héroïne ou les symptômes dépressifs, sont significativement liés à un placement de l'enfant, d'autant plus si ces caractéristiques se cumulent.

Simmat-Durand et al. (2012) identifient que l'accumulation des facteurs sociaux (absence de logement), des facteurs liés à la non-anticipation de la grossesse (grossesse non désirée ou non acceptée, mauvais suivi), combinés à la sévérité de

la consommation de la mère (acide, opiacés, polyconsommations) augmentent les risques de placement.

4 L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DES ENFANTS PLACÉS

4.1 La théorie de l'attachement

4.1.1 La théorie de l'attachement

Il est impossible d'aborder les problématiques spécifiquement liées à la santé mentale des enfants placés sans aborder les problématiques d'attachement, plus précisément, la théorie de l'attachement développée par John Bowlby (1969). Cette théorie a pour fondement que le bébé ou le très jeune enfant envoie des signaux de détresse à son parent en vue de solliciter une réponse à ses besoins (faim, fatigue, besoin de proximité ...) (Berger, 2014)). Ces signaux de détresse se manifestent à travers les différents comportements du bébé (pleurs, sourires, agrippement ...). De son côté, le parent va répondre aux comportements du bébé ou du très jeune enfant et s'efforcer d'assurer la protection ainsi que le bien-être de celui-ci (Bowlby, 1969) en adaptant notamment ses comportements, en utilisant par exemple des mots simples, en modifiant le ton de sa voix, en régulant sa distance physique à l'enfant ou augmentant ses expressions faciales, plus particulièrement les sourires (Tarabulsky, et al., 2008 ; Tronick et al., 1977).

La qualité, la régularité ainsi que la cohérence des réponses apportées par le parent aux signaux de détresse de l'enfant sont déterminantes pour que l'enfant parvienne à développer un attachement sécurisé. Ainsi, les premières années de l'enfant s'avèrent donc déterminantes pour le développement d'une bonne santé mentale.

4.1.2 Les types d'attachement

Hesse et Main (2000) identifient quatre types distincts d'attachement :

L'attachement sécure (B) qui concerne 56% des enfants dans une population normative française. Ce sont des enfants qui montrent une confiance importante envers leur parent, le considérant comme disponible et réconfortant. Ils se sentent dès lors suffisamment sécurisés pour pouvoir explorer leur environnement (Tereno et al., 2017).

L'attachement insécure-évitant (A) qui représente approximativement 27% des enfants dans une population normative. Il se développe à mesure que l'enfant reçoit de façon régulière des réponses inadéquates à ses sollicitations. Ces enfants paraissent généralement autonomes et indépendants dès un très jeune âge. Ils montrent peu d'affects lors des séparations comme des retrouvailles (Tereno et al., 2017).

L'attachement inséculaire-ambivalent (C) qui représente dans une population normative approximativement 17% des enfants. Il se développe lorsque le parent donne des réponses inconstantes tantôt adéquates, tantôt inexistantes, inadaptées ou trop intrusives. Cette imprévisibilité pousse l'enfant à réagir de manière forte avec des cris ou des pleurs. Celui-ci reste accroché à sa figure d'attachement au détriment des expériences d'exploration. Ces enfants réagissent très fort au moment des séparations et des retrouvailles (Tereno et al., 2017).

L'attachement inséculaire-désorganisé (D) qui représentent 15% de la population. L'attachement désorganisé se développe lorsqu'il est impossible pour l'enfant d'obtenir une réponse prévisible et adéquate à ses besoins. Les enfants vivent alors dans un état de « peur sans solution » car si à certains moments le parent pourra être source de sécurité (l'enfant va alors s'en rapprocher), à d'autres il pourra être vecteur de danger (auquel cas l'enfant va s'en éloigner). C'est pourquoi les enfants avec un style d'attachement inséculaire ou désorganisé adoptent des comportements contradictoires, donnant à la fois l'impression de chercher une proximité avec leur parent tout en essayant de les éviter ((Cicchetti & Barnett, 1991 ; Guédeney et al., 2012 ; Main et Solomon, 1986).

4.1.3 Les facteurs pouvant influencer les types d'attachement

Dès 1990, l'hypothèse est que l'attachement désorganisé constituerait une réponse à certains comportements du parent que l'enfant appréhenderait comme effrayants (Main et Hesse, 1990). Ainsi, les parents sont susceptibles d'adopter des comportements effrayants de manière inconsciente, et ce de manière très subtile. Ces comportements peuvent être de deux ordres : primaires et secondaires.

Les comportements effrayants primaires peuvent être par exemple des mouvements brusques et envahissants qui seront alors perçus comme menaçants par l'enfant sans métacommunication de la part du parent ; ou des comportements dissociés, si par exemple le parent adopte une intonation de voix sombre ou triste en affichant un sourire sur son visage ou s'il est comme pétrifié, n'effectuant alors plus aucun mouvement pendant un certain temps ; ou enfin si les parents sont perçus par l'enfant comme étant effrayés, s'il perçoit chez eux de la peur sans pouvoir y donner un sens (Dushinsky, 2018 ; Hesse et Main, 2006).

Les comportements effrayants secondaires ne sont pas considérés comme effrayants en tant que tels. Ce sont par exemple des comportements caractérisés par une inversion des rôles entre le parent et l'enfant, notamment quand le parent se soumet aux comportements agressifs de son enfant et s'il se sent démuni face à celui-ci. Les comportements trop sexualisés comme des baisers, des caresses

sensuelles ou encore des regards séducteurs rentrent également dans les comportements secondaires ainsi que les comportements désorganisés du parent par exemple, mouvements mal synchronisés, postures anormales, approche du nourrisson avec la tête détournée, l'immobilité pendant les pleurs de l'enfant ... (Dushinsky, 2018; Hesse et Main, 2006).

Les comportements effrayants du parent, ainsi que la peur subséquemment suscitée chez l'enfant, généreraient chez ce dernier deux réponses paradoxales, à savoir des comportements de rejet ou au contraire des comportements de rapprochement excessif à l'endroit de son parent (Hesse et Main, 2006). La maltraitance ou les négligences lourdes font partie des comportements les plus effrayants que le parent puisse adopter, c'est d'ailleurs la raison pour laquelle certaines recherches identifient que 86% des enfants victimes de maltraitance ou de négligence ont un attachement désorganisé (Cyr et al., 2012 ; Cyr et al., 2010). De même, les violences domestiques augmenteraient le risque de développer un attachement désorganisé, car il génère chez l'enfant un sentiment de peur envers le parent victime (Cyr et al., 2010).

Il est de surcroît important de noter que tous les enfants manifestant un type d'attachement désorganisé ne sont pas pour autant victimes de maltraitance, l'inverse étant aussi vrai (Granqvist, et al., 2017). Rappelons que Main et Hesse (2006) identifient que 15% des enfants manifestent un type d'attachement désorganisé dans la population tout venant. Même si nous pouvons faire l'hypothèse que certains parents soient maltraitants dans la population tout venant, il est par contre peu probable que ces parents maltraitants représentent 15% de la population.

En outre, il existe une corrélation entre l'attachement de type désorganisé chez un enfant et le fait que ses parents puissent souffrir de trauma ou de deuil non résolu et. Or, il semble vraisemblable que ces parents en souffrance puissent adopter par moment des comportements effrayants (van Ijzendoorn, 1995).

Une explication intéressante est avancée par Lyons-Ruth et Spielman (2004) qui permet de mieux comprendre l'attachement désorganisé. Celui-ci se manifesterait lorsque le parent se trouve désarmé face à la détresse de son enfant et que soit il ignore comment lui répondre, soit il le fait d'une manière perçue par l'enfant comme agressive ou effrayante. Ce serait donc une insensibilité parentale qui générerait un attachement désorganisé. En effet, les aptitudes des parents à percevoir les signaux de l'enfant et à y répondre de manière adéquate varient d'une personne à l'autre (Tarabulsky, et al., 2008).

Comme nous l'avons vu précédemment, le type d'attachement se développe dès le plus jeune âge. Or, les auteurs s'accordent sur la phase des 6/8 à 24 mois comme

étant la période la plus sensible pour le développement de l'attachement, particulièrement durant les six premiers mois qui préparent l'enfant aux attachements futurs (Gauthier et al., 2004 ; Haight et al., 2003 ; Zeanah et al., 2011).

Heureusement, jusqu'à cinq ans, il est possible d'infléchir la tendance en développant chez l'enfant ayant un attachement désorganisé un attachement sécurisé grâce à des expériences émotionnelles correctrices (Letourneau, et al., 2015). Cependant, les auteurs s'accordent sur le fait que plus celles-ci sont mises en place tôt dans le développement, plus les chances de récupération seront élevées (Zeanah et al., 2017). Les études ne précisent toutefois pas d'âge limite de récupération.

4.1.4 L'attachement dans les familles à risques

Certains chercheurs estiment que des facteurs externes tels que les problèmes d'assuétude, la précarité socio-économique ou la violence conjugale favorisent l'apparition d'un attachement désorganisé. De plus, la cumulation des problématiques qui se transmettent de manière intergénérationnelle augmente la probabilité des enfants d'avoir un attachement désorganisé (Cyr et al., 2010).

Le stress lié à la précarité socio-économique peut amener le parent à être psychiquement ou physiquement absent. Les enfants peuvent être amenés à être sans surveillance face à des situations dangereuses. Le parent peut être amené à ignorer les signaux de détresse de l'enfant ou l'enfant peut ressentir le stress dans lequel le parent se trouve. Par conséquent, les enfants vivant dans un milieu précarisé au niveau socio-économique auraient presque autant de probabilité de développer un attachement désorganisé que les enfants victimes de maltraitances (Bakermans-Kranenburg et al., 2004 ; Cyr et al., 2010).

Cicchetti et al. (2006) ont examiné le type d'attachement de 137 enfants maltraités âgés de 13 mois. Ils ont comparé les enfants vivants dans des milieux précarisés au niveau socio-économique maltraités et non maltraités, 42% d'enfants non maltraités avaient un type d'attachement désorganisé contre 90% pour les enfants maltraités.

À indice socioéconomique équivalent, Crittenden (1985 ; 1988 ; 1992) a montré que 37% des enfants maltraités présentaient une combinaison de type d'attachement insécurisant-ambivalent et évitant caractéristique de l'attachement désorganisé contre 7% des enfants non maltraités. Cicchetti et Barnett (1991) ont examiné l'attachement dans un échantillon de 44 enfants âgés de 30 mois. Trente-six pour cent des enfants maltraités ont montré un attachement insécurisant-

organisé contre 20% des enfants non maltraités. Ils ont également trouvé que 36% des enfants maltraités avaient un attachement désorganisé contre 15% des enfants non maltraités. Enfin, Moss, et al. (2007) ont trouvé que 55 % des enfants maltraités ont présenté un attachement désorganisé et 33 % des enfants non maltraités issus du même milieu socioculturel.

Steinhauer (1991) a montré que 82% des enfants vivant dans des familles à risques (maltraitance, négligence, maladie mentale d'un parent, toxicomanie ...) développent un attachement désorganisé-désorienté. Ils manifestent un refus de dépendre de l'adulte et une incapacité de conserver les bons moments sans les détruire. Ces enfants souffrent de plusieurs troubles : rage persistante, réaction agressive, troubles de l'apprentissage.

Berger (2014) insiste sur le fait qu'un enfant qui n'a pas développé un attachement à un minimum sécurisé conservera de graves séquelles affectives, sociales et cognitives. Le traitement de ces séquelles est souvent très difficile, voire impossibles avec les techniques de psychothérapie individuelle.

Les enfants souffrant d'un attachement désorganisé n'ont pas pu explorer le monde, c'est pourquoi ils souffrent en majorité de troubles de l'apprentissage. La déficience intellectuelle constatée chez ces enfants est à tort généralement attribuée à l'absence de stimulation parentale alors qu'elle provient plus d'une problématique d'attachement (Berger, 2014).

Les suivis longitudinaux d'enfants suivis en protection de l'enfance ont montré que la majorité des enfants développent des comportements agressifs à l'âge de cinq à sept ans, et présentent un risque élevé de troubles externalisés et internalisés (Lyons-Ruth et al., 1993 ; Lyons-Ruth et al., 1997). D'autres suivis d'enfants qui présentent un attachement désorganisé ont démontré des taux élevés de réactions de dissociation tout au long du développement et de troubles psychiatriques à l'adolescence (Carlson, 1998).

4.1.5 Les troubles de l'attachement

Chez l'enfant

Ouvrage de référence paru en 2016 aux États-Unis, le DC : 0-5 est la Classification Diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la petite enfance de 0 à 3 ans (Three & Perret, 2019). Le DC : 0-5 identifie le trouble réactionnel de l'attachement (TRA) qui se manifeste chez les enfants qui ne parviennent pas à développer un attachement avec un adulte après avoir subi de sévères négligences sociales. L'absence d'attachement se manifeste alors par le fait que l'enfant ne va pas solliciter le réconfort, l'aide, le soutien émotionnel

et la protection chez un adulte. L'enfant va par ailleurs trop facilement vers les personnes étrangères tandis qu'il ne manifeste aucune protestation en cas de séparation. L'enfant souffrant de ce trouble montre des réactions limitées, voire absentes dans les interactions sociales. Il a également des réactions émotionnelles inexplicables comme de la peur, de la colère ou de la tristesse. Ce trouble peut seulement être diagnostiqué à partir du neuvième mois. Assez rare, il n'existe à ce jour pas d'explication permettant de comprendre pourquoi certains enfants exposés à des situations de négligences sociales sévères développent un TRA et d'autres non (Three & Perret, 2019). Les symptômes du Trouble réactionnel de l'attachement peuvent disparaître lorsque l'enfant se trouve dans un milieu de vie qui lui permet de développer un attachement complet envers un donneur de soin (Chisholm, 1998; Lyons-Ruth et al., 2015).

Le DSM 5 reprend deux troubles de l'attachement qui doivent être distingués de la théorie de l'attachement telle qu'évoquée jusqu'ici dans ces pages, à savoir : le Trouble Réactionnel de l'Attachement (TRA) ainsi que le Trouble de l'Engagement Social Désinhibé (DSED) (American Psychiatric Association, 2013). Or, il faut être attentif à ne pas confondre ces troubles avec les attachements de type désorganisé ou insécurisé. En effet, le TRA et le DSED sont principalement identifiés chez les victimes de maltraitance ou chez les enfants qui ont un historique de vie en institution, en particulier s'il s'inscrit dans des structures où les soins prodigués sont les plus pauvres. À nouveau, tous les enfants victimes de maltraitance ou qui vivent pour une longue période en institution ne vont pas nécessairement développer ces troubles (Zeanah et al., 2017 ; Lyons-Ruth et al., 2015).

Le Trouble de l'Engagement Social Désinhibé est diagnostiqué dès lors que l'enfant montre une absence de réticences à entrer en contact avec les étrangers et une absence de préférence pour un donneur de soin (Lyons-Ruth et al., 2015). Par contre, même si un enfant qui souffre du Trouble de l'Engagement Social Désinhibé parvient à renouer un lien d'attachement privilégié avec un donneur de soin, se dirigeant vers lui pour trouver protection et réconfort, toutefois il continuera à approcher et échanger avec des étrangers de manière indiscriminée (Granqvist, et al., 2017).

4.1.6 Critiques et limites de la théorie de l'attachement

Certains chercheurs mettent en avant que la théorie de l'attachement semble avoir négligé certains aspects culturels (van Ijzendoorn et Sagi-Schwartz, 2008 ; Takahashi, 1986 ; Zilberstein, 2014).

Granqvist et al (2016) identifient que les enfants qui participaient à la recherche une deuxième fois, de même que ceux qui étaient angoissés, avaient une probabilité plus grande de manifester des comportements susceptibles d'être catégorisés comme désorganisés. Alors que dans un autre contexte, ils auraient vraisemblablement été identifiés comme organisés.

La méthodologie a également fait l'objet de critiques, les diagnostics n'ayant pas toujours été donnés par des cliniciens formés qui respectaient les fondements théoriques (Zilberstein, 2014 ; Ziv et Hotam, 2015).

L'aspect déterministe que confère la théorie de l'attachement aux premières années de vie de l'enfant a également été remis en question. Beckett et al (2007) mettent en évidence que grâce à des expériences positives, il est possible qu'un enfant avec un attachement désorganisé puisse par la suite développer un attachement sécurisé. Les mêmes constats ont également été très développés au niveau théorique et interventionnel pour les adolescents (Zilberstein, 2014).

Il y a également un grand risque de dérive dans l'interprétation des comportements liés à un attachement désorganisé ou insécurisé. Il est en effet indispensable d'éviter les raccourcis malheureux qui amènent à conclure que les attachements insécurisés ou désorganisés démontrent l'existence d'une maltraitance (Cyr, et al., 2012).

4.2 L'éclairage des neurosciences et du trauma complexe sur l'état psychologique des enfants

4.2.1 L'impact du stress chronique sur le développement du cerveau : la preuve par les neurosciences

Les avancées dans le domaine des neurosciences démontrent que les expériences négatives de vie peuvent provoquer un état de stress chronique chez l'enfant de sorte que les épisodes de maltraitements affectent le développement du cerveau et en conséquence, modifient les structures ainsi que le fonctionnement cérébral de manière importante (Linden., 2007 ; Twardosz, 2007 ; Twardosz & Lutzker, 2010).

Afin de mieux comprendre comment le stress chronique peut impacter le développement neurocognitif et socioaffectif de l'enfant, il est nécessaire d'avoir un aperçu du fonctionnement du système de stress.

Le système nerveux autonome est responsable des fonctions biologiques inconscientes, telles que la respiration, le rythme cardiaque ou encore la digestion.

Le système nerveux fonctionne à travers deux sous-systèmes : le système sympathique et le système parasympathique. Ces deux systèmes fonctionnent en opposition l'un à l'autre.

Lorsqu'il n'y a pas de situation de danger, le corps est régulé principalement par le système parasympathique. À l'inverse, la perception d'un danger ou d'une situation de danger déclenchée par le système nerveux sympathique libère automatiquement les hormones d'adrénaline et noradrénaline. Ces hormones déclenchent la réaction communément connue sous le nom de « Fight and Flight ». Les deux hormones augmentent alors entre autres le rythme cardiaque, envoyant davantage de sang aux muscles afin d'augmenter l'état général d'alerte ainsi que la mobilité du corps. En parallèle, l'arrivée du sang aux organes non vitaux à la survie, tels que l'estomac ou encore la peau, se trouve diminuée.

Du fait que ces réponses sont censées être de courte durée, le système parasympathique évalue après un certain délai si l'intervention du système sympathique s'avère encore nécessaire. Dans la négative, le système nerveux autonome retrouve son fonctionnement normal. Par contre, lorsque les facteurs de stress demeurent, le cerveau active un second système de réponse au stress appelé l'axe Hypothalamus–Hypophyso–Surrénalien (HPA). Le HPA libère alors du cortisol qui est connu dans le langage familier sous le nom de l'hormone du stress. De la même manière que le système sympathique, le HPA régule les fonctions du corps ainsi que l'humeur et les émotions pour aider l'individu à répondre au danger. Par exemple, il va stocker de l'énergie plutôt que de l'utiliser pour le système immunitaire. Le système de réponse au stress est prévu comme un mécanisme de survie à mobiliser sur un temps court. À travers le système de feedback interne, le HPA ramène l'organisme à un équilibre homéostatique une fois que le sentiment de danger a disparu (Sapolsky, 1994).

Dans les contextes de maltraitements ou de violences domestiques, la réponse au stress chez l'enfant se trouve activée de façon chronique en raison des traitements dont il est victime et/ou de la violence dont il est témoin. Alors que c'est le rôle du parent de rassurer son enfant lorsque celui-ci rencontre une situation de détresse émotionnelle, il se trouve non seulement être la source de stress dans le contexte de la maltraitance, mais il échoue le plus souvent à rassurer son enfant et dès lors réduire son anxiété (Herman 1992).

Sur le plan neurocognitif, plusieurs études ont identifié des différences entre les enfants maltraités et les enfants non maltraités. En effet, Sullivan et Knutson (2000) observent au travers d'une étude exploratoire effectuée sur plus de cinquante mille enfants américains, que les enfants victimes de maltraitements sont plus prompts que les enfants non maltraités à présenter des troubles de l'apprentissage ainsi que des retards intellectuels. Ces différences peuvent

s'observer notamment au niveau des habiletés en mathématiques et en lecture (Milijkovitch, et al., 2017). Les enfants victimes de maltraitements scorent plus bas au niveau de leurs compétences attentionnelles ainsi que de leurs fonctions exécutives, notamment au niveau du raisonnement abstrait (Beers et De Bellis, 2002 ; Enlow et al., 2012).

Cependant, même lorsque les expériences de maltraitance semblent similaires, les enfants y réagissent différemment pour des raisons à la fois génétiques et environnementales. L'importance des gènes dans l'influence de la réponse des enfants à la maltraitance a été bien illustrée par Caspi et al. (2002) qui ont analysé des données recueillies dans le cadre d'une étude longitudinale menée en Nouvelle-Zélande. Les garçons qui étaient maltraités étaient 60 fois plus susceptibles de développer des troubles du comportement et de devenir des délinquants violents s'ils étaient génétiquement prédisposés, c'est-à-dire s'ils possédaient la variante génétique entraînant de faibles quantités d'une enzyme qui aide à inactiver les neurotransmetteurs. Des quantités plus élevées de cette enzyme aident le système nerveux à faire face au stress accru de la maltraitance (Twardosz, J.R. et Lutzker, 2010). D'autres études ont reproduit ce résultat et indiquent que la susceptibilité à la dépression chez les enfants maltraités est également modérée par le génotype (par exemple, Kaufman, 2008).

Le domaine des neurosciences permet donc de comprendre l'impact du stress lié à la maltraitance sur le cerveau des enfants (Sullivan et Knutson, 2000 ; Beers et De Bellis, 2002 ; Enlow et al., 2012).

Plus récemment, d'autres études ont observé le même type d'impact lié au stress chez les enfants vivant dans des familles à haut risque qui cumulent les difficultés avec la précarité, sans qu'il y ait nécessairement de maltraitance ou de négligence. En effet, un pourcentage important d'enfants suivis par la protection de l'enfance sont exposés à de légers traumatismes psychologiques qui sont répétés et prolongés dans le temps, tels que la violence domestique et/ou l'indisponibilité psychique de parents trop préoccupés par leurs problèmes (Cyr et al., 2010). Cette exposition régulière/quotidienne finit par plonger l'enfant dans un état de stress chronique.

À terme, cette exposition peut affecter le développement du cerveau et modifier de manière importante les structures ainsi que le fonctionnement cérébral (Drubach, 2000 ; Linden et al., 2007 ; Twardosz, 2007). Dans ce cas de figure, les auteurs parleront de trauma complexe. Contrairement à un syndrome post-traumatique lié à un événement traumatique unique, le trauma complexe chez l'enfant se développe dans un environnement marqué par du stress chronique généré par une accumulation de stress engendrée par la maltraitance et/ou les difficultés familiales. Le trauma complexe a des répercussions globales et

persistantes sur l'enfant ainsi que sur le futur adulte (Terr, 1991). Des études sur l'accumulation des traumatismes ont identifié entre 10 et 27% d'enfants polyvictimisés dans une population non clinique pour une proportion de 66% dans les populations suivies par la protection de l'enfance (Cyr, et al., 2014 ; Milot et al, 2018).

L'exposition continue à un stress traumatique va impacter le développement de l'enfant au niveau des sept sphères développementales (Cook et al., 2003, National Child Traumatic Stress Network, 2015), à savoir :

- L'attachement (ex. : difficultés interpersonnelles, etc.)
- Les aspects biologiques (ex.: augmentation des problèmes médicaux au cours de la vie, etc.)
- La régulation des affects (ex: difficultés dans la gestion des émotions et dans l'autorégulation, etc.)
- La dissociation (ex. : problèmes d'amnésies, etc.)
- La régulation comportementale (ex. : problème d'impulsivité ; etc.)
- La cognition (ex. difficultés à se concentrer et à finaliser des tâches, etc.)
- L'estime de soi (ex. : pauvre estime de soi, etc.) (Cook et al., 2003)

Ces sept sphères du développement ont des influences négatives importantes dans le quotidien des enfants. Cent trente études conduites aux États-Unis ont permis d'analyser la situation de près de cent mille enfants suivis pour des raisons liées à l'existence d'un trauma complexe en raison de problématiques spécifiques au contexte familial. Cette recherche a mis en évidence que le trauma complexe impacte le développement de l'enfant sur 3 grandes catégories (Van der Kolk, B., 2014) :

- Un pattern de dérégulation émotionnelle envahissant
- Des problèmes d'attention et de concentration
- Des difficultés relationnelles et interpersonnelles

4.3 État psychologique des enfants

Comme nous l'avons décrit dans la partie 3, les enfants en protection de l'enfance vivent au sein de familles en proie à de nombreuses difficultés. Ils sont également souvent victimes de maltraitance ou de négligence. Ces conditions de vie peuvent en retour générer un trauma complexe qui aura un impact sur le développement cérébral de l'enfant provoquant ainsi des problèmes de santé mentale.

Il est donc logique que les enfants qui entrent dans le système de protection de l'enfance, que ce soit par le biais d'un placement en famille sélectionnée, d'un

placement en famille intrafamiliale (Tarren-Sweeney, 2008) ou d'un placement en institution (González-García et al., 2017), soient plus susceptibles de souffrir de troubles mentaux. Les enfants placés estiment que leur santé psychosociale globale est inférieure à leur santé physique, en particulier dans le domaine du fonctionnement émotionnel (Damnjanovic et al., 2011).

Vitte (2015) montre dans sa revue de littérature que les enfants pris en charge par la protection de l'enfance sont caractérisés par un large éventail de troubles mentaux : troubles d'extériorisation (trouble du comportement, trouble oppositionnel avec provocation et déficit d'attention, hyperactivité), des troubles anxieux et dépressifs et des troubles de l'attachement.

Ford et al. (2007) rapportent que les enfants placés ont des niveaux de troubles psychiatriques significativement plus élevés que les enfants socialement défavorisés qui vivent à la maison. Plus récemment, Llosada-Gistau et al. (2017) montrent que 20 % des enfants placés en dehors de leur foyer ont au moins un diagnostic psychiatrique, contre 3 % des enfants non placés. McCann et al. (1996) constatent également qu'une grande proportion d'adolescents souffraient de troubles psychiatriques graves, potentiellement traitables, mais passés inaperçus.

Au niveau scolaire, 14 % des enfants pris en charge dans la protection de l'enfance ont vécu au minimum une suspension ou une expulsion scolaire (Zima et al. 2000). De plus, 23 % des enfants placés présentaient des retards en lecture et en mathématique tandis que 13 % avaient redoublé au moins une classe (Zima et al. 2000).

4.3.1 L'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil

La prévalence des problèmes de santé mentale et physique chez les enfants placés en famille d'accueil est plus élevée par rapport à la population générale (Ogg et al., 2015). Tarren-Sweeney (constate que près de 23 % des enfants placés en famille d'accueil présentaient une déficience intellectuelle. Celle-ci est souvent associée à des niveaux plus élevés de psychopathologie (Hussey et Guo 2002 ; Tarren-Sweeney 2008). Ainsi, les enfants placés en famille d'accueil risquent de développer des difficultés médicales, comportementales et émotionnelles (Oswald et al. 2010 ; Smith et al. 2007), tandis que leurs capacités cognitives ainsi que leurs résultats scolaires sont souvent en retard (Vacca, 2008). De surcroît, les enfants placés en famille d'accueil ont une plus faible estime d'eux-mêmes (Ackerman et Dozier, 2005), un réseau relationnel moins développé et ils sont moins diplômés (Frechon et Dumaret, 2008) que la population tout venant.

Selon l'étude de Chernoff et al. (1994), 90% des enfants avaient des problèmes de santé à leur entrée en famille d'accueil (vue, ouïe, poids, développement, dentition). Environ 6 % des enfants placés en famille d'accueil semblent connaître une combinaison complexe de problèmes médicaux et de santé mentale (Yampolskaya et al. 2014).

La méta-analyse effectuée par Goemans et al. (2016) montre que les enfants placés en familles d'accueil ont plus de problèmes d'extériorisation ainsi que des problèmes comportementaux généraux que les enfants de la population tout venant. Toujours selon cette même méta-analyse, les enfants placés en familles d'accueil présenteraient plus de retard sur le plan cognitif, développemental ainsi que sur la plupart des aspects comportementaux par rapport aux enfants de la population générale. La plupart des études estiment que 44 à 66% des enfants placés en famille d'accueil souffrent de problème de santé mentale (Arora et al., 2014 ; Bellamy et al., 2010 ; Maaskant et al., 2014 ; McNicholas, et al. 2011 ; Scozzaro et Janikowski, 2015).

Comme nous le notons, les enfants placés en famille d'accueil ont plus de dépressions et de troubles de développement que les enfants non placés. C'est probablement la raison pour laquelle ils se voient prescrire plus de psychostimulants, d'antidépresseurs et d'anticonvulsivants (dosReis et al., 2001). Chernoff et al. (1994) constatent que parmi les enfants âgés de plus de 3 ans, 15 % ont admis ou ont été suspectés d'idées suicidaires pour 7 % d'idées homicides, 39,2 % des jeunes ont déclaré soit être en dépression, soit avoir un problème d'addiction à l'alcool ou à la drogue, 8,3 % déclarant souffrir de ces deux problématiques en même temps (Guibord et al., 2011). Pilowsky (1995) a passé en revue les recherches portant sur la psychopathologie des enfants placés en famille d'accueil, ce qui lui a permis d'en dégager des prévalences variées, quoiqu'élevées, et en particulier une saillance des troubles d'extériorisation. Les enfants placés en famille d'accueil souffrent également dans une plus large mesure de troubles de l'attention/d'hyperactivité ainsi que de problèmes de relations avec les pairs (Minnis et al., 2006).

Cependant, d'autres études mettent en évidence que 60% des enfants placés en familles d'accueil ont peu ou pas de problèmes de comportement (64,2 %) et émotionnels (58,6 %) (Bell et al., 2015 ; Proctor et al., 2010).

Comme nous l'avons vu, les enfants placés en famille d'accueil sont une population à haut risque pour ce qui concerne les troubles de l'attachement ainsi que le développement d'un trauma complexe. Ces enfants vivent les premiers instants de leur vie dans des familles toxiques, pour en être ensuite séparés puis placés en institution et/ou dans une ou plusieurs familles d'accueil (voir partie 3).

En conséquence, ils développent souvent une profonde incapacité à faire confiance aux adultes qui veulent prendre soin d'eux. Ils développent souvent : une rage persistante, une dépression chronique, un comportement asocial et antisocial, une mauvaise image d'eux-mêmes et une dépendance chronique (Gauthier et al., 2004). Tarren-Sweeney (2013) constate que 20 % des enfants placés en famille d'accueil ont des problèmes d'attachement complexes non réductibles à d'autres troubles psychiatriques.

Smyke et al (2012) ont comparé un échantillon d'enfants placés en institution, dont une partie avait été placée en famille d'accueil tandis que l'autre était restée en institution. Or, cette étude montre que lorsque les enfants qui vivaient en institution sont placés en famille d'accueil, ceux-ci résorbent leurs troubles de l'attachement et développent un attachement sécurisé après seulement 8 mois en famille. Zeanah et al. (2017) constatent dans leur étude que les enfants placés en famille d'accueil retrouvent un attachement sécurisé après avoir été placés 24 mois en famille d'accueil. Enfin, les enfants adoptés avant 12 mois ont le même pourcentage d'attachement sécurisé que les enfants tout venant (van den Dries et al., 2009).

Dale et al. (1999) ont examiné 152 enfants placés âgés de 6 à 8 ans pour démontrer que 30% des enfants placés en famille d'accueil présentaient des symptômes de stress post-traumatique. Ces résultats sont confirmés par Craven et Lee (2006) qui constatent que 22% des enfants en famille d'accueil, quel que soit leur âge, présentent des symptômes inquiétants de stress post-traumatique. Ces traumatismes peuvent provenir d'événements vécus dans leur enfance (Greeson et al., 2011) ou des diverses ruptures dans le parcours de placement (changement d'institution ou de famille) (Rosenfeld et al., 1997 ; Stone et Stone, 1983).

4.3.2 Le type de famille d'accueil

La recherche a suivi les évolutions du placement intrafamilial. Dans les années 90, il y avait peu de recherches visant à comparer les effets du placement intrafamilial à celui du placement en famille sélectionnée (Farmer, 2009 ; Iglehart, 1994 ; Broad, 2004 ; Berrick et al., 1994). Les années 2000 ont vu les politiques de placement évoluer vers une formalisation du placement intrafamilial, un mouvement par la suite suivi par la recherche.

Iglehart (1994) a comparé environ 350 adolescents placés chez un proche avec 640 adolescents placés en famille d'accueil sélectionnée. S'il a ainsi pu mettre en évidence qu'en moyenne, les deux groupes avaient le même état de santé mentale, à l'évidence les adolescents placés chez un proche avaient moins de graves problèmes de santé mentale.

Benedict et al (1996) ont mis en évidence que 71% des enfants pris en charge par une famille d'accueil sélectionnée présentaient des problèmes de santé mentale, telles que la dépression ou l'anxiété alors que ce taux plafonnait à 39% pour les enfants placés chez un proche. En outre, des problèmes de comportement ont été plus souvent signalés chez les enfants placés en dehors de la famille (Benedict et al, 1996).

L'office des statistiques nationales en Angleterre a publié un rapport d'enquête sur la santé mentale des enfants placés en 2002 (Goodman et al., 2002) dont il est notamment ressorti que 40% des enfants placés en famille sélectionnée souffraient d'un trouble mental, alors que pour les enfants placés au sein du milieu intrafamilial, ce taux était de 32%.

Holtan et al. (2005) ont trouvé que 52% des enfants placés en famille sélectionnée connaissaient des problèmes émotionnels et comportementaux contre seulement 36% des enfants placés chez un proche. Ce résultat s'est vu confirmé par une autre étude (Berrick et al., 1994), qui a permis de montrer que les enfants placés chez un proche avaient significativement moins de problèmes de comportement que les enfants placés dans une famille sélectionnée. Une méta-analyse récente de 102 études (Winokur et al., 2014) comparant les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale ou sélectionnée conclut que ceux qui ont été placés chez un proche s'en sortaient mieux, qu'ils avaient moins de problèmes de comportement ainsi qu'un meilleur bien-être général.

McSherry et al (2016) n'ont pas identifié de différence au niveau de l'attachement entre les enfants placés en famille d'accueil sélectionnée et intrafamiliale. Pour la majorité des enfants de cette étude, le score d'attachement sécurisé était élevé. Cela provenait très probablement du fait que les sujets de cette étude avaient été placés dès leur plus jeune âge et que ce placement avait duré longtemps. En effet, il est avéré qu'un placement précoce et inscrit dans la durée permet le développement d'un attachement sécurisé, autant dans le cadre de placements intrafamiliaux que de placements en familles sélectionnées (McSherry et al., 2013). McSherry et al. (2016) n'ont identifié aucune différence significative au niveau du concept de l'estime de soi entre les enfants placés en famille intrafamiliale et ceux placés en famille sélectionnée. La plupart des enfants de cette étude avaient d'ailleurs développé une image d'eux-mêmes aussi positive, voire meilleure que les enfants non placés. Rappelons que tous les enfants concernés par cette étude connaissaient un placement de longue durée depuis leur petite enfance. Selon les données recueillies dans l'étude, les relations entre les enfants et leurs parents d'accueil étaient basées principalement sur l'amour et l'affection mutuelle. Cela rejoint en partie les conclusions d'Ackerman et Dozier (2005). Selon ces derniers, un grand pourcentage d'enfants placés nourrissent une

mauvaise estime d'eux-mêmes qui s'explique par le sentiment d'abandon lié au placement, des expériences précoces de mauvais traitement et/ou l'instabilité du placement. Néanmoins, l'estime de soi des enfants placés est susceptible de connaître une amélioration lorsque les personnes qui s'occupent d'eux s'investissent pleinement au niveau émotionnel, leur offrant sécurité et stabilité.

Il semble donc que, plus que le type de placement familial, ce soit la longévité ainsi que la stabilité du placement, de même que la qualité et la profondeur de la relation entre l'enfant et les adultes qui s'occupent de lui qui s'avèrent déterminantes. En étudiant l'impact de la sensibilité interactive des parents d'accueil sur le développement d'un attachement sécurisé chez l'enfant, Saint-Pierre (2016) a constaté que les familles sélectionnées présentaient une sensibilité plus faible. Or, ceci avait pour conséquence que les enfants placés dans ces familles se caractérisaient par un attachement moins sécurisé en comparaison avec ceux placés dans les familles d'accueil intrafamiliales. Une différence qui s'explique selon lui par le fait que les familles d'accueil intrafamiliales sont plus sensibles aux besoins de l'enfant, dès lors qu'elles étaient déjà investies dans sa vie avant son placement. Ceci l'amène à conclure que ce n'est donc pas le placement en dehors de la famille en tant que tel qui va impacter le sentiment de sécurité d'attachement, mais bien la relation c'est-à-dire la sensibilité interactive existant entre l'enfant et ses parents d'accueil (Saint-Pierre, 2016).

Les différentes recherches mettent donc en avant que les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale ont une meilleure santé mentale par rapport aux enfants placés en famille d'accueil sélectionnée. Plusieurs auteurs avancent différentes hypothèses pour expliquer cette différence. Berrick et al (1994) ont comparé ces deux types de population en évaluant le recours des enfants aux soins de santé or ils ont ainsi pu montrer que ceux qui avaient été placés en famille d'accueil sélectionnée recouraient dans une plus large mesure aux soins de santé : en effet, 15% des enfants placés chez un membre de leur famille recourent à des soins de santé pour 25% des enfants placés en famille sélectionnée. D'autres résultats suggèrent à ce titre que les enfants placés en FA ont des besoins médicaux spéciaux, tandis que les programmes de soins spécialisés sont plus accessibles aux familles d'accueil sélectionnées. Les enfants placés en famille sélectionnée recevraient également plus de soins des services de santé mentale.

Une autre explication peut provenir du fait que les familles d'accueil intrafamiliales ne sont pas encadrées de la même manière par les services de protection de l'enfance que les familles d'accueil sélectionnées (Scannapieco et Hegar, 2002). Elles reçoivent moins d'aide et de services (tels que des groupes de soutien ou des formations) (Berrick et al., 1994 ; Scannapieco et al., 1997 ; Jimenez et Palacios, 2008). Elles ont par ailleurs moins de contacts avec les

travailleurs sociaux et sont dès lors moins supervisées. Benedict et al. (1996) ont émis l'hypothèse que parce que les familles intrafamiliales bénéficient de moins de services et d'une moindre supervision, elles recourent difficilement et moins rapidement aux services de santé mentale. En outre, les familles d'accueil intrafamiliales ont tendance à moins solliciter les conseils des intervenants sociaux, probablement parce qu'elles considèrent qu'ils ne sont pas en mesure de leur apporter l'aide qui leur est nécessaire en vue de résoudre les difficultés qu'ils rencontrent avec l'enfant et le fonctionnement de la famille (Le Prohn, 1994). Les familles d'accueil intrafamiliales ont en outre tendance à dissimuler les difficultés que rencontre l'enfant, de peur que celui-ci puisse leur être retiré par les services de protection de l'enfance (Peters, 2005).

De plus, les familles d'accueil intrafamiliales reçoivent en général moins d'argent par rapport aux parents d'accueil sélectionnés. Certaines familles d'accueil intrafamiliales ne remplissent pas toujours les conditions pour recevoir une aide financière (Ehrle et Green, 2002) notamment, car la majorité des placements intrafamiliaux sont informels ce qui soustrait par conséquent les enfants au suivi des agences de protection de l'enfance (Messing, 2006). Ce manque de ressources financières a également pour conséquence que ces familles recourent moins aux services de santé mentale.

Berrick et al.(1994) et Le Prohn (1994) expliquent cette différence par le fait que les familles d'accueil intrafamiliales et sélectionnées ont des attitudes différentes. Les familles d'accueil intrafamiliales ont une vision plus positive de l'enfant et de ses comportements, ce qui les pousse à nier ou minimiser ses problèmes et difficultés. Alors que dans le cas des parents d'accueil sélectionnés qui sont plus formés et supervisés, ils tendent plus rapidement à pathologiser l'enfant, identifiant plus facilement ses besoins.

Enfin, les parents des familles d'accueil intrafamiliales ne semblent pas être les observateurs les plus objectifs pour ce qui touche à l'état de l'enfant qu'ils accueillent. Dans les études qui prennent en compte le point de vue des familles d'accueil, les familles d'accueil intrafamiliales évaluent plus positivement les enfants dont ils ont la charge que les familles sélectionnées (Holtan et al., 2005 ; Benedict et al., 1996). Tandis que les études qui prennent en compte le point de vue des enseignants ne constatent aucune différence entre les deux types de placement (Font, 2014). Cela met en évidence la nécessité d'une évaluation par un observateur externe de l'état psychologique des enfants placés chez un membre de la famille comme des enfants placés en dehors de la famille (Berrick et al., 1994).

Cela expliquerait également pourquoi très peu de différences ont pu être établies entre le fonctionnement des deux groupes à l'âge adulte. En 1996, Benedict et al.

n'identifient aucune différence à l'âge adulte entre les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale et ceux placés en famille d'accueil sélectionnée concernant la santé physique et mentale, le niveau d'éducation, l'emploi et les revenus.

4.4 L'impact du placement en institution

Les enfants placés en institution souffrent des mêmes problèmes de santé mentale que ceux placés en famille d'accueil, car ils ont les mêmes facteurs de risques d'apparition des problèmes émotionnels et comportementaux que ceux placés en famille d'accueil (González-García et al., 2017).

Plus de la moitié des enfants ont des problèmes de comportement au moment de leur admission en institution (James et al. 2012 ; Scholte 1997 ; Scholte et Van der Ploeg 2010). Scholte et Van der Ploeg (2010) ont observé des signes de détachement social et émotionnel chez 31 % des enfants placés en institution.

Environ la moitié des enfants placés en institution fréquentent une école spéciale, car ils ont des difficultés d'apprentissage, des problèmes de concentration ainsi que d'autres problèmes neuropsychiatriques ou scolaires liés aux raisons du placement (Black et Newman, 1996 ; Cicchetti & Toth, 1995). Dans leur étude, Hussey et Guo (2002) précisent que les enfants placés en institution ont un QI moyen de 82. Rappelons qu'un QI en dessous de la moyenne est associé à des niveaux plus élevés de psychopathologie ((Leloux-Opmeer et al., 2017). En France, Sastre et Ferrière (2000) ont conclu que le bien-être des adolescents vivant dans des foyers pour enfants semblait être fortement affecté, de même que leur satisfaction de vie ou leur sentiment de croissance personnelle. Les enfants vivant dans de grands centres résidentiels présentent un bien-être inférieur à celui des enfants vivant dans de petites structures (Llosada-Gistau et al, 2017).

Le placement en institution pose directement la question de la figure d'attachement. En effet, le nombre de figures d'attachement varie en fonction des institutions et des pays, par exemple entre 4-6 enfants par éducateur en Grèce, 12 enfants par éducateur en Roumanie, 3-7 par éducateur en Ukraine. Plus un éducateur a d'enfants à sa charge, moins les interactions de qualité avec ceux-ci seront propices, se limitant aux soins globaux (nourrir, changer, laver, etc.). L'éducateur a donc moins d'occasions de s'impliquer au niveau émotionnel ou même d'avoir du temps pour jouer. Ensuite, le turn-over, les vacances, les congés maladie génèrent autant de disruptions au niveau des figures d'attachement. Certains enfants placés en institution ont parfois connu 50 éducateurs avant d'atteindre l'âge de quatre ans (Bakermans-Kranenburg, et al., 2011; Vorria, et al., 2003). En regard de la théorie de l'attachement, il est facile de comprendre que la multiplicité des éducateurs et donc des réponses apportées aux enfants sont

susceptibles de créer un style d'attachement insécurisé ou désorganisé. Par ailleurs, si les éducateurs sont formés à prodiguer les soins de base, peu d'entre eux sont formés à réagir de manière sensible aux enfants (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). Des raisons pour lesquelles, 72,8% des enfants placés en institution souffrent d'attachement désorganisé (Bakermans-Kranenburg, et al., 2011).

Scholte et Van der Ploeg (2010) ont constaté que 52% des enfants placés en institution présentaient un type d'attachement insécurisé. C'est 14% en plus que la population des enfants (âgés de 0 à 4 ans) de la classe moyenne " normale ", dans des groupes non cliniques en Amérique du Nord de (Van IJzendoorn et al., 1999). Dans le cadre d'un placement en institution de petite taille, 50 % des enfants présentaient des problèmes d'attachement (Van der Steege 2012). Enfin, Scholte et Van der Ploeg (2010) ont trouvé des signes de détachement social et émotionnel chez 31 % des enfants placés en institution.

Llosada-Gistau et al. (2017) suggèrent que le placement résidentiel est spécifiquement plus approprié pour certains enfants, à savoir ceux :

- Qui ont besoin d'un programme structuré, qui ne peuvent pas tolérer l'intimité émotionnelle d'une famille d'accueil ;
- Dont la relation avec les parents biologiques génère un conflit de loyauté trop important pour permettre un placement en famille d'accueil ;
- Qui souffrent de problèmes comportementaux ou émotionnels trop importants. Les problèmes comportementaux extériorisés de l'enfant étant l'une des principales raisons des ruptures de placement en famille d'accueil (Barber et Delfabbro, 2002 ; Newton et al., 2000 ; Strijker et al., 2008 ; Vanschoonlandt et al., 2012). Le degré de problèmes de comportement augmente donc le risque d'un placement en institution, en particulier pour les enfants plus âgés (Esposito et al., 2013).

Plusieurs chercheurs ont mis en évidence que lorsque ces troubles sont trop importants chez les enfants, ceux-ci récupèrent mieux lorsqu'ils sont placés dans des institutions de petite taille (moins de 10 enfants) (Barber et al., 2001 ; Butler et McPherson, 2007 ; De Swart et al., 2012 ; Doran et Berliner, 2001 ; Hussey et Guo, 2002 ; Scholte, 1997).

Cependant, ces recommandations sur les meilleures pratiques reposent sur un étayage scientifique maigre (Curtis et al., 2001). Anglin (2004) constate que le placement en institution serait plus bénéfique pour les enfants qui ont besoin d'un environnement structuré et hautement supervisé. Plusieurs recherches mettent également en évidence que le bien-être psychologique des jeunes s'améliore lors de leur prise en charge en institution (Knorth et al., 2008 ; Scherrer, 1994).

4.5 Comparaison des impacts du placement en famille d'accueil et en institution

Même si les enfants placés en famille d'accueil et en institution souffrent de problème de santé mentale, il existe de nombreuses études qui mettent en avant des différences significatives entre ces deux populations. Plusieurs recherches indiquent qu'il y a des avantages à court comme à long terme à placer les enfants en famille d'accueil plutôt qu'en institution (Dregan et Gulliford, 2012 ; Smyke et al., 2012).

Trente pourcents des enfants placés en famille d'accueil présentent des problèmes de développement cognitif ainsi que des mauvais résultats scolaires (Bernedo et al., 2014 ; James et al., 2012 ; Minnis et al., 2006 ; Scholte 1997 ; Tarren-Sweeney, 2008) tandis que ce pourcentage varie entre 20% et 50% pour les enfants placés en institution (James et al., 2012 ; Scholte, 1997 ; Scholte et Van der Ploeg, 2010).

Damnjanovic et al. (2011) montrent que les enfants et les adolescents placés en institution connaissent des troubles anxieux ainsi que des symptômes de dépression plus fréquents que ceux qui sont placés en famille d'accueil. Ainsi, les enfants placés en institution présenteraient un bien-être psychologique inférieur à celui des adolescents vivant dans des familles d'accueil (Dinisman et al., 2012 ; Llosada-Gistau et al., 2015 ; Schütz et al., 2015). Poletto et et Koller (2011) ont constaté que les enfants placés en institution présentaient plus d'affects négatifs par rapport à ceux vivant dans une famille d'accueil.

Ensuite, les enfants placés en institution présentent plus de problèmes de comportement par rapport aux enfants placés en famille d'accueil (James et al., 2012 ; Scholte, 1997 ; Scholte et Van der Ploeg, 2010). Les taux de diagnostics concernant les troubles du comportement ou les troubles oppositionnels avec provocation chez les jeunes entrant en institution atteignent les 75 % (Gilman et Handwerk., 2001), soit des proportions deux fois supérieures à celles des jeunes placés en famille d'accueil (McMillen et al., 2005). Pour ce qui concerne les problèmes émotionnels, 14 à 45 % des enfants placés en famille d'accueil en souffrent (CBCL) (Armsden et al., 2000 ; Bernedo et al., 2014 ; James et al., 2012 ; Minnis et al., 2006 ; Scholte, 1997 ; Sullivan & van Zyl, 2008 ; Tarren-Sweeney, 2013 ; Vanderfaeillie et al., 2013), contre 39 à 57 % des enfants placés en institution (James et al. 2012 ; Scholte 1997 ; Scholte et Van der Ploeg 2010). Enfin, 34 à 63 % des enfants placés en famille d'accueil présentent des problèmes d'extériorisation (CBCL) (Armsden et al., 2000 ; Bernedo et al., 2014 ; James et al., 2012 ; Minnis et al., 2006 ; Tarren-Sweeney, 2013 ; Vanderfaeillie et al., 2013 ; Vanschoonlandt et al., 2013) alors que 40 à 60 % des enfants placés en institution présentent un comportement hyperactif et impulsif ou un comportement provocateur et antisocial (Van der Steege, 2012).

Une étude réalisée par Tarren-Sweeney (2008) indique que 36 % des enfants placés en famille d'accueil se sont vus prescrire un médicament, les plus courants étant ceux qui modifient l'humeur (psychotropes) ou contre l'asthme. Pour les enfants placés en institution, Hussey et Guo (2002) rapportent un pourcentage très élevé (92 %) d'enfants utilisant des médicaments psychotropes.

Les résultats de Scholte (1997) montrent que 8 % des enfants placés en famille d'accueil connaissent des problèmes relationnels avec leurs pairs contre 46 % des enfants placés en institution (Scholte, 1997). Minnis et al. (2006) rapportent en revanche un pourcentage beaucoup plus élevé de 63 % d'enfants placés en famille d'accueil rencontrant des problèmes dans leurs relations avec leurs pairs. En ce qui concerne les enfants placés en institution, Van der Steege (2012) fait état de 29 % des enfants qui ont des problèmes avec leurs pairs.

4.6 Les facteurs influençant l'état psychologique des enfants placés

Les enfants placés en famille d'accueil ont donc en moyenne une meilleure santé mentale et moins de problèmes comportementaux, émotionnels et relationnels que ceux placés en institution (Lee et al., 2011 ; Li et al., 2019). Une différence qui s'explique par la combinaison de plusieurs facteurs que nous allons développer dans les pages suivantes.

4.6.1 Les traumatismes vécus par l'enfant

À la lumière du trauma complexe (voir point 4.2) , les problèmes de santé mentale des enfants placés s'expliquent notamment par leur vécu dans leur famille d'origine avant le placement. La majorité des enfants suivis par les services de protection de l'enfance dans les services d'aide à l'enfance cumulent des facteurs de risque pour le développement psychosocial : relations perturbées, maltraitance des enfants, négligences, violences domestiques, toxicomanies des parents, pauvreté (Taussig, 2002). En outre, ces facteurs sont associés chez les enfants à des taux élevés de problèmes émotionnels, du comportement et de l'apprentissage, d'une faible estime de soi et d'une mauvaise régulation des affects ainsi que de troubles psychosomatiques (Black et Newman, 1996 ; Cicchetti et Toth, 1995 ; Grizenko et Pawliuk, 1994 ; Kilpatrick et Williams, 1997). Les enfants négligés (émotionnellement) sont les plus vulnérables aux troubles de l'humeur comme l'anxiété ou la dépression, à l'avenir (Spinhoven et al., 2010)

Les problèmes de santé mentale peuvent être engendrés par les traumatismes vécus avant le placement en famille d'accueil des enfants, alors qu'ils vivaient

avec leurs parents : 5 à 45 % d'entre eux ayant connu de la violence émotionnelle et physique (Bernedo et al., 2014 ; James et al., 2012 ; Lee et Thompson, 2008 ; Scholte, 1997) contre 15 à 63% des enfants placés en institution (Hussey et al., 2006 ; Hussey et Guo, 2002 ; James et al., 2012 ; Lee et Thompson, 2008 ; Scholte et Van der Ploeg, 2010).

À ces traumatismes peuvent s'ajouter ceux générés par le placement lui-même. En effet, le placement s'accompagne généralement de nombreuses pertes : la séparation de leurs parents, de leurs frères et sœurs, de leurs grands-parents, de leur école et de leur réseau social comme amical (Bass et al., 2004 ; Greeson, 2013 ; Perry, 2006 ; Sykes et al., 2002). De plus, les enfants sont souvent confrontés à des sentiments complexes, faits d'un mélange de sentiments d'abandon, de rejet (Charles et Nelson, 2000), de culpabilité et de responsabilité (Salahu-Din et Bollman, 1994). Ces facteurs augmentent le risque de développer des problèmes de comportement et de santé mentale susceptibles de nuire au développement normal (Leslie et al., 2000).

Ces traumatismes provoquent une détresse chez les enfants et les jeunes, ce qui les rend plus enclins à adopter des comportements risquant de mettre en péril le placement, tels que l'agression physique et sexuelle, la délinquance, la destruction de biens, l'automutilation, l'usage et l'abus de substances ainsi que les fugues (Callaghan et al., 2004 ; Chambers et al., 2018 ; Moore et al., 2016 ; Orme et Buehler, 2001).

Le type ainsi que le degré de maltraitance comme de négligence subies sont avec la déficience intellectuelle, les facteurs prédictifs les plus forts de problèmes de santé mentale chez les enfants placés (Tarren-Sweeney, 2008 ; Jones et Morris, 2012). Le fait d'avoir été abusé sexuellement constitue le facteur de risque le plus élevé pour les problèmes psychologiques (Hukkanen et al., 1999). Cependant, alors que de nombreuses études ont évalué les effets traumatiques de la maltraitance surtout physique et les abus sexuels, plusieurs recherches ont également mis en évidence que la négligence serait tout aussi traumatique et néfaste pour l'enfant que la maltraitance (Ogawa et al., 1997 ; De Bellis, 2005 ; Schore, 2001).

4.6.2 Les ruptures vs la stabilité et la permanence dans le placement

La littérature reprend différentes terminologies pour qualifier la stabilité du placement, tantôt certains parlent de stabilité, tantôt certains parlent de permanence ou de perspective.

Il existe un lien entre la stabilité du placement et le bien-être de l'enfant (Berger, 2014). Barber et al. (2001) définissent l'instabilité comme la situation dans laquelle l'enfant a connu deux placements ou plus en famille d'accueil, ou d'autres placements dans un délai de quatre mois. Pardeck (1984) décrit comme instable une situation dans laquelle un enfant a fait l'objet de trois placements ou plus, bien que sa description ne précise pas l'intervalle de temps dans laquelle ces placements ont lieu. De 30 à 50% des enfants placés connaissent de graves perturbations de placement (Scholte, 1997 ; Van den Bergh et Weterings, 2011). Par permanence, il faut entendre la permanence relationnelle, la permanence physique et la permanence juridique (Sanchez, 2004). La permanence relationnelle correspond au développement d'une relation aimante sur le long terme avec des figures parentales, telles que les parents d'accueil et les parents biologiques. Cela implique d'autre part une permanence avec d'autres personnes importantes, telles que les frères et sœurs, les amis, la famille élargie et les petits amis.

Près de la moitié des enfants placés ont transitionné directement de leur foyer de naissance à une famille d'accueil lors de leur premier placement (Barber et Delfabbro, 2009 ; Holtan et al., 2005 ; Strijker, et al., 2008). Une vaste étude de Yampolskaya et al. (2014) montre que près 25% des enfants placés ont déjà connu un placement antérieur. Pour les enfants placés en famille d'accueil, certaines études font état d'une moyenne de 3,1 à 3,4 placements antérieurs (Lee et Thompson 2008 ; Tarren-Sweeney, 2013). D'autres études relatives au placement familial ont fait état d'une moyenne plus faible comprise entre 1,3 et 1,8 (James et al., 2012 ; Strijker et al., 2008). Enfin, les placements antérieurs en institution semblent être les plus nombreux, avec une moyenne d'au moins 4 (Hussey et al., 2006 ; Hussey et Guo, 2002 ; James et al., 2012). James et al. (2012) concluent que les enfants placés en institution connaissent en moyenne beaucoup plus de placements que les enfants placés en famille d'accueil.

La stabilité du placement s'avère nécessaire en vue de répondre aux besoins de développement des enfants comme des jeunes (Pasztor et al., 2006 ; Schmidt et Treinen, 2017 ; Schormans et al., 2006). Cette stabilité permet également d'assurer la sécurité des enfants (Lanigan et Burleson, 2017) et de permettre une meilleure communication au sein des familles (Storer et al., 2012). Lorsque l'enfant est amené à déménager d'un endroit à un autre, les relations sociales antérieures se distendent et se perdent. Les déménagements successifs impliquent chaque fois l'adaptation de l'enfant à un environnement social et physique différent. Cela exige l'apprentissage de nouvelles règles de vie, l'adaptation à de nouvelles personnes, un changement d'école, ainsi que le développement d'un nouveau réseau social (Strijker et al., 2008). Proch et Taber (1985) considèrent cet effort d'adaptation face à un environnement changeant comme un facteur de rupture dans le développement de l'enfant.

Les effets de stabilité du placement sont multiples pour les enfants : bien-être social, émotionnel et comportemental (Mitchell et Vann, 2016), réussite scolaire (Pecora, 2012) et un meilleur statut économique (Trejos-Castillo et al., 2015). À l'inverse, l'instabilité a de nombreux effets délétères sur les enfants placés, diminuant les possibilités de réunification familiale (Rock et al., 2013) et augmentant le risque d'échec des réunifications lorsque celles-ci sont envisagées et/ou ont lieu (Victor et al., 2016). Les effets négatifs se manifestent aussi à l'âge adulte, car les enfants qui ont vécu plusieurs placements risquent de connaître plus de problèmes d'addiction (Long et al., 2017), de se trouver sans domicile fixe (Shah et al., 2017), d'être incarcérés (Ryan et Testa, 2005) et de connaître le chômage (Dworsky et Gitlow, 2017). Le fait que les enfants placés vivent ces différentes ruptures de placement expliquerait pourquoi les enfants placés ont tendance à être plus à risque que d'autres enfants non placés ayant vécu les mêmes types de maltraitements et de négligence (Kortenkamp et Ehrle, 2002 ; Mech, 2003). Cela expliquerait pourquoi ils rencontrent les mêmes difficultés à l'âge adulte que d'autres populations à risque alors qu'ils ont eu accès à plus de soins (Berzin, 2008 ; Buehler et al., 2000 ; Kerman et al., 2002).

L'instabilité du placement est souvent le résultat d'une combinaison de différents facteurs qui entrent en interaction (Taylor et McQuillan, 2014 ; Tonheim et Iversen, 2019) à savoir :

Âge

Selon certaines recherches, l'âge au moment du placement ressort comme un facteur de risque important pour la stabilité du placement (Bernedo et al., 2016 ; Eggertsen, 2008 ; Sattler et al., 2018 ; Rock et al., 2015 ; Taylor et McQuillan, 2014 ; Vanderfaeillie et al., 2018). Les résultats montrent que plus l'enfant est âgé au moment du placement, plus le risque qu'il soit déplacé par la suite est élevé. Par exemple, dans l'étude de Vinnerljung et al. (2017), l'un des principaux facteurs associés à la rupture du placement était que l'enfant soit âgé de plus de deux ans au moment du placement.

Durée et type d'abus

Directement liés à l'âge, d'autres facteurs de risque sont importants tels que la durée et le type d'abus vécu par les enfants placés. Les enfants ayant subi des abus sexuels ou physiques semblent avoir un risque plus élevé de connaître une instabilité du placement, que ceux qui sont placés pour cause de négligence (Connell et al., 2006 ; Eggertsen, 2008 ; Webster et al., 2000 ; Vanderfaeillie et al., 2018 ; Villodas et al., 2015).

Les problèmes de comportement ou de santé mentale de l'enfant

De plus, les enfants ayant des problèmes de comportement ou de santé mentale rencontrent un plus grand risque de rupture de placement (Chamberlain et al., 2006 ; Courtney et Prophet, 2011 ; James, 2004 ; Moore et al., 2016 ; Strijker et al., 2008 ; Taylor et McQuillan, 2014). Selon Barth et al. (2007), les enfants présentant des problèmes émotionnels ou comportementaux ont deux fois plus de chances de changer de lieu de vie quatre fois dans les trente-six mois qui suivent leur premier placement, que les enfants qui ne présentent pas ces problèmes.

L'instabilité du placement

L'instabilité du placement constitue un facteur de risque en soi, car elle contribue au développement de problèmes de comportement. En effet, le nombre de placements induit pour l'enfant le risque de développer des problèmes de comportement, qui à leur tour augmentent la probabilité de nouvelles ruptures (de placement) dans les familles d'accueil suivantes (Doran et Berliner, 2001 ; Oosterman et al., 2007 ; Rubin et al., 2007 ; Newton et al., 2000 ; Strijker et al., 2008).

Il est impossible de parler de permanence ou de continuité dans le placement sans revenir sur la théorie de l'attachement. Comme nous l'avons vu, les enfants placés proviennent de familles en proie à des problématiques complexes et multiples. La séparation de la principale figure d'attachement et ce, souvent à plusieurs reprises a de nombreux impacts sur la santé de ces enfants, notamment au moment de l'adolescence (Bowlby, 1944, Steinhauer, 1991). Nous avons vu que développer un lien d'attachement s'avère indispensable au bon développement des enfants et que la rupture de celui-ci constitue un événement traumatique dans la vie de l'enfant, avec des conséquences importantes à court et à long terme. Les premières années de vie de l'enfant sont donc des années cruciales dans la vie de l'enfant.

En conclusion, le fait que les enfants placés en famille d'accueil vivent des placements plus stables, changent moins de lieux de vie, d'école et de quartier que les enfants placés en institution, comporte un effet positif sur leur bien-être psychologique, en particulier sur leurs relations interpersonnelles et leurs résultats scolaires. Ce facteur est donc également un facteur explicatif des différences d'états psychologiques observés entre les enfants placés en famille d'accueil et ceux placés en institution (Dinisman et al., 2012).

4.6.3 La qualité de relation avec les parents et les effets des visites

Un autre facteur que les auteurs ont identifié comme ayant un impact sur la santé mentale des enfants placés est la qualité des relations qu'ils entretiennent avec leurs parents biologiques. La littérature est assez divisée sur le sujet, tantôt certains chercheurs mettent en avant les effets positifs des rencontres parent-enfant, tantôt d'autres mettent en exergue les effets négatifs de celles-ci. Nous allons analyser ces deux courants.

4.6.3.1 *Les effets positifs des visites parent-enfant*

Plusieurs chercheurs constatent des effets positifs des visites parentales pour les enfants placés. Les jeunes placés en institution qui gardent des contacts avec leurs familles se montrent plus satisfaits de leurs placements par rapport à ceux qui n'en ont plus. En outre, les études relèvent que les enfants qui ont des visites régulières de leurs parents biologiques ont moins de comportements problématiques (Bar-Nir et Schmid, 1998 ; Palareti et Berti, 2009 ; Smith et al., 2004).

Selon Coakley (2013), les enfants et les jeunes placés courent un risque plus élevé d'avoir un moins bon état psychologique lorsque leurs parents sont absents ou s'ils ne sont pas impliqués dans le processus de placement, que ceux dont les parents se sont impliqués. Ces enfants et ces jeunes risquent de connaître des résultats négatifs tels que la pauvreté, le décrochage scolaire, ou les comportements addictifs comme la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites. De même, Mcwey et al. (2010) constatent que le contact avec les parents constitue un facteur de protection contre les problèmes d'intériorisation, comme la dépression ou l'anxiété ; de même que les problèmes d'extériorisation, comme le trouble des conduites. Plus les enfants bénéficieraient de visites fréquentes, plus ils manifesteraient un sentiment de bien-être supérieur tandis que l'on observerait chez eux moins de comportements externalisés par rapport aux enfants qui ne voient pas leurs parents (Cantos et al., 1997 ; Deprez et Wendland, 2015).

Certaines recherches sur les placements à long terme montrent que le contact avec les parents biologiques peut favoriser le développement social et émotionnel de l'enfant, contribuant à rendre le placement familial plus stable (Oyserman et Benbenishty, 1992 ; Berridge, 1997 ; Cantos et al., 1997 ; McWey et Mullis, 2004 ; Schofield et Ward, 2011).

De plus, Berridge et Cleaver (1987) constatent que lorsque les contacts avec les parents sont encouragés et positifs, les placements en famille d'accueil tendent à être plus stables. Or nous avons vu à quel point la stabilité du placement pouvait avoir un effet important sur l'état psychologique des enfants placés.

Schofield et al. (2000), mentionnent dans une étude longitudinale, que l'absence de contact avec les membres de la famille biologique, surtout lorsque l'enfant souhaite en avoir, pouvait s'avérer problématique et potentiellement nuisible. Delfabbro et al. (2002) constatent que maintenir le contact avec les parents biologiques favorise l'attachement à long terme et améliore leur état psychologique. Les visites parentales permettraient ainsi de maintenir sur le long terme un attachement ainsi qu'un sentiment d'appartenance à la famille (Carignan, 2007; Delfabbro et al., 2002; Deprez et Wendland, 2015). Ces enfants et ces jeunes auraient également moins le sentiment d'être abandonnés, de même qu'une meilleure compréhension de leur identité comme de leur histoire (Borgman, 1985 ; Cantos et al., 1997; Delfabbro et al., 2002 ; Deprez et Wendland, 2015).

Il semble cependant nécessaire de tempérer ces bénéfices notables, car des controverses existent, en particulier quant aux choix méthodologiques et théoriques, notamment la façon d'interpréter les résultats de ces recherches (Deprez et Wendland, 2015; Quinton et al., 1997). En effet, Quinton et al. (1997) ont mené une méta-analyse qui met en avant que les protocoles de recherche (outils utilisés dans la recherche, choix des variables de contrôle, taille des échantillons) ne permettent pas en réalité d'affirmer que les visites parentales puissent présenter des effets positifs ou négatifs ; aussi ces chercheurs estiment les recherches concernées comme non *evidence-based*. Cantos et al. (1997) mettent en avant qu'il n'y a pas de lien causal entre le meilleur état psychologique des enfants et le fait de recevoir des visites parentales. Celui-ci peut s'expliquer par d'autres facteurs tels que les problématiques familiales plus ou moins lourdes, les raisons du placement, les compétences parentales et les ressources des parents (Barnum, 1987; Delfabbro et al., 2002). Notons que la plupart des recherches ont été menées dans les pays anglo-saxons, qui se caractérisent par des politiques très différentes de la nôtre en matière de protection de l'enfance (Deprez et Wendland, 2015). Il y a également beaucoup plus de recherches qui mesurent les effets des visites parent-enfant pour les cas de placements en famille d'accueil que pour ceux en institution.

4.6.3.2 Les effets négatifs des visites parent-enfant

À l'inverse, plusieurs études ont constaté qu'un ensemble d'enfants réagit négativement aux visites parentales. Ainsi, Humphreys et Kiraly (2010) ont observé des réactions négatives suite aux contacts parent-enfant, telles que la tendance de l'enfant à s'accrocher à sa famille d'accueil, des perturbations du sommeil et de l'appétit, des pleurs, des cris, de l'isolement et de la morosité. Neil et al. (2003) ont mis en évidence qu'un tiers des enfants vivant en institution perçoivent les visites parentales comme stressantes, ce qui peut conduire à une

diminution de leur bien-être général. Les résultats de la recherche de Yazawa et al. (2019) suggèrent que les visites parentales et leur fréquence ne sont pas réellement associées à un meilleur état psychologique, mais qu'au contraire, les visites du père sont corrélées à des symptômes dépressifs plus importants parmi les enfants placés en institution.

Morgan et al. (2012) constatent que maintenir des relations de mauvaise qualité entre les parents et les enfants augmente le risque de problèmes de santé mentale à l'âge adulte d'environ 20 à 80%. Steinhauer (1991) constate quant à lui que chez les jeunes enfants, les visites avec le parent biologique peuvent produire de l'hyperactivité, des problèmes d'attention, du négativisme et de l'agressivité, tandis que chez leurs homologues plus âgés, les visites parentales peuvent conduire à la dépression, à l'anxiété, à des symptômes psychosomatiques et à une opposition catégorique de maintenir des contacts avec le parent.

Comme nous l'avons déjà évoqué, parmi les enfants suivis dans le service de la protection de l'enfance, nombre d'entre eux le sont suite à un vécu émaillé de négligences et de maltraitances parfois sévères au sein de leur famille biologique. Dans certaines situations, les visites peuvent réveiller des souvenirs traumatiques qui se manifesteront par des réactions de détresse émotionnelle. Des réactions qui font douter les intervenants sociaux comme les familles d'accueil du bien-fondé de ces visites (Sen, 2010). Howe et Steele (2004) soutiennent que les enfants qui ont un modèle d'attachement désorganisé sont susceptibles d'être retraumatisés s'ils sont à nouveau en contact avec les adultes qui leur ont infligé ces maltraitances. Ils recommandent dans ce cas de figure d'interrompre les contacts le temps que les enfants se sentent en sécurité et soient capables de gérer le stress lié aux visites parentales. Moyers et al. (2006) vont même jusqu'à soutenir que l'absence de contact est préférable à un contact problématique pour les enfants comme les jeunes, car elle permet de supprimer les relations traumatiques et d'établir de nouveaux attachements avec des adultes attentionnés.

Gauthier et al. (2004) constatent des effets différents des visites selon l'âge du placement. Si l'enfant a été placé avant sa première année, il n'a aucun souvenir du parent et ne trouve aucun intérêt à ces visites. En grandissant, ces visites peuvent être source d'anxiété, notamment si les parents biologiques annoncent à leur enfant qu'ils vont être bientôt réunis. Les symptômes tels que les troubles du sommeil, l'hyperactivité ou l'anxiété généralisée apparaissent souvent la veille ou juste après une visite. Lorsque l'enfant est placé après sa première année, ces visites réveillent des souvenirs complexes, un mélange de tristesse, de peur et de plaisir. Les enfants se sentent souvent pris dans un conflit de loyauté qui génère des réactions ambivalentes.

De plus, lorsque l'enfant est placé en famille d'accueil, les visites fréquentes peuvent être potentiellement difficiles. Neil et al. (2003) constatent qu'au moins un tiers des enfants placés en famille d'accueil semblaient éprouver un stress lié au contact avec leurs parents biologiques. Ces visites placent les enfants dans des conflits de loyauté et rendent plus difficile l'attachement à la famille d'accueil (Leathers, 2003 ; McWey et Mullis, 2004). Les enfants placés à long terme qui reçoivent des visites sont plus susceptibles de présenter des comportements externalisés ou d'avoir des difficultés à s'adapter, notamment car la visite parentale contribuerait à nourrir de faux espoirs de retour au sein de la famille biologique (Leathers, 2003; McWey et Mullis, 2004).

Les intervenants sociaux quant à eux n'observent pas toujours des effets positifs des visites sur les enfants (Haight et al., 2003; McWey et Mullis, 2004; Oyserman et Benbenishty, 1992). Ils partagent le sentiment que celles-ci sont parfois plus dans l'intérêt du parent que celui de l'enfant ((Haight & Mangelsdorf, 2002). Ils constatent différents types de symptômes avant et/ou après les visites tels que l'anxiété, des comportements régressifs, de l'énurésie, des cauchemars, des crises de colère ainsi que des troubles de l'attention. De plus, les visites peuvent par ailleurs mettre à mal la relation de confiance qu'ils ont tissée avec les enfants (Barnum, 1987; Cantos et al., 1997 ; Deprez et Wendland, 2015). Ils considèrent que dans certains cas, l'absence de contact serait préférable pour l'enfant (Join-Lambert et al., 2014).

Cependant, Barnum (1987) invite à la prudence concernant l'interprétation de ces différents symptômes négatifs observés à l'issue des visites parentales et propose trois différentes explications possibles pour nous aider à les interpréter. La première explication de ces symptômes serait qu'ils constituent l'expression de la tristesse et de la souffrance éprouvée suite à la séparation qui peut être chaque fois vécue comme un microdeuil. Deprez et Antoine (2011) ont observé chez les bébés « une phase dépressive » après la visite parentale, avec des réactions de tristesse et de colère alors même que les parents s'étaient comportés de façon appropriée au cours de la visite. Ces réactions, qui pourraient facilement être interprétées comme des effets négatifs de la visite, constituent des réactions de tristesse et de manque de ne plus voir le parent auquel le bébé est attaché.

La deuxième explication avancée par Barnum (1987) afin d'interpréter l'apparition de symptômes avant et/ou après les visites, soutient que ceux-ci constituent une réaction suite au stress intense provoqué par la rencontre. En effet, 57% des enfants placés ont déclaré se sentir anxieux avant les visites (Sinclair et al., 2005). La qualité de la visite peut par ailleurs s'avérer néfaste, voire toxique, pour certains enfants en réactivant des souvenirs traumatiques qui se manifesteront alors à travers des réactions de détresse émotionnelle (Howe et Steele, 2004). En outre, la maltraitance ou les négligences lourdes peuvent

provoquer un sentiment d'angoisse submergeant, qui continuera d'affecter l'enfant longtemps encore après la visite. De simples paroles telles que « *je vais te reprendre* » (Berger, 2011), peuvent plonger l'enfant dans un sentiment d'insécurité. Enfin, des comportements inadéquats au moment des visites peuvent suffire à affecter négativement l'enfant, sans qu'il n'y ait nécessairement un passé de maltraitance ou de négligences lourdes (Deprez et Antoine, 2011 ; Guedeney et al., 2013).

La troisième explication (Barnum, 1987) de l'émergence de symptômes avant et après les visites, est ancrée dans le fait que l'enfant perçoive un désaccord chez sa famille d'accueil ou dans son milieu d'accueil, car bien que ceux-ci reconnaissent l'importance de ces visites, ils estiment qu'elles sont délétères pour le bien-être des enfants (Triseliotis et al., 2000). Lorsque les familles d'accueil sont interrogées sur les aspects négatifs du placement familial, 20% d'entre elles estiment en effet que les visites constituent l'aspect le plus négatif du placement familial (Jiménez et Palacios, 2009). Morrison et al (2011) ont comparé les points de vue sur les visites supervisées à la fois des parents d'accueil, des enfants placés ainsi que des intervenants sociaux. Or, si les enfants se sont montrés globalement positifs vis-à-vis des rencontres avec leurs parents biologiques, les parents d'accueil comme les travailleurs sociaux se sont montrés très insatisfaits de celles-ci. Gean et al. (1985) constatent que lorsque la famille d'accueil ou les éducateurs référents ont des appréhensions par rapport aux visites avec les parents, les enfants montrent beaucoup plus de réactions négatives. Sinclair et al. (2005) constatent que 60% des parents d'accueil sont insatisfaits des modalités de contacts. Leur source d'insatisfaction proviendrait principalement des modifications de comportement de l'enfant après les visites : cauchemars, angoisse, agitation, tristesse, crises de larmes, régression, confusion, énurésie ou des tentatives de monter les deux familles l'une contre l'autre (Sinclair et al., 2005 ; Del Valle et al., 2008).

Deprez et Antoine (2011) attirent également notre attention sur le fait qu'il faut être vigilant sur l'interprétation de l'absence de réaction des enfants après les visites parentales car celle-ci pourrait être un symptôme d'un trouble de l'attachement. Deprez et Wendland (2015) suggèrent qu'il ne s'agit dès lors pas de se positionner en faveur ou contre de la visite parentale, mais plutôt d'analyser dans quelle mesure ces visites répondent aux besoins spécifiques de chaque enfant. La décision de maintenir ou de suspendre, ne serait-ce que de façon temporaire, les visites constitue donc une décision complexe. Or, une telle décision nécessite une analyse au cas par cas, en prenant en considération certains facteurs contextuels tels que les raisons du placement (négligences, violences, difficultés psychiatriques, etc.), l'âge de l'enfant, le type de placement, la fréquence et le type de visite, le projet de vie, la sensibilité de même que la fonction réflexive du parent, l'attachement de l'enfant, le tempérament de

l'enfant, les traumatismes ainsi que les deuils non résolus du parent (Barnum, 1987; Deprez et Wendland, 2015).

En outre, les visites qui ne se passent pas bien n'affectent pas seulement les enfants, puisque les parents biologiques peuvent aussi être touchés émotionnellement (Orlando, Barkan et Brennan, 2019). Ainsi, les visites peuvent également s'avérer difficiles à vivre pour les parents biologiques. Ceux-ci peuvent ressentir le besoin d'être aidés en vue de parvenir à surmonter le traumatisme ou à dépasser la colère suscités par le placement de leur enfant avant de pouvoir tirer un quelconque bénéfice des visites. Ils sont également susceptibles d'éviter de se présenter aux visites afin de contourner les sentiments de honte et d'être inadéquats (Jenkins et Norman, 1972). Ils doivent également être accompagnés pour faire face aux complexités psychologiques liées aux visites, par exemple pour dire au revoir ou parvenir à fixer des limites (Haight et al., 2002).

4.6.4 Âge au moment du placement

Plusieurs études en lien avec la théorie de l'attachement et du trauma complexe mettent en évidence que plus les enfants sont placés tôt, plus ceux-ci présenteraient une meilleure santé mentale, car ils auraient été confrontés moins longtemps à la négligence et la maltraitance (Wade et al., 2018, Berger, 2004). Selon Mouhot (2003), 68% des placements sont réalisés trop tard, il y a eu trop d'hésitations et de tergiversations avant de prendre la décision du placement, ce qui a pour conséquence que les enfants n'ont pas été protégés et ont des séquelles importantes (5% ont une pathologie grave, 15% des troubles du comportement et 52% des troubles du comportement important).

Nous avons vu grâce à la théorie de l'attachement que, malgré l'expérience de la négligence et de la maltraitance ou un changement de figure d'attachement, les enfants placés durant la première année de leur vie parviennent à développer un lien d'attachement sécurisé une fois placés en famille d'accueil (Dozier et al, 2001). Paugam et al. (2010) émettent l'hypothèse qu'un enfant placé dans une famille d'accueil dès un très jeune âge pourrait identifier ses parents suppléants comme ses véritables parents, s'il est en mesure de trouver auprès d'eux l'environnement ainsi que les conditions adéquates à son épanouissement. Dans ce cas, le lien de filiation rompu avec les parents biologiques à un jeune âge peut, en un sens, être reconstitué.

C'est la raison pour laquelle à l'heure actuelle, beaucoup de services de placement familiaux privilégient les placements en famille d'accueil pour les enfants plus jeunes. Ce serait lié au fait que d'une part, les familles d'accueil seraient réticentes à accueillir un enfant plus âgé ou un adolescent, tandis que d'autre part, l'enfant

plus âgé ou l'adolescent auraient de moins bonnes capacités d'adaptation face à un nouveau fonctionnement en comparaison avec un enfant plus jeune (Potin, 2009).

En outre, certains auteurs estiment que le jeune âge de l'enfant au moment du placement aurait une influence positive sur ses facultés d'adaptation, alors que les enfants plus âgés seraient plus à risque de changer de lieu de placement (Cooper et al., 1987 ; Fernandez, 2009 ; James, 2004 ; Oosterman, Schuengel, Slot, Bullens, et Doreleijers, 2007).

Cependant, Palmer (1996) n'est pas parvenu à établir un lien causal entre l'âge et la stabilité du placement. Un constat confirmé par Brand et Brinich (1999) qui soulignent que l'âge ne ressort pas en tant que facteur significatif d'échec ou de succès du placement familial. Celui-ci est à considérer en concomitance avec d'autres facteurs plus importants, tels que l'impact positif sur l'enfant de l'accueil familial, le lien avec la famille biologique, la présence ou non d'autres enfants dans la famille d'accueil, ou encore le style d'attachement des parents d'accueil (Morin, 2015).

L'âge ne constitue donc pas un facteur prédictif en tant que tel. Toutefois, le fait d'être placé à un jeune âge permettrait à l'enfant de développer une relation sécurisée avec une figure d'attachement tout en limitant son exposition à la maltraitance et la négligence, ces deux facteurs se caractérisant par un impact très important sur la santé mentale (Zeanah et al., 2017).

Nous avons vu que les enfants placés en famille d'accueil l'étaient à un beaucoup plus jeune âge que ceux qui sont en institution. Or ce facteur explique en partie la différence d'état psychologique constatée entre ces deux catégories d'enfants placés (Saluwe, 2013).

4.6.5 La durée du placement

Dans la seconde moitié du 20^e siècle, plusieurs études ont mis en évidence les effets négatifs de « l'institutionnalisation » des jeunes enfants. Celle-ci peut être propice au développement d'un trouble de l'attachement réactif (TRA) (Beckett et al., 2007 ; Ford & Kroll, 1995 ; Spitz, 1945). Les problèmes d'externalisation chez des enfants placés âgés de 12 ans sont de 5,5 à 6 fois plus fréquents chez ceux dont le placement est instable, surtout lorsqu'ils ont vécu une rentrée en famille non fructueuse. Des problèmes d'internalisation semblent aussi présents chez les enfants institutionnalisés mais le lien avec la durée d'institutionnalisation reste indéterminé (Villodas et al., 2016).

Costa et al (2020) montrent que ce n'est pas le fait d'être placés pour une longue durée qui a un effet délétère sur l'état psychologique des enfants, mais bien le manque de stabilité ainsi que le nombre de changements de lieu de vie. Ces résultats confirment ceux de Dinisman (2012) qui met en évidence que les enfants qui avaient peu changé d'institution démontraient un bien-être plus élevé.

Hukkanen et al (1999) soulignent que la durée du séjour en institution n'est pas significativement liée aux difficultés psychologiques que rencontrent les enfants. Aussi, ces résultats tendent à indiquer que le fait de vivre en institution n'est en soi pas significativement délétère pour le bien-être psychologique des enfants.

La stabilité ainsi que la qualité du placement semblent donc être plus importantes que le temps passé en institution (Huynh et al., 2019).

4.6.6 La relation avec la famille d'accueil

Le placement en famille d'accueil a pour objectif que l'enfant puisse trouver, ou retrouver, une relation affective sécurisée en développant une relation privilégiée avec sa famille d'accueil (Euillet, 2010). Plusieurs recherches confirment que les enfants arrivent à créer une relation d'attachement sécurisée avec leur famille d'accueil (Dozier, Stovall, Albus, et Bates, 2001; Moore et Palacio-Quintín, 2001; Ponciano, 2010). Ainsi, la qualité des liens affectifs des enfants avec leur famille d'accueil leur permet de surmonter les traumatismes vécus dans leur famille biologique. Les enfants placés en famille d'accueil qui réussissent à développer un attachement sécurisé vis-à-vis de celle-ci, et qui se sentent entourés d'affection, sont dans un meilleur état psychologique et obtiennent de meilleurs résultats scolaires (Erickson et Egeland, 1987, Marcus, 1991 ; Cheung et al., 2011 ; Masten et Shaffer, 2006 ; Legault et al., 2006).

Lausten et Fredriksen (2016) constatent que les enfants placés en famille d'accueil déclarent plus souvent se sentir aimés par leur parent d'accueil, de même qu'ils affirment ressentir un soutien social élevé et, dans une large mesure, se sentir plus en sécurité que les enfants placés en institution vis-à-vis de leur éducateur référent. De plus, le placement en famille d'accueil augmenterait la résilience des enfants par rapport au placement en institution (Sim, Li et Chu, 2016).

Cependant, les parents d'accueil sont parfois démunis devant l'importance des troubles émotionnels et comportementaux présentés par l'enfant, ce qui peut entraîner des ruptures de placement. Le taux de rupture de placement reste assez important et il est estimé à 25% (López et al., 2011 ; Vinnerljung et al., 2017). Ces ruptures ont lieu en moyenne lorsque l'enfant est âgé de 14 ans et vit depuis plus de 10 ans dans sa famille d'accueil (Vinnerljung et al., 2017). Le taux de rupture est sensiblement plus important dans les familles d'accueil intrafamiliales

(31,2%) que dans les familles sélectionnées (19,7%), dès lors que ces ruptures se produisent principalement en raison des difficultés éprouvées par les parents d'accueil, telles que les problèmes de santé mentale, l'emprisonnement ou des problèmes financiers. Dans le cas des enfants placés en familles sélectionnées, les ruptures s'expliquent plus par les difficultés liées au comportement et à la scolarité des enfants (López et al., 2011). Le nombre de placements va fortement impacter l'état psychologique des enfants et ressortir comme un élément prédictif des ruptures de placement en famille d'accueil.

Vanderwill et al. (2021) ont analysé les caractéristiques des familles qui sont le moins à risque d'être confrontées à une rupture du placement et constatent que ces familles ont un réseau social important qui les soutient. Elles offrent d'autre part un environnement sécurisé et favorisent le développement de l'autonomie de l'enfant. Ensuite, elles ont un fonctionnement familial sain qui favorise le bien-être de l'enfant. Elles ont des ressources économiques suffisantes qui leur permettent d'accéder à différents services de soins pour l'enfant. Enfin, ces familles valorisent le lien avec la famille d'origine.

En effet, plusieurs études mettent en évidence que l'absence d'animosité entre la famille d'accueil et la famille d'origine constitue un facteur qui favorise le bien-être des enfants placés en famille d'accueil. Les conflits entre les deux familles génèrent une insécurité émotionnelle qui est préjudiciable pour les enfants (Cummings, Schermerhorn, Davies, Goeke-Morey, et Cummings, 2006). Ces relations conflictuelles entre les deux familles qui se manifestent souvent sous la forme de dénigrement, de chantage affectif et de mise en concurrence, placent les enfants dans une position stressante et inconfortable (Baker et al., 2013 ; Neil et Howe, 2004 ; Nesmith, 2013). Or, il existe un lien direct entre l'anxiété des enfants et la relation conflictuelle entre les deux familles. Plus le conflit est important, plus les enfants sont stressés. À l'inverse, si les parents d'accueil sont positifs et ne portent pas de jugement sur la famille d'origine, les enfants sont moins anxieux lors des visites parentales (Morrison et al., 2011 ; Linares et al. , 2010). La nature de la relation entre la famille d'accueil et la famille biologique est également de la plus haute importance pour les enfants.

4.6.7 La relation avec les éducateurs en institution

Comme nous l'avons vu à travers la théorie de l'attachement, il est essentiel que les enfants parviennent à établir des liens affectifs stables, ce qui peut s'avérer plus difficile dans la cadre d'un hébergement résidentiel (Oriol et al., 2014) par rapport au placement familial. Les éducateurs qui travaillent en institution jouent donc un rôle fondamental, car ils font office de figures d'attachement

significatives, favorisant la sécurité comme le soutien émotionnel (Fergus et Zimmerman, 2005 ; Lanctôt et al., 2016 ; Mota et al., 2016).

Ce rôle constitue d'autant plus un défi, que les éducateurs référents ont d'autres enfants sous leur responsabilité et qu'ils ne sont pas présents en permanence dans l'institution (Deborde et al., 2016). Rappelons que l'éducateur a moins d'occasions de s'impliquer au niveau émotionnel ou même d'avoir le temps de jouer. De plus, le *turn-over*, les vacances, les congés maladie créent une disruption au niveau des figures d'attachement (Bakermans-Kranenburg, et al., 2011; Vorria, et al., 2003). Conformément à la théorie de l'attachement, il est facile de comprendre que la multiplicité des éducateurs, et donc des réponses données aux enfants, puisse engendrer un style d'attachement insécure ou désorganisé. De plus, si les éducateurs sont formés pour prodiguer les soins de base, ils restent néanmoins peu incités à réagir de manière sensible aux enfants (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). Ce sont les raisons pour lesquelles 72,8% des enfants placés en institution souffrent d'attachement désorganisé (Bakermans-Kranenburg, et al., 2011).

Cependant, la plupart des enfants semblent satisfaits de leurs éducateurs. Ils jugent ceux-ci très serviables, intéressés par leur bien-être et disposés à écouter leurs préoccupations (Delfabbro et al., 2002). Les enfants qui sont restés placés en institution de manière stable dans le temps, et qui ont pu maintenir des relations cohérentes et ininterrompues, ont pu développer un attachement sécurisé (Howe, 1999). Ces enfants avaient dès lors moins de comportements agressifs et de problèmes sociaux (Davidson-Arad, 2005 ; Gilman et Hendwerk, 2001 ; Zemach-Marom et al., 2002).

Plusieurs études menées auprès d'adolescents placés en institution mettent en avant un lien statistique important entre la qualité de leur relation avec les éducateurs et leur propre bien-être (Costa et al. , 2020 ; Ferreira et al., 2019 ; Mota et Matos, 2015 ; Orúzar et al., 2019). Ainsi, la sécurité affective assurée par les éducateurs impacte positivement la perception qu'ont les adolescents de leur placement (Fergus et Zimmerman, 2005 ; Luthar et al., 2000 ; Yunes et al., 2004). En outre, cette relation positive nouée avec leur éducateur a également un impact positif sur leur état psychologique (Ferreira et al. , 2019). Ce lien affectif avec les éducateurs basé sur la confiance aide les adolescents à mieux se contrôler et augmente leur bien-être (Orúzar et al., 2019). Plus la qualité de relation est bonne entre le jeune et son éducateur, plus le risque de problèmes de santé mentale tels que la dépression et la consommation de substances est faible (Guibord et al., 2011).

En bref, ces relations positives entre les éducateurs et les adolescents leur procurent un sentiment de contrôle plus important, un équilibre ainsi que de plus

importantes capacités d'adaptation, ce qui se traduit par une plus grande autonomie et un sentiment de satisfaction envers la vie (Legault et al., 2006 ; Siqueira et Dell'Aglio, 2010).

5 LA PRÉSENCE DES PARENTS ET LE TYPE DES VISITES

5.1 La présence des parents et les visites parentales

Une grande partie des parents des enfants placés n'ont plus de contact avec ces derniers. Palacios et Jimenez (2007) ont montré qu'environ 70% des enfants et des jeunes participant à leur étude ne conservaient aucun contact parental, tandis qu'environ 45% d'entre eux n'avaient aucun contact avec leur mère. Par ailleurs, 30% des accueillants familiaux évaluaient négativement l'impact des visites de contact sur les enfants et les jeunes. Au Portugal, 33% des intervenants et 40,1% des familles d'accueil ont estimé que les visites avaient un impact négatif (Delgado et al, 2017).

Par ailleurs, Salas Martínez et al. (2016) constatent que 41,3 % des enfants n'ont aucune visite de contact avec l'un ou l'autre de leurs parents biologiques et que les accords de contact qui ont été établis n'ont souvent pas été respectés. Ces résultats sont conformes avec d'autres recherches (Del Valle et al. 2008 ; Jiménez et Palacios 2009).

5.2 Les modalités des rencontres parents-enfants

Il existe trois principales modalités de visites parents-enfant :

La fréquence des visites

La fréquence des visites parentales peut être variée, elles peuvent avoir lieu toutes les semaines, tous les mois, voire seulement quelques fois par an (Berger, 2004). Pour fixer la fréquence des visites, il est indispensable de tenir compte de la situation particulière de l'enfant, de son âge, de ses besoins, de ses souhaits s'il est assez grand, mais également de la capacité du parent à pouvoir assurer cette fréquence (Triseliotis, 2010). Dans le cas de visites qui nécessitent une protection par un tiers, un rythme moyen de quarante-cinq minutes à une heure par mois parfois tous les deux mois est suffisant, car la nécessité de cette protection implique un dysfonctionnement parental important. Dans certaines situations, les visites encadrées peuvent avoir lieu tous les trois ou six mois (Berger, 2004).

Le lieu des visites encadrées

Le lieu des visites constitue également une modalité très importante des visites parent-enfant. Il est essentiel de privilégier un lieu familier où l'enfant se sent en sécurité et adapté à son âge. Le choix du lieu comme la fréquence doivent prendre en compte l'âge, le souhait de l'enfant, mais également les risques auxquels celui-

ci pourrait être exposés (Triseliotis, 2010). Cependant, il n'est pas rare que les rencontres se déroulent dans des bureaux ou des espaces rencontrés en présence d'autres familles, ce qui peut impacter négativement les visites (Haight et al., 2005 ; Hess, 2003).

L'encadrement des visites

Enfin, la troisième modalité de visite est l'encadrement des rencontres parents-enfants, également appelée médiatisation ou supervision de celles-ci. L'encadrement des visites est assez fréquent, les études estiment que cette dernière modalité concerne entre 47 % et 67 % des visites parent-enfant (Farmer & Moyers 2008 ; Hunt et al. 2010 ; Taplin & Mattick 2014).

Les avis des auteurs divergent sur les objectifs de l'encadrement des rencontres parent-enfant. Les uns estiment que le terme « visites protégées » serait plus adapté que celui de « visites encadrées », l'objectif n'étant pas de travailler la relation mais bien plutôt d'assurer la protection de l'enfant (Berger, 2004 ; Boudarse & Dodelin, 2011). Les autres identifient la visite encadrée comme l'outil principal pour travailler l'amélioration de la relation parent-enfant afin de favoriser la réunification de l'enfant avec sa famille (Haight et al., 2003 ; Loar, 1998 ; Triseliotis, 2010).

Dans le premier cas de figure, la protection qui doit être assurée durant ces visites est à la fois physique (éviter que l'enfant soit frappé, touché sexuellement ou kidnappé) et psychique (éviter que l'enfant soit mis à mal par les paroles de ses parents). En effet, certains enfants placés en famille d'accueil qui ne bénéficient pas de visites encadrées peuvent ne faire aucun progrès malgré leur placement, du fait qu'ils restent confrontés de manière régulière aux pathologies parentales. Les visites encadrées sont donc souvent inutilisées quand cela s'avère nécessaire ou mises en place de façon inefficace (Berger, 2004). La visite doit par ailleurs être toujours assurée par les mêmes intervenants et reportée s'ils sont absents. La visite doit être encadrée de la première à la dernière minute, elle doit se dérouler dans un lieu clos afin que chaque parole puisse être entendue par l'intervenant (Berger, 2004). La visite encadrée est indivisible, elle ne peut pas être mixée avec des retours à domicile. Cependant, 5% des enfants ne sont pas en capacité de supporter des visites encadrées, car ils ont été victimes d'abus trop importants (strangulation, empoisonnement, abus sexuel, etc.) (Berger, 2004).

Berger (2011) insiste donc sur l'importance que les visites parentales soient un moment au cours duquel l'enfant se puisse se sentir sécurisé. C'est pourquoi il est indispensable que l'encadrement soit formé à reconnaître les signes de détresse chez l'enfant et à développer un juste équilibre entre le souci de protection vis-à-vis de l'enfant et l'attention à préserver la place du parent. Les visites doivent être

préférentiellement encadrées par deux personnes, un intervenant avec lequel l'enfant a noué une relation de confiance et un psychologue ou un psychiatre (Berger, 2004). Cet encadrement des visites parentales constitue un exercice complexe qui requiert de l'assertivité et de l'empathie (Haight, et al., 2002).

Dans le deuxième cas de figure, la visite encadrée est perçue comme un moment privilégié pour travailler l'amélioration de la relation parent-enfant. Les visites sont en effet la principale intervention qui permet de maintenir et de soutenir le développement des relations parent-enfant nécessaires à la réunification (Haight et al., 2003 ; Loar, 1998).

Il existe différents programmes pour développer la relation parent-enfant dans les visites encadrées, à titre d'exemple :

- **Le modèle de coaching de visite de Beyer (2004)** est conçu pour améliorer la capacité des parents à mieux répondre aux besoins des enfants. Dans ce modèle, le coach ou le superviseur de visite participe activement aux rencontres pour soutenir indirectement les parents dans leurs compétences. Les visites sont ensuite débriefées avec le coach et le superviseur afin d'accompagner les parents dans la gestion de leurs émotions (Beyer 2004 ; Beyer 2008). Bien qu'il existe des preuves limitées de l'efficacité du coaching, plusieurs autres interventions sont directement basées sur ce modèle (Bullen et al., 2017).
- **Le modèle de contact thérapeutique amélioré de Milani (2014)** met l'accent sur la valorisation des forces de parents pendant les visites et sur leur capacité à apprendre à répondre positivement aux besoins des enfants. Il y a peu de données pour évaluer l'efficacité de cette approche, même si certains résultats semblent prometteurs (Bullen et al., 2017).
- **Le modèle de coaching des visites amélioré par Smith et al. (2014)** vise à renforcer la résilience des enfants et les forces identifiées des parents après un diagnostic approfondi réalisé avec les parents. Les premiers résultats sont également encourageants, dès lors que les enfants développent une plus grande résilience tandis que les attitudes comme les compétences des parents connaissent une amélioration après le coaching des visites (Smith & Sims 2014).
- **Le programme d'intervention via la thérapie par le jeu développé par Salveron et al. (2009)** est un programme en trois temps qui comprend une préparation de la séance de jeu, une séance de jeu encadrée pendant la visite et une session de débriefing après la visite. Ce programme permet aux parents de mieux gérer les émotions de leur enfant et de mieux rester en interaction avec les enfants.
- **Le programme Strengthening Contact (Rabuka 2013)** est une intervention basée sur la discussion, dispensée par des psychologues et

des conseillers en protection de l'enfance, pour aborder les problèmes survenant lors des contacts, par le biais de la psychoéducation, de la modélisation et du coaching. Ce programme a également des effets intéressants, car les parents mettent en avant qu'ils comprennent mieux le point de vue de l'enfant, qu'ils planifient mieux les visites de contact, que cet accompagnement leur permet de rester plus positifs et de mieux gérer leurs émotions.

5.3 Les critères à prendre en compte pour la fixation des modalités de visites

Neil et Howe (2004) soutiennent que ces contacts ne sont ni bons ni mauvais en soi, mais que s'ils peuvent constituer un facteur de protection dans certains cas, ils peuvent par ailleurs être facteur de risque dans d'autres situations. Selon ces auteurs, le contact est potentiellement utile pour aider les enfants à faire face à des problèmes tels que la séparation, la perte, la connaissance de leur passé et le maintien de l'attachement, etc. ; toutefois il peut également présenter un risque lorsqu'il n'est pas correctement géré, de sorte que l'enfant deviendra alors agité, anxieux ou angoissé. Dans cette perspective, les visites de contact doivent être considérées comme des systèmes complexes, impliquant des relations à la fois dynamiques (qui évoluent dans le temps) et transactionnelles (qui s'influencent mutuellement). Sinclair et al (2005) affirment que la prise de décisions concernant les visites de contact exige un haut degré de compétence professionnelle, or il n'existe aucune règle générale pouvant être appliquées de façon systématique à tous les cas. La littérature examinée (par exemple, Gerring et al., 2008 ; Schofield et al. 2000 ; Selwyn 2004) souligne l'importance d'évaluer la pertinence des visites de contact dans chaque cas individuel, et aussi de surveiller le progrès des accords de visite en fonction des circonstances des personnes impliquées. Ce qui est clair, c'est que de telles visites ne seront bénéfiques pour l'enfant que si elles sont correctement planifiées, soutenues et continuellement supervisées par des professionnels.

Nous avons vu à quel point la fixation des modalités de visites parent-enfant constitue une décision complexe. Or, celle-ci devra intégrer des facteurs multiples tels que :

Le contexte et les objectifs des rencontres :

Si les intervenants sont dans une phase d'évaluation de la qualité de la relation parent-enfant, il y aurait lieu d'organiser des rencontres fréquentes et encadrées, car les visites en début de placement sont une opportunité cruciale pour les interventions parentales (Orlando et al., 2019).

Si l'enfant est dans un projet de création du lien, en fonction de l'âge de l'enfant, la fréquence devra être plus ou moins élevée (Deprez et Wendland, 2015).

Si l'enfant est dans un projet de réintégration, la fréquence ainsi que la durée devront être augmentées au fur et à mesure que l'encadrement devra progressivement disparaître.

Si les visites sont suspendues, Berger (2011) souligne que l'absence totale de contacts avec le parent biologique peut laisser place à un sentiment d'idéalisation de celui-ci. Or, la visite parentale encadrée permettra à l'enfant de constater l'inadéquation ou d'appréhender les difficultés de ses parents, ce qui lui permettra de mieux assimiler les raisons de son placement.

Dans certains cas, l'objectif peut consister au maintien d'un lien de connaissance avec leurs parents biologiques. Ce lien de connaissance est maintenu notamment pour que les enfants puissent intégrer leurs parents biologiques dans leur esprit en rapport avec la réalité, et non autour de figures imaginaires ou idéalisées. Pour autant, cet objectif ne nécessite pas de visites fréquentes de la famille biologique, aussi trois à quatre visites par an pourront suffire. Dès lors que ces visites s'avèrent trop perturbantes pour l'enfant, elles devront être complètement arrêtées. Elles pourront éventuellement être reprises ultérieurement dans la vie de l'enfant, en tenant compte bien sûr du souhait de l'enfant de connaître ses parents biologiques (Gauthier et al., 2004).

Enfin l'objectif le plus fréquemment avancé pour organiser des rencontres parents-enfants reste celui du maintien de l'attachement comme d'un sentiment d'appartenance sur le long terme chez l'enfant placé à l'égard de sa famille d'origine (Cantos et al., 1997; Delfabbro et al., 2002; Deprez et Wendland, 2015).

L'opinion des enfants placés

La recherche reconnaît l'importance de donner une voix aux enfants ainsi qu'aux jeunes placés, afin de valoriser, dans la mesure du possible, leur opinion (Gilligan, 2000 ; Moyers et al., 2006 ; Sinclair, Wilson, et Gibbs, 2001). Fernandez (2009) constate que la plupart des enfants en famille d'accueil interrogés souhaitaient avoir des visites plus fréquentes avec leurs deux parents biologiques.

La demande et les difficultés des parents

La fréquence des visites de contact peut être affectée par les difficultés rencontrées par la famille biologique, notamment en termes d'argent ou de

transport. La mauvaise organisation des visites, les attitudes décourageantes des intervenants, les longues distances entre leur domicile et le lieu des rencontres ainsi que les dépenses engendrées par ces déplacements sont autant de difficultés auxquelles les parents sont le plus fréquemment confrontés (Triseliotis, 2010).

À ces difficultés s'ajoutent dans certains cas le sentiment de découragement provoqué par les circonstances inconfortables et « artificielles » dans lesquelles l'enfant et ses parents doivent avoir des contacts (Sinclair, Gibbs, et Wilson, 2004).

C'est pourquoi, la planification des contacts doit être flexible et s'adapter aux changements naturels des besoins et sentiments des parents en ce qui concerne le type, la fréquence, la durée des contacts, et plus encore.

Afin d'assurer de meilleurs résultats, le contact doit être supervisé, tandis que les visites doivent être suivies avant, pendant et après, en consultant les différents acteurs impliqués (Delgado et al., 2017).

L'opinion de la famille d'accueil

Schofield et al. (2000) montrent qu'il est plus facile d'intégrer les visites de contact dans la vie quotidienne de la famille d'accueil lorsque les opinions de ces derniers sont prises en compte ou qu'ils sont impliqués dans les modalités de visite et dès lors qu'ils se sentent plus confiants vis à vis de la relation avec l'enfant. Dans le même ordre d'idées, l'étude de Neil et al. (2003) constate que l'empathie, la sensibilité et l'acceptation des visites de contact de la part des parents d'accueil conduisent à un meilleur accord sur le maintien du contact, aidant par ailleurs les enfants placés à ressentir un plus fort sentiment d'appartenance vis-à-vis des deux familles.

La recherche a également examiné la façon dont le contact est perçu par les enfants placés, les parents d'accueil ainsi que les travailleurs sociaux affectés au dossier. Par exemple, Sinclair et al. (2005) constatent que 40% des familles d'accueil se disent satisfaites ou très satisfaites des modalités de contact. Cependant, une sur six d'entre elles considère les visites comme stressantes ou très stressantes ; tandis que seulement une sur cinq les trouve agréables. Les principales difficultés rapportées par les familles d'accueil sont liées au comportement de l'enfant à la suite des visites, avec par exemple une régression vers un comportement plus infantin, des cauchemars, un désarroi et une confusion générale, ou encore des tentatives de monter les familles d'accueil contre les parents biologiques.

6 LES POSSIBILITÉS DE RÉINTÉGRATION DES ENFANTS PLACÉS

Alors que la question de la réintégration joue un rôle central sur le plan des politiques de protection de l'enfance dans la plupart des pays, il existe néanmoins relativement peu de recherche sur le sujet. Goemans et al. (2016) soulignent à ce titre que les résultats des recherches concernant les réintégrations familiales sont influencés par des politiques ainsi que par des contextes sociaux qui sont spécifiques à chaque pays et qui devront nécessairement être pris en considération lorsqu'il s'agit d'analyser et d'interpréter les résultats. D'ailleurs, Akin (2011) met en avant qu'il est rare de voir les mêmes variables considérées dans les différentes études qui se penchent sur l'étude de la réintégration, ce qui tend bien souvent à rendre les résultats obtenus d'autant plus difficiles à comparer entre pays ou régions. En Fédération Wallonie-Bruxelles, il y a très peu de recherches scientifiques qui portent sur le domaine de la protection de l'enfance et aucune sur la réintégration familiale. Les recherches dans ce domaine proviennent principalement des États-Unis, d'Espagne (Del Valle et al. 2009), d'Allemagne (Van Santen, 2010) et d'Australie (Barber et Delfabbro 2009), ce qui peut rendre les modalités de comparaison difficiles, dès lors que les systèmes législatifs ainsi que les structures d'aide sont très différents (Goemans et al., 2016).

En 2016, alors même qu'à cette époque le projet unique prévu par la législation flamande (la communauté parlant le néerlandais en Belgique) porte sur le retour en famille, Vanderfaeillie et al. font le constat que seuls 26 % des enfants placés en famille d'accueil finissent par réintégrer leur famille d'origine.

Gauthier et al. (2004) ont mené une analyse en profondeur des cas traités au sein de la clinique de l'attachement qui les a portés à conclure que différents scénarii étaient possibles concernant la réintégration familiale d'un enfant placé en famille d'accueil :

- Soit le parent biologique fait des progrès rapides de sorte que l'enfant puisse réintégrer son foyer d'origine. Il est alors probable que l'enfant manifestera certains troubles de l'attachement. Aussi, il sera nécessaire que l'intervenant social effectue un suivi rigoureux pour aider le parent à comprendre les réactions de l'enfant et à adopter les comportements adéquats en vue de rétablir la sécurité ainsi que la confiance nécessaires au bon développement de l'enfant ;
- Soit le parent biologique fait peu ou pas de progrès. L'enfant reste alors placé plus longtemps, auquel cas il sera susceptible de développer un attachement sécurisé avec sa famille d'accueil ou son éducateur référent.

Dans le deuxième cas de figure, les intervenants se trouvent confrontés à un dilemme. Alors que l'enfant est parvenu à développer un attachement sécurisé avec sa famille d'accueil, est-il pertinent d'envisager un processus de réintégration à plus long terme au sein de sa famille biologique ? Ce dilemme s'avère d'autant plus important lorsqu'après une longue période, le parent biologique montre des progrès significatifs au niveau de son fonctionnement. Gauthier et al. (2004) ont étudié des processus de réintégration progressive après un placement assez long ; or ils considèrent que ces situations sont les plus problématiques pour les enfants et qu'elles s'accompagnent de symptômes importants au fur et à mesure de la réintégration : trouble du sommeil, anxiété de séparation, problèmes d'alimentation, crises de colère, etc. Ces symptômes sont selon eux, l'expression de la peur profonde ressentie par les enfants à l'idée de perdre une famille d'accueil à laquelle ils sont profondément attachés, ainsi que de la colère ressentie envers leur famille biologique qui les a abandonnés. Ces chercheurs observent que les enfants qui ont été réintégrés souffrent de séquelles importantes et connaissent de grandes difficultés lorsqu'il s'agit d'établir des relations de confiance avec les autres.

Gauthier et al. (2004) constatent en outre que cette continuité des liens d'attachement s'avère tout aussi importante dans le contexte de placement intrafamilial. Ils soutiennent qu'il serait moins dommageable pour un enfant que ses grands-parents meurent lorsqu'il sera plus âgé et qu'il pourra dès lors plus facilement gérer le deuil, que de vivre une rupture du lien d'attachement alors qu'il est encore petit. Leur étude souligne l'importance de la continuité dans la vie de l'enfant. En effet, leur expérience les a progressivement amenés à réaliser que les efforts psychothérapeutiques avaient très peu d'effet tant que l'enfant n'avait pas été rassuré sur la continuité de sa famille, qu'elle soit biologique ou d'accueil. Selon eux, préserver les liens d'attachement de l'enfant reste le plus important, car les ruptures répétées constituent un traumatisme grave dont les séquelles sont parfois irréversibles.

6.1 Quels sont les facteurs qui peuvent favoriser la réintégration familiale ?

Age et sexe de l'enfant

Certaines études ne sont pas parvenues à établir un lien entre l'âge de l'enfant et la possibilité d'une réintégration dans sa famille d'origine (Becker et al., 2007; Claar, 2007; Davis et al., 1996; Glisson et al., 2000; Wells et Guo, 1999), tandis que d'autres identifient que la probabilité pour que des enfants plus âgés puissent réintégrer leur famille était plus élevée si ceux-ci étaient encore très jeunes au moment de leur placement (Akin, 2011; Becker et al., 2007; Goemans, et al.,

2016; Goerge, 1990 ; Harris et Courtney, 2003 ; Wulczyn, 2004). Dans l'ensemble, le sexe de l'enfant n'a pas été identifié comme constituant une variable susceptible d'influencer la réintégration (Becker et al., 2007; Pabustan-Claar, 2007 ; Goerge, 1990; Leathers, 2005 ; Wells et Guo, 1999).

Les origine ethniques

L'ethnicité des enfants est considérée comme une variable prédictive par plusieurs études menées aux USA. En effet, les enfants issus de minorités ethniques, principalement les enfants afro-américains, ont moins de probabilité de réintégrer leur famille comparativement aux autres enfants (Akin, 2011; Goemans, et al., 2016; Goerge, 1990; Harris et Courtney, 2003 ; Wells et Guo, 1999 ; Wulczyn, 2004). Certaines études suggèrent que cette différence serait le résultat des grandes difficultés socio-économiques ainsi que de la précarité des conditions d'hébergements des familles ethniquement minoritaires (Cole et Caron, 2010).

Les difficultés des enfants

Les enfants connaissant des difficultés au niveau de leur santé physique ou mentale sont moins susceptibles de réintégrer leur famille (Akin, 2011; Landsver, et al., 1996; Wells et Guo, 1999). Akin (2011) spécifie que cette prévalence est indépendante des différentes définitions de la santé mentale ou des outils de mesure utilisés.

L'instabilité du placement

Les placements à répétition ont été identifiés comme un autre facteur susceptible de réduire les probabilités de réintégration au sein de la famille (Goemans, et al., 2016; Goerge, 1990; López et al., 2013). En d'autres termes, il semblerait que la stabilité de placement soit favorable à toute probabilité de réintégration dans la famille d'origine (Barth, 2002; Goerge, 1990; López, et al., 2013; Ténare et al., 2001). Il faut noter, à ce titre, que la stabilité de placement est liée aux comportements de l'enfant. Ainsi, Goemans et al. (2016) proposent comme hypothèse que les enfants ayant vu à plusieurs reprises leurs conditions de placement changer reflètent la complexité et la chronicité des difficultés familiales.

Les caractéristiques des parents

Alors que les caractéristiques des enfants font l'objet de nombreuses études, celles des parents biologiques ou des familles d'accueil sont peu connues (Akin, 2011; Goemans et al., 2016). Certaines études identifient que la réintégration chez les familles biparentales est plus probable que dans les familles monoparentales

(Harris et Courtney, 2003; Landsverk et al., 1996; Wells et Guo, 1999), alors que d'autres n'identifient pas cette variable comme pertinente en termes de probabilité de réintégration (Malm et Zielewski, 2009; Yampolskaya et al., 2007). Les problèmes d'abus de substances chez les parents sont considérés par certains chercheurs comme étant un facteur pouvant réduire la probabilité de réintégration (Akin, 2011 ; McDonald et al., 2007) alors que d'autres n'observent pas les assuétudes ou les autres problèmes de santé mentale comme des variables significatives (Benedict et White, 1991; Mapp et Steinberg, 2007; Wade et al., 2010). L'âge des parents paraît significatif d'après certaines études. En effet, les enfants de parents plus âgés sembleraient plus prompts à réintégrer leur famille que ceux dont les parents sont encore jeunes (Fraser et al., 1996). Ainsi que mentionné plus haut, les difficultés socio-économiques sont mises en avant en tant que variable corrélée négativement aux chances de réintégration (Westat, Inc. 1995; Thomlison et al., 1996).

La raison du placement

La raison du placement se détache souvent comme une variable significative sur le plan de la réintégration. Cependant, Akin (2011) pointe que les résultats tendent à s'opposer, voire à se contredire. Par exemple, alors que la négligence parentale apparaît dans certaines études comme une raison de placement ayant plus de probabilité de réintégration par la suite (Akin, 2011 ; Goerge, 1990 ; Landsverk et al., 1996), d'autres recherches identifient au contraire un lien inversement proportionnel entre négligence et probabilité de réunification (Connell et al., 2006 ; Wells et Guo, 1999).

Le type de famille

Par ailleurs, l'effet des différents types de placements entre familles d'accueil recrutées, familles d'accueil intrafamiliales ou placement institutionnel fait également l'objet de nombreuses études (Connell et al., 2006; Koh et Testa, 2008; Wells et Guo, 1999). Si quelques études n'identifient pas le placement en famille d'accueil intrafamilial comme une variable ayant une influence (Courtney et al., 1997 ; Koh et Testa, 2008), d'autres soulignent que les enfants placés au sein de la famille élargie ont moins de probabilité de réintégrer leur famille ou du moins que celles-ci prennent plus de temps en comparaison aux enfants placés en famille d'accueil sélectionnée (Connell et al., 2006 ; Goerge, 1990 ; Wells et Guo, 1999). Cependant, Lopez (2013) suggère que cette différence pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'en cas de placement dans la famille élargie, les intervenants ressentent moins d'urgence à réintégrer l'enfant auprès de ses parents biologiques dès lors que le lien a été maintenu avec ceux-ci. De surcroît, certaines familles parviendraient à trouver un équilibre en cas de placement de l'enfant au sein de la famille élargie. Un dernier élément susceptible d'avoir une influence serait la

distance géographique entre la famille biologique et le lieu de vie de l'enfant placé. En effet, des distances importantes semblent impacter négativement les possibilités de réintégration (Petr et Entriken, 1995).

La relation avec les intervenants et l'aide aux familles

Des facteurs extérieurs ont également été mis à l'étude. Il a été identifié que les relations positives et transparentes entre les intervenants et les parents biologiques constituaient un prédicteur pertinent et positif de la réintégration (Cheng, 2010; Cole et Caron, 2010; López et al., 2013). Cheng (2010) observe au travers d'une étude longitudinale que l'implication des intervenants auprès des familles, en termes de niveau d'engagement, d'identification des besoins ainsi que des services adaptés, est un facteur pesant favorablement sur les probabilités de réintégration. En effet, les services apportés en termes d'aide financière comme d'aide en matière de logement sont corrélés de manière positive aux possibilités de réintégration (Choi et Ryan, 2007; Eamon et Kopels, 2004).

Les effets des visites et la qualité de relation parent-enfant

L'effet de la visite parentale sur le développement de l'enfant, la relation parent-enfant ainsi que la réintégration en famille ont fait l'objet de nombreuses études. Plusieurs recherches sont parvenues à identifier un lien entre les durées de placement plus courtes et la possibilité de visites parentales (Cantos et al., 1997; Davis, 1996; Delfabbro et al., 2002; Haight et al., 2005). Cependant, d'un point de vue théorique, Cantos et al. (1997) soulignent l'invalidité du lien causal établi entre la visite parentale et l'augmentation des réintégrations au sein de la famille biologique dans la mesure où d'autres variables susceptibles de concourir à de tels résultats n'ont pas été prises en considération. À ce titre, il est probable que les effets positifs des visites soient également influencés par d'autres facteurs relatifs à la famille, comme des problématiques parentales moins lourdes ou temporaires, des raisons de placements moins graves, des parents initialement plus ajustés et plus présents ou disposant de ressources plus importantes (Barnum, 1987; Delfabbro, et al., 2002). Il faut toutefois préciser que d'autres études ne sont pas parvenues à identifier de lien entre la visite parentale et le succès de la réunification (Festinger, 1996; Frame, 2002; Kimberlin et al., 2009).

La durée du placement

Des recherches sont parvenues à identifier que la réintégration a plus de chances d'aboutir lorsqu'elle se produit peu de temps après le début du placement tandis qu'inversement, les possibilités de réintégration s'amenuisent au fur et à mesure que le temps passe (Biehal, 2006; Goerge, 1990; Courtney, 1994; Courtney et Wong, 1996). La revue de littérature indique en effet que les probabilités de

réintégration s'érodent rapidement des premières semaines aux cinq premiers mois de placement (Goerge, 1990). Cependant, ce déclin connaît un ralentissement durant les mois qui suivent (Courtney et Wong, 1996). Goerge (1990) souligne que ce lien inversement proportionnel entre le temps et la réintégration est spécifique aux enfants placés pour des raisons de protection plutôt que pour ceux qui le furent suite à des problèmes de comportements de l'enfant. Biehal (2006) met toutefois en avant que la corrélation entre la durée du placement et la diminution des chances de réintégration n'a pas fait l'objet d'une démonstration scientifique, le temps étant davantage considéré comme un facteur susceptible de concourir défavorablement à la réintégration des enfants.

6.2 Les effets de la réintégration familiale sur l'enfant

Alors que la réintégration des enfants placés constitue le plus souvent l'horizon principal de nombres de politiques en matière de protection de l'enfance, il est important de questionner cet objectif. Doit-il rester l'unique objectif des enfants placés ? En effet, il est nécessaire de prendre en compte ce qui se passe pour les enfants lorsque ceux-ci réintègrent leur famille biologique. Or, peu d'études sont consacrées à cette question (Biehal, 2006). L'élément le plus étudié est la rupture de la réintégration qui devient mesurable à l'occasion d'un autre placement dans le parcours de l'enfant. Ainsi, 20 à 43 % des enfants placés qui ont réintégré leur famille d'origine sont à nouveau placés souvent suite un nouvel épisode de maltraitance ou de négligence (Wulczyn, 2004; Terling, 1999).

Biehal dans sa revue de littérature (2006) indique que la probabilité d'un échec du processus de réintégration est plus importante pour les enfants dont les parents cumulent des difficultés, d'autant plus lorsque ceux-ci sont isolés sur le plan social (Festinger, 1996; Terling 1999), s'ils souffrent de problèmes de santé mentale ou s'ils connaissent des problèmes d'abus de substances (Courtney et al., 1997 ; Hess et al., 1992 Terling, 1999). Du côté des enfants, la probabilité d'un échec du processus est plus importante parmi ceux qui sont porteurs d'un handicap ou qui présentent des troubles du comportement (Biehal, 2006). Alors que les recherches se focalisent essentiellement sur la rupture dans le processus de retour à la famille, elles investiguent peu les effets traumatiques pour les enfants de vivre à nouveau des épisodes de maltraitances ou d'abus.

De nombreux facteurs peuvent donc influencer la réunification des parents biologiques et de leurs enfants. En outre, il n'existe pas d'étude permettant d'établir que les enfants qui retournent vivre avec leurs parents biologiques tireraient plus de bénéfices que ceux qui restent placés en famille d'accueil (Taussig et al, 2001). Les recherches de Lau et al (2003) montrent même l'inverse,

les enfants qui retournent vivre avec leurs parents biologiques ont plus de problèmes comportementaux et affectifs que les enfants qui restent vivre en famille d'accueil. Ils sont également plus susceptibles d'abandonner l'école et ont de moins bons résultats scolaires.

Vanderfaillie (2015) souligne le fait que, lorsqu'il y a un retour en famille d'origine, ce n'est pas en fait d'un « retour » qu'il s'agit, mais bel et bien d'un départ (de la famille d'accueil), c'est-à-dire d'une nouvelle séparation dans le sens de perte d'une partie de soi-même construite ailleurs. Cette nouvelle séparation crée à nouveau un traumatisme de séparation avec les figures d'attachement de l'enfant, que constituent les familles d'accueil, souvent présentes et stables depuis de nombreuses années. C'est en effet dans le quotidien éducatif et relationnel que se développe l'appartenance et l'enfant va s'attacher à la personne qui prend soin de lui : « L'attachement naît des expériences quotidiennes, des échanges et des interactions répétées et même des conflits » (Wendland et Gaugue-Finot, 2008). La stabilité constitue la base pour développer des liens sécurisés (Horwitz et al., 2001).

Des résultats récents suggèrent que les jeunes qui retrouvent leur famille biologique après un placement en famille d'accueil ont des résultats plus négatifs que les jeunes qui ne retournent pas vivre dans leur famille d'origine (Taussig et al., 2001). En fait, lorsque les enfants retournent dans leur famille biologique, ils développent fréquemment des graves difficultés de comportement qui peuvent entraîner ensuite un nouveau déplacement, ce qui implique généralement l'introduction dans une nouvelle famille d'accueil. Des études récentes menées aux États-Unis montrent l'incidence croissante de ce phénomène (Frame, 2002 ; Wulczyn et al., 2002).

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

7 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Cette recherche s'inscrit dans une demande émanant des acteurs de terrain. Cette demande consistait à objectiver le travail réalisé par les SAAF avec les parents biologiques et à identifier des pistes ou des bonnes pratiques dans les services de placement familiaux pour mieux accompagner les parents des enfants placés en famille d'accueil. Très vite, nous avons été confrontés à la carence de données scientifiques relatives au système de protection de l'enfance en Fédération Wallonie-Bruxelles. La dernière recherche d'envergure remonte à celle d'Isabelle Ravier réalisée en 1997.

Nous avons évoqué à travers notre revue de la littérature plusieurs facteurs qui peuvent influencer l'état psychologique des enfants placés. Les systèmes de protection de l'enfance sont assez différents d'un pays et parfois même d'une région à l'autre. C'est pourquoi dans l'optique de répondre à cette demande, il nous semblait essentiel d'établir un état des lieux précis de la situation, et plus particulièrement de l'état psychologique des enfants placés en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Il était également important de pouvoir comparer les données des enfants placés en famille d'accueil à celles des enfants placés en institution, afin de pouvoir identifier quels étaient les effets du type de placement sur la place des parents en lien avec l'état psychologique des enfants.

Notre recherche avait comme question principale :

Le placement familial a-t-il un impact sur la présence des parents dans la vie de leurs enfants par rapport au placement en institution ? Comment la présence des parents influence-t-elle l'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil et en institution ?

Bien qu'il existe une politique affichée visant à favoriser le placement familial (Décret portant le code de la prévention, de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la Jeunesse du 18 janvier 2018), nous devons constater que la Fédération Wallonie-Bruxelles est à la traîne par rapport aux autres pays occidentaux. En effet, le nombre d'enfants placés en institution en bas âge est beaucoup plus important que dans d'autres pays, notamment en comparaison avec les pays nordiques (Browne, 2005). Il nous semblait également essentiel de mesurer l'impact du type de placement sur l'état psychologique des enfants placés.

Existe-t-il en Fédération Wallonie-Bruxelles les mêmes différences que celles observées dans la littérature internationale entre le placement en famille d'accueil et en institution ?

La Fédération Wallonie-Bruxelles prône le maintien en famille d'origine le plus longtemps possible tandis que le placement sera envisagé uniquement en dernier recours (Décret portant le code de la prévention, de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la Jeunesse du 18 janvier 2018). C'est pourquoi nous avons également souhaité mesurer l'impact des difficultés des parents et de la durée de vie avec leurs parents sur l'état psychologique des enfants.

Quel est l'impact de la maltraitance, de la violence et de la négligence vécue par les enfants placés sur leur état psychologique?

De plus, comme nous l'avons déjà expliqué, l'unique projet promu par la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les enfants placés en famille d'accueil et en institution est la réintégration familiale. C'est la raison pour laquelle chaque placement est revu annuellement. Au regard de la littérature (Pasztor Mayers et al., 2006 ; Schmidt et Treinen, 2017 ; Schormans et al., 2006) qui met en avant à quel point l'insécurité et l'instabilité du placement peuvent être dommageables pour l'état psychologique des enfants placés, nous avons voulu mesurer si la politique poursuivie par la FWB était adaptée et quel était son effet (positif ou négatif) sur l'état psychologique des enfants.

Enfin, 69% des enfants placés en famille d'accueil le sont au sein du milieu intrafamilial. Or, nous avons voulu vérifier si nous constaterions les mêmes effets positifs en Fédération Wallonie-Bruxelles que ceux observés par les différentes recherches reprises dans la revue de la littérature pour ce qui concerne les enfants placés au sein du milieu intrafamilial par rapport à ceux qui ont été placés dans des familles d'accueil extrafamiliales ou en institution (voir partie 2 et 4).

Quel est l'impact du type de familles d'accueil (intrafamiliale, réseau élargi et sélectionnée) sur l'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil ?

Afin de répondre à toutes ces questions, nous avons collecté les données pendant deux années et réalisé cinq études :

Étude 1 : Facteurs influençant les relations entre les parents et leurs enfants placés en famille d'accueil.

Cette étude 1 est reprise dans le premier article intitulé "*Should the reintegration of children in foster care into their biological families be the only goal of the*

legislation governing foster care? Factors influencing the relations between parents and their children living in foster care”.

Cette première étude dresse un état de lieux des relations entre les parents biologiques et les enfants placés en famille d'accueil ainsi que de leur possibilité de réunification. Il s'agit d'investiguer dans quelle mesure certains facteurs influencent positivement l'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil ainsi que leur possibilité de retourner vivre avec leur parent biologique. Nous avons testé s'il existait des liens significatifs entre l'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil et leur possibilité de retourner vivre avec ceux-ci avec les facteurs suivants :

- l'âge de l'enfant au moment du placement ;
- le type de difficultés des parents (limitations intellectuelles, addiction à la drogue ou l'alcool ou troubles psychiatriques) ;
- le fait d'avoir été négligé, maltraité ou témoin de violences conjugales avant son placement ;
- le fait d'avoir leurs parents biologiques présents dans la vie des enfants ;
- la qualité de la relation avec leur parent ;
- le type de famille d'accueil (intrafamiliale, réseau élargi ou sélectionnée) ;
- le lien de parenté avec les enfants si l'enfant est placé dans son milieu intrafamilial.

Plusieurs corrélations et régressions ont été effectuées afin d'identifier s'il existe des liens significatifs et/ou prédictifs entre ces différents facteurs.

Étude 2 : Comparaison de l'état psychologique des enfants placés en institution et en famille d'accueil. Quels sont les facteurs qui influencent celui-ci ?

Le deuxième article s'intitule “*Are children in foster care in better psychological health than children in institutions? What factors influence the outcome ?*”

Cette seconde étude compare l'état psychologique des enfants placés en institution avec celui des enfants placés en famille d'accueil. Il analyse si les facteurs suivants ont un lien prédictif sur celui-ci :

- la durée de vie avec un des deux parents biologiques ;
- le type de difficultés des parents (limitations intellectuelles, addiction à la drogue ou l'alcool ou troubles psychiatriques) ;
- le fait d'avoir été négligé, maltraité ou témoin de violences conjugale avant son placement ;
- le fait d'avoir leurs parents biologiques présents dans la vie des enfants

- la qualité de la relation avec leur parent ;
- la qualité de la relation avec sa famille d'accueil ou son éducateur référent.

Étude 3 : L'influence des rencontres parents-enfants sur l'état psychologique des enfants placés en FA et en institution. Les différences entre ces deux populations.

Le troisième article est intitulé *“What effect do parental visits have on the psychological state of children in foster families and institutional care? Is there a difference between these populations?”*

Cette troisième étude dresse un état des lieux des modalités de rencontres parent-enfant que ce soit en termes de régularité, de fréquence, de lieux et de modalités d'encadrement. Elle met en avant les différences de modalités de rencontre entre les enfants placés en famille d'accueil et ceux placés en institution ainsi que leur impact sur le bien-être psychologique des enfants.

Cette étude investigate également si les critères suivants peuvent avoir une valeur prédictive de l'état psychologique des enfants placés :

- la présence des parents ;
- la régularité des visites par les parents ;
- la fréquence des visites parent-enfant ;
- le type d'encadrement des rencontres ;
- le lieu de la rencontre parent-enfant ;
- la qualité de la relation parent-enfant ;
- la qualité de la relation de l'enfant avec sa famille d'accueil ou son éducateur référent

Étude 4 : Comparaison des possibilités de réintégration des enfants placés en famille d'accueil avec celles des enfants placés en institution.

Le quatrième article est intitulé *“Do children placed in institutions have the same opportunities for reintegration into their families of origin as those placed in foster care?”*.

Dans cette étude, nous avons comparé les possibilités de réintégration des enfants placés en famille d'accueil à celles des enfants placés en institution. Nous avons analysé si l'âge de l'enfant et le fait d'avoir des rencontres avec les parents d'origine pouvaient avoir un effet prédictif sur les possibilités de réintégration.

Étude 5 : Comparaison de l'effet du type de placement familial sur l'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil

Le cinquième article s'intitule "*Quel est l'impact du placement intrafamilial sur l'état psychologique des enfants par rapport au placement en famille sélectionnée par les services de placement ?*".

Cette étude a comparé l'état psychologique ainsi que les possibilités de réintégration des enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale, « réseau élargi » et sélectionné. Elle a investigué également si le lien de parenté en cas de placement intrafamilial pouvait avoir un lien prédictif sur ces deux facteurs.

Étude 6 : Développement et élaboration d'un outil pour guider les intervenants à fixer les modalités de rencontre parent-enfant

Cette étude n'a pas encore fait l'objet de la rédaction d'un article. Nous présenterons les résultats des ateliers de co-création que nous avons effectués pour créer un guide afin d'aider les intervenants à fixer les modalités de visites au cas par cas. Nous présenterons également l'outil qui a été développé sur base des contributions des intervenants, et enrichi par la revue de littérature.

METHODOLOGIE

8 MÉTHODOLOGIE

8.1 Le choix de l'approche scientifique

La recherche-action ainsi que la recherche collaborative s'inscrivent dans le courant des recherches participatives, c'est-à-dire des recherches qui impliquent les acteurs de terrain à un moment ou l'autre de la démarche scientifique (Bednarz et al., 2015).

La recherche-action

Lavoie et al. (1996) définissent la recherche-action de la manière suivante :

« La recherche-action est une approche, à caractère social, associée à une stratégie d'intervention et qui évolue dans un contexte dynamique. Elle est fondée sur la conviction que la recherche et l'action peuvent être réunies. Selon sa préoccupation, la recherche-action peut avoir comme buts le changement, la compréhension des pratiques, l'évaluation, la résolution des problèmes, la production de connaissances ou l'amélioration d'une situation donnée. La recherche-action doit avoir pour origine des besoins sociaux réels, être menée en milieu naturel de vie, mettre à contribution tous les participants à tous les niveaux, être flexible (s'ajuster et progresser selon les événements), établir une communication systématique entre les participants et s'autoévaluer tout au long du processus. Elle est à caractère empirique et elle est en lien avec le vécu. Elle a un design novateur et une forme de gestion collective où le chercheur est aussi un acteur et où l'acteur est aussi chercheur » (p 41).

La recherche-action vise la résolution de problèmes et cible donc des besoins concrets. Une particularité importante de ce type de recherche est que chercheurs et acteurs sociaux sont partenaires dans toutes les étapes de la recherche. Ce type de recherche peut être tantôt initiée par un chercheur tantôt par des acteurs de terrain (Morrissette, 2013).

La recherche-action naît en 1940 avec Kurt Lewin qui décide de délaisser la recherche en laboratoire et de s'intéresser aux problèmes concrets des groupes. De 1940 à nos jours, la recherche-action a connu de nombreuses évolutions. Toutes répondent aux 3 caractéristiques essentielles de la recherche-action (Morrissette, 2013) :

- Elles visent en priorité une amélioration d'une pratique professionnelle ;
- Elles prévoient un engagement important des acteurs concernés par le changement ;

- Elles s'inscrivent dans une démarche de recherche respectant des cycles de planification, d'action, d'observation et de réflexion.

La méthodologie prévoit plusieurs étapes : planification, action ainsi qu'observation et réflexion (Stringer, 1996).

- **Planification** : cette étape est consacrée à formuler une première compréhension du problème et à établir une première liste d'actions susceptibles de résoudre celui-ci ainsi que les moyens pour objectiver les effets de la mise en place des actions.
- **Action** : les intervenants mettent en place les actions qu'ils ont définies dans le cycle de planification et observent si cela correspond aux effets souhaités.
- **Observation et Réflexion** : en groupe, ils réfléchissent et effectuent un retour d'expérience sur les effets des actions menées. Ils définissent le cas échéant de nouvelles actions en fonction de leur nouvelle compréhension du problème.

La recherche-action requiert énormément de souplesse, que ce soit au niveau de la planification ou même au niveau des choix méthodologiques. Il est impossible de commencer la recherche avec un objectif défini dans les moindres détails. La précision du problème et de l'objectif se construit lors d'un processus itératif comprenant les cycles de planification-action-observation et Réflexion (Coenen, 2001).

Dans une recherche-action, les acteurs de terrain ont un rôle déterminant, car ils sont engagés dans toutes les étapes de la démarche de la recherche. Ils partagent l'ensemble des responsabilités, depuis la définition du problème jusqu'à la diffusion des résultats. Le chercheur a plus une position d'accompagnateur, de facilitateur qui encourage la réflexion et les échanges. Il peut également amener les ressources théoriques. Le chercheur a donc une position relativement symétrique avec les acteurs de terrain (Morrisette, 2013).

La recherche collaborative

La recherche collaborative apparaît dans les années 90 et est donc relativement récente (Bednarz et al., 2015).

La recherche collaborative partage de nombreux points communs avec la recherche-action. Elle a notamment les mêmes ancrages épistémologiques. Par contre, elles ne poursuivent pas du tout les mêmes objectifs. En effet, nous avons vu que la recherche-action visait principalement la mise en place d'un changement et/ou la résolution d'une situation problématique. Or, la recherche

collaborative vise à renforcer la collaboration et surtout à développer une meilleure compréhension entre les chercheurs et les acteurs de terrain (Morrisette, 2013). Elle a donc pour objectif de faire le lien entre les savoirs de la pratique, les savoirs dits théoriques et les savoirs dits d'action (Barbier, 1998). Étant donné que l'objectif de la recherche collaborative est de développer un savoir inédit issu d'un croisement entre la logique des chercheurs et des acteurs de terrain, elle ne poursuit donc ni un objectif de changement, ni *a priori* un objectif de formation (Bednarz et al., 2015).

Lefrançois (1997) « définit la recherche collaborative comme une démarche d'investigation scientifique qui implique une coopération étroite entre les chercheurs et les acteurs de terrain afin de répondre à une question de recherche » (p 82).

Dans un premier temps, la recherche collaborative a pris son essor en sciences de l'éducation (Desgagné, 1997) pour maintenant gagner les autres disciplines (Barbier et Galatanu, 2004). Comme pour la recherche-action, une recherche collaborative peut être initiée soit par un chercheur soit par une demande d'acteur de terrain (Bednarz et al., 2015).

La méthodologie de la recherche collaborative se déploie en 3 grandes étapes (Desgagné, 1998) :

- **Co-situation** : la première est une étape de négociation dans laquelle il est nécessaire de définir un contrat collaboratif qui définit les rôles de chacun ainsi que les attentes réciproques par rapport à la recherche
- **Coopération** ou **co-construction** : plus longue, la deuxième est une étape de coopération ou de collecte de données. Cette étape peut se faire avec un chercheur et un intervenant, mais le plus souvent ce sera un groupe d'intervenants qui seront invités à partager leur expérience. Le but de cette étape est de croiser des points de vue afin de favoriser une analyse plus critique des enjeux et des problématiques. Le plus souvent, cette réflexion se fait autour d'études de cas où le chercheur demande de raconter soit un incident critique, soit une pratique exemplaire, soit un épisode typique, etc. et anime ensuite un débat avec le groupe sur l'événement relaté.
- **Coproduction** : la troisième étape est celle de la mise en forme des résultats afin que ceux-ci présentent autant d'intérêt pour les chercheurs que pour les intervenants.

« Le processus de co-construction est un élément central de la démarche participative » (Bednarz et al., 2015). Ces moments où les acteurs de terrain et les chercheurs partagent leurs réflexions, arguments et éclairages, constituent un moment clé de la collecte de données. La richesse des interactions ainsi que le

questionnement qui en découle favorisent le développement professionnel des acteurs de terrain, même si cela n'est pas l'objectif premier de la recherche collaborative (Bednarz et al., 2015).

Il y a également symétrie des positions entre le chercheur et les acteurs de terrain dans la recherche collaborative, même si celle-ci est moins forte que celle qui existe dans la recherche-action. En effet, le chercheur comme les acteurs de terrain ne réalisent pas tous les mêmes étapes de la recherche, leurs expertises étant complémentaires (Morrissette, 2013).

En résumé, la recherche-action met sur un pied d'égalité le chercheur et les intervenants de terrain, tous réalisant les mêmes étapes de la recherche ; tandis que la recherche collaborative valorise plutôt l'intégration des points de vue des intervenants afin de répondre à une question de recherche (Morrissette, 2013).

Si dans un premier temps, nous avons eu l'ambition de mener une recherche-action, nous avons dû par la suite nous orienter vers une recherche collaborative pour des questions de disponibilité des intervenants.

Éthique et recherche collaborative

La recherche collaborative n'échappe pas aux questions éthiques. Ces questions se posent au moment de la conception, de la réalisation et de la collecte des données ainsi que dans la phase de suivi (Larouche et al., 2016). Dans la phase de conception, il est essentiel que le chercheur trouve un juste équilibre entre une posture neutre et objectivante d'une part, et une posture engagée/participante de l'autre ; car il doit trouver un équilibre entre les savoirs académiques et ceux des intervenants impliqués dans la recherche (Corcuff, 2011). En effet, la recherche collaborative implique une reconnaissance réciproque. Or, les intervenants doivent être en mesure de percevoir que le chercheur est vraiment ouvert, tandis que le chercheur doit pouvoir reconnaître l'importance de l'apport des intervenants (Lanaris et April, 2013). Lors de la phase de collecte des données et au moment de la mise en œuvre de la recherche, il est possible de voir se dégager une remise en question des rôles entre le chercheur et les intervenants. Chacun peut se questionner sur son statut et les limites respectives de son rôle. Cette phase peut aussi générer un conflit au sujet de l'interprétation des données, dès lors que le chercheur peut tendre à privilégier l'enrichissement des connaissances académiques ; tandis que les intervenants risquent de vouloir privilégier les découvertes pratiques. À nouveau, il est nécessaire d'adopter une position d'ouverture et de reconnaissance réciproque (Larouche et al., 2016). La phase de diffusion des résultats peut poser des questions concernant la diffusion totale ou partielle de ceux pour lesquels il y aurait un désaccord entre les intervenants et les académiques. Les intervenants pourraient refuser des résultats, empêchant ainsi

une reconnaissance du travail mené par le chercheur dans un milieu donné (Larouche et al., 2016).

Les questions éthiques inhérentes à la recherche collaborative portent donc principalement sur les notions d'indépendance du chercheur ainsi que sur les contraintes liées au partenariat avec les intervenants (Larouche et al., 2020). Suite à une expérience négative de recherche collaborative avec ATD quart monde, Jean-Michel Chaumont insiste sur le fait que la recherche collaborative peut mettre en péril le principe fondamental d'indépendance du chercheur. L'objectif de développer des connaissances autour d'un sujet pourrait par exemple être perçu comme une atteinte éthique si ces connaissances contredisaient les propos des intervenants impliqués dans la recherche collaborative (Chaumont, 2020). S'il est essentiel que le chercheur puisse prendre en compte les points de vue des intervenants, il doit également pouvoir affirmer son désaccord par rapport à ceux-ci (Gaudet, 2020).

8.2 La mise en œuvre de la démarche collaborative

1. S'appuyer sur une demande du terrain

La première étape de notre recherche a consisté à rencontrer les différents acteurs de terrain pour récolter et analyser leurs problèmes et les questions éventuelles de recherche. Nous avons rencontré une personne à l'administration générale de l'Aide à la jeunesse, un représentant du cabinet en charge de la protection de l'enfance et enfin le président des services de placement. Il est important de bien comprendre le contexte dans lequel se trouvaient les différentes personnes que nous avons rencontrées au moment de nos rencontres. En effet, à cette période, les services de placements familiaux étaient interpellés par certaines associations concernant la place occupée par les parents dans la vie de leur enfant quand celui-ci est placé en famille d'accueil. En très résumé, il était reproché aux SAAF d'être profamille d'accueil, au détriment des parents biologiques. C'est donc dans ce contexte qu'a émergé assez naturellement une demande commune. Cette demande était d'objectiver le travail réalisé par les SAAF avec les parents biologiques ainsi que d'identifier des pistes ou des bonnes pratiques dans les services de placement familiaux pour mieux accompagner les parents des enfants placés en famille d'accueil et surtout donner une assise scientifiquement validée à cet accompagnement.

2. La création d'un comité d'accompagnement avec des acteurs de terrain

Nous avons mis en place un comité d'accompagnement composé à la fois de représentants de l'administration, des mandants, du monde politique et des intervenants de terrain. Cette représentation pluridisciplinaire a pour objectif de soutenir cette recherche collaborative notamment en facilitant les accès aux acteurs de terrain, mais aussi principalement en confrontant les points de vue ; permettant ainsi de construire une nouvelle compréhension de la problématique ainsi que des solutions à lui apporter.

Les membres de ce comité sont les suivants :

- DIEU Anne-Marie (Directrice de recherche et coordinatrice de l'observatoire de l'enfance, la jeunesse et de l'Aide à la jeunesse)
- VERSTAPPEN Xavier (Directeur général et pédagogique du SAAF – L'Accueil Familial – Section de Bruxelles)
- BUCHET Marie-Dominique (Directrice du SAAF – Service Familles d'Accueil de Verviers)
- SALINGRO Caroline (Directrice pédagogique du SRG – le Clos du chemin vert)
- VAN CAUWENBERGHE Nathalie (Criminologue au sein du service du délégué général aux droits de l'enfant)
- BLAVIER Adelaïde (Docteur en psychologie et professeur à l'Université de Liège)
- SIMON Dominique (Directeur du SRG – Notre abri)
- DEVIS Valérie (Directrice générale adjointe- Service général des SAJ-SPJ et de l'adoption)
- ELMARABET Fouzia (Attachée au sein du service du délégué général aux droits de l'enfant)
- MEDART Brigitte (Directrice du SASPE – La pouponnière Sainte-Adeline)
- DELCOMMUNE Jean-Marie (Directeur général adjoint – Service d'expertise en matière de jeunes en difficulté/danger)
- MULKAY Françoise (Directrice générale adjointe – Service général de la gestion administrative et pécuniaire des prises en charge des jeunes)
- DE VOS Bernard (Délégué général aux droits de l'enfant)
- THONON Marie (Conseillère au cabinet de la ministre en charge de l'Aide à la jeunesse)

3. Élaboration du questionnaire et de la grille d'analyse sur base d'input des acteurs de terrain

Avant d'entamer la récolte de données, nous avons tout d'abord interviewé 17 personnes concernées par l'accueil familial et renseignées par l'administration

générale de l'Aide à la jeunesse. Nous avons élaboré une trame d'entretien semi-structuré ainsi qu'une grille de récolte de données, ceux-ci ayant été adaptés et complètes au fil de nos différentes rencontres.

Durant cette phase, nous avons pris contact avec la cellule responsable de la gestion du logiciel Imaj afin d'analyser quelles données pourraient être directement exportées du logiciel afin de faciliter la captation de celles-ci au sein des SPF. Nous avons reçu des fichiers contenant des données permettant de compléter à l'avance la grille. Ces données seront identifiées comme « extraites de Imaj » lors de la présentation de la grille.

Nous avons également testé la faisabilité de la récolte de ces données au sein de services suivants : Odile Henry (Quaregnon), Familles d'accueil (Verviers) et Alternatives familiales (Braine- l'Alleud). À l'issue de ce test, nous avons dû également modifier la grille de récolte de données, car certaines données n'étaient pas toujours connues des intervenants sociaux.

4. Collecte des données auprès des acteurs de terrain et sur le terrain

Nous nous sommes rendues dans les services et avons interviewé les intervenants dans leurs locaux afin de capter au mieux leur réalité de terrain.

5. Création de groupes interdisciplinaires de co-construction

Pour finir, à l'issue des deux années de recherche et au vu de nos résultats, il a été décidé de développer un outil pour accompagner les intervenants de terrain dans leur prise de décisions concernant les modalités de rencontre parent-enfant.

Pour ce faire, nous avons mis en place quatre ateliers de co-construction avec les acteurs de terrain représentant ceux qui sont impliqués dans la fixation des modalités de rencontre avec les parents biologiques (représentants des SAJ, SPJ, SAAF, SRG et SASPE). Lors de ces ateliers, nous présentions les résultats de notre recherche pendant une demi-heure. Ensuite, les représentants étaient mis en petits sous-groupes et devaient répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les critères qui doivent être pris en compte selon vous pour la fixation des modalités des rencontres parent-enfant ?
- Par critère, pourriez-vous établir comment ces critères doivent être évalués, par qui et à quelle fréquence et pendant combien de temps ?

Ensuite, chaque sous-groupe présentait ses résultats aux autres groupes.

En fin de séance, les participants pouvaient indiquer les critères qui devaient selon eux absolument se retrouver dans l'outil.

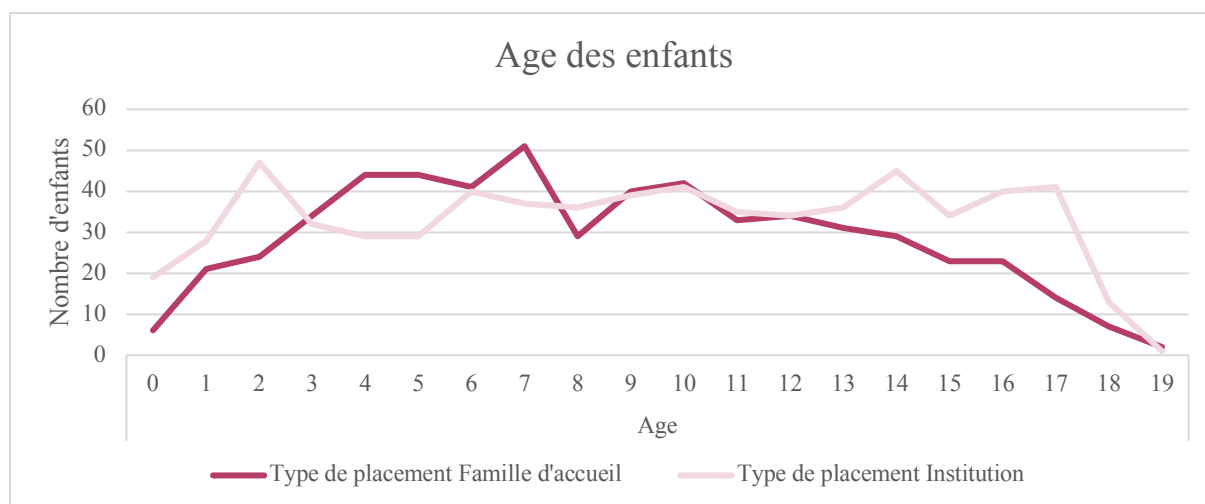
8.3 Collecte de données et échantillonnage

Notre recherche s'est articulée en deux temps de collecte de données. Dans un premier temps, nous avons collecté des données auprès des intervenants sociaux travaillant au sein des services de placement familial (SAAF). Tandis que dans le deuxième, nous avons collecté les mêmes informations (excepté celles spécifiques au placement familial) avec le même protocole, auprès des intervenants travaillant dans les institutions qui hébergent des enfants placés.

La première année, nous avons collecté les données de 568 enfants placés en famille d'accueil au 30 juin 2017, soit 30% des enfants placés en famille d'accueil et suivis par un Service d'Accompagnement en Accueil Familial (SAAF). Tous les services de placement familial (17 au total) ont accepté de participer à cette recherche.

La deuxième année, nous avons complété cet échantillon par les données de 661 dossiers d'enfants placés en institution, soit 19% des enfants placés en institution au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cet échantillon représente 18% des enfants placés dans des Services Résidentiels Généraux (SRG) et 28% des enfants placés dans des Services d'Accueil Spécialisés de la Petite Enfance (SASPE). Nous avons contacté par téléphone les institutions pour leur demander si elles seraient intéressées de participer à la recherche. La plupart des institutions ont accepté de participer, la raison principale de refus étant un problème de surcharge de travail. Nous avons collecté les données dans 35 institutions, soit dans 25% des institutions de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Notre échantillon est donc de 1.129 enfants placés, dont 620 filles et 613 garçons. Nous avons une répartition équilibrée entre le nombre de garçons ($n=287$) et de filles ($n=285$) placés en famille d'accueil (FA) et le nombre de garçons ($n=326$) et de filles ($n=335$) placés en institution. La moyenne d'âge ($\mu=9,17$, $\sigma=5,1$) est plus élevée chez les enfants placés en institution que celle des enfants placés en FA ($\mu=8,53$, $\sigma=4,55$, voir graphique ci-après).



8.4 Procédure de passation

Nous nous sommes rendues dans les services de placement familial et les institutions. Nous avons eu rendez-vous avec les intervenants responsables du suivi avec les enfants ainsi que des contacts avec les parents. Nous avons sélectionné par tirage au sort 30% des situations que l'intervenant avait à sa charge, soit en moyenne 8 à 12 situations d'enfants par intervenant. Le seul critère d'inclusion des données d'un enfant dans l'étude était d'être placé au moment de la captation des données, il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Les informations que nous avons recueillies étant très sensibles du point de vue de la protection des données privées, nous avons signé une convention de respect de la confidentialité des données dans laquelle nous assurons que celles-ci seront présentées de manière anonymisée, que les fichiers comprenant les données personnelles non anonymisées seront supprimés après 2 ans, tandis que le fichier contenant les données anonymisées sera conservé 10 ans.

Pour chaque situation d'enfant, nous encodions en direct dans un fichier Excel les réponses de l'intervenant à des questions fermées. Néanmoins, nous captions également les explications ou les précisions des intervenants dans une case « remarques générales ».

8.5 Mesures

Nous avons collecté les données suivantes lors de nos entretiens avec les intervenants.

Les données communes aux enfants placés en famille d'accueil et en institution étaient les suivantes :

Des données sur le parcours de l'enfant :

- Le type de placement en famille d'accueil ou en institution ;
- L'âge, le sexe et la date du placement ;
- Combien de temps l'enfant a-t-il vécu avec un de ses parents ?;
- L'enfant a-t-il été négligé, maltraité ou a-t-il été témoin de violence conjugale avant son placement ? Les intervenants sont invités à répondre par oui ou par non aux différentes questions.

Des données sur la présence des parents et leurs difficultés

- Le parent est-il présent dans la vie de l'enfant, connu et absent, inconnu ou décédé ? Si le parent est absent, à quand remonte sa dernière visite de l'enfant ?
- À la connaissance des travailleurs sociaux, le parent souffre-t-il de limitations intellectuelles, d'addiction à la drogue ou à l'alcool, de troubles psychiatriques au moment du placement en famille d'accueil ? Le parent a-t-il résolu son problème de toxicomanie et/ou d'alcoolisme ? Les intervenants sont invités à répondre par oui ou par non aux différentes questions. À partir de ces données, nous avons additionné le nombre de problèmes cumulés du parent.

Des données sur les modalités de visites parent- enfant

- La régularité des visites par les parents : Sont-ils réguliers ou irréguliers dans leurs rencontres parent-enfant ? S'il n'y a plus de rencontre, quelle en est la raison ? Est-ce dû à une interdiction de contact par les autorités mandantes, car le parent est irrégulier ou parce que les rencontres s'avèrent « toxiques » pour l'enfant ?
- La fréquence des rencontres parent-enfant.
- Le type d'encadrement des rencontres : Sont-elles encadrées en permanence par un intervenant ? Sont-elles semi-encadrées (c'est-à-dire qu'un intervenant passe sporadiquement durant la rencontre) ? Où sont-elles sans intervenant ?
- Le lieu de la rencontre parent-enfant : A-t-elle lieu au sein de l'institution ou au service de placement familial ? A-t-elle lieu à l'extérieur ou chez la famille d'accueil ?

Des données sur l'état psychologique des enfants placés, la qualité de la relation avec leur parent et leur famille d'accueil ou l'éducateur référent, ainsi que leur possibilité de réintégration,

- les intervenants attribuaient un score de 1 à 10 aux questions suivantes selon une grille (voir p 107 et 107) :
 - La qualité de la relation parent-enfant
 - La qualité de la relation avec famille d'accueil ou l'éducateur référent.

- L'état psychologique de l'enfant
- Les possibilités de réintégration familiale avec un des deux parents, c'est-à-dire que l'enfant retourne vivre 100% du temps avec l'un des deux parents.

Les données captées uniquement pour les enfants placés en famille d'accueil étaient les suivantes:

- Dans quel type de famille d'accueil l'enfant est-il placé ? Une famille sélectionnée par le service de placement, une famille du cercle familial de l'enfant, une famille dite du réseau élargi en fonction des connaissances du parent ou de l'enfant (uniquement pour les enfants placés en famille d'accueil) ?
- Si l'enfant est placé dans un cadre intrafamilial, quelle est la relation avec l'enfant (grands-parents, tante, etc.) ?

Les données captées uniquement pour les enfants placés en institution étaient les suivantes :

- Quel était le projet de l'enfant (uniquement lorsqu'il était placé en institution) ? A-t-il un projet de réintégration familial, de placement en famille d'accueil, de mise en autonomie, de parrainage ... ? Cette question a été ajoutée durant la deuxième année de collecte de données, c'est pourquoi elle n'existe pas pour les enfants placés en famille d'accueil.

Ces scores de 1 à 10 constituent donc des évaluations subjectives faites par les intervenants sociaux. Afin de réduire la subjectivité, ces scores étaient évalués à l'aide d'une échelle décrivant les différents niveaux. Nous avons testé cette échelle sur 10 situations, avec 2 intervenants qui connaissaient la situation de l'enfant. Or nous n'avons pas détecté d'écart significatif entre leurs scores. Cependant, cette évaluation subjective représente l'une des principales limites de cette recherche. En effet, l'une des difficultés à laquelle les intervenants étaient confrontés, était le fait qu'ils devaient remettre un score à l'instant présent alors que dans certains cas, la situation venait de se dégrader ou à l'inverse de s'améliorer.

8.5.1 Analyse et traitement des données

Nous avons analysé les statistiques descriptives des deux échantillons. Ensuite, nous les avons comparées.

Finalement, nous avons testé nos différentes hypothèses à l'aide du logiciel SPSS, en effectuant des analyses de corrélation ainsi que des régressions simples et multiples. Or, les régressions ont été considérées comme significatives à $p < 0,05$.

Grille pour les évaluations de 1 à 10 des intervenants

	Vide	Score supérieur ou égal à 8	Score de 6 ou 7	Score de 5	Score inférieur de 4 et 3	Score de 2 à 0
La qualité de la relation père-enfant	Pas d'information	La relation est excellente. Le père répond adéquatement aux signaux et aux besoins de l'enfant. Il exerce une autorité parentale.	La relation est bonne, mais le père ne répond pas toujours adéquatement aux signaux et aux besoins de l'enfant.	La relation n'est ni bonne ni mauvaise. Elle est neutre.	La relation n'est pas bonne. Le père ne répond pas adéquatement aux besoins de l'enfant.	La relation est toxique pour l'enfant.
La qualité de la relation mère-enfant	Pas d'information	La relation est excellente. La mère répond adéquatement aux signaux et aux besoins de l'enfant. Elle exerce une autorité parentale.	La relation est bonne, mais la mère ne répond pas toujours adéquatement aux signaux et aux besoins de l'enfant.	La relation n'est ni bonne ni mauvaise. Elle est neutre.	La relation n'est pas bonne. La mère ne répond pas adéquatement aux besoins de l'enfant.	La relation est toxique pour l'enfant.
La qualité de la relation enfant accueillants	Pas d'information	La qualité des relations est excellente. Les difficultés rencontrées sont identiques à celle d'une famille ordinaire.	Les relations sont bonnes, mais il y a plus de tensions, de crises que dans une famille "ordinaire"	Les relations sont moyennes, elles sont en dents de scie, parsemées de crises et de périodes d'accalmie.	Les relations sont mauvaises, conflits permanents, peu d'attachement, etc.	Les relations sont très mauvaises. Il y a un risque de mettre fin à l'accueil.

L'état psychologique de l'enfant	Pas d'information	L'enfant ne manifeste aucun trouble psychologique.	L'enfant va bien, toutefois il manifeste par moment des difficultés psychologiques: anxiété,énurésie, troubles alimentaires, insomnie, etc. qui ne nécessitent pas absolument un suivi thérapeutique	L'enfant va moyennement bien, il manifeste des troubles psychologiques importants qui nécessitent un suivi thérapeutique.	L'enfant n'est pas bien. Il manifeste de gros troubles psychologiques. Il doit être suivi par un pédopsychiatre.	L'enfant n'est pas bien du tout. Ses troubles sont généralisés et envahissants.
Possibilité d'une réintégration	Pas d'information	La réintégration est tout à fait envisageable et/ou les démarches sont d'ailleurs en cours.	La possibilité de réintégration pourrait être envisagée si certains éléments étaient rencontrés.	La possibilité de réintégration est moyenne.	La possibilité de réintégration est très faible.	Aucune possibilité de réintégration

LES ETUDES

9 ÉTUDES

Étude 1

- * Chartier, S., et Blavier, A. (2021). Should the reintegration of children in foster care into their biological families be the only goal of the legislation governing foster care? Factors influencing the relations between parents and their children living in foster care. *Children and Youth Services Review*, 121, 105741. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105741>

Étude 2

- * Chartier, S., et Blavier, A. (submitted). Are children in foster care in better psychological health than children in institutions? What factors influence the outcome?. Submitted to *Child et Family Social Work*.

Étude 3

- * Chartier, S., et Blavier, A. What effect do parental visits have on the psychological state of children in foster families and institutional care? Is there a difference between these populations? Submitted to *International journal of social welfare*.

Étude 4

- * Chartier, S., Knuppel, I. et Blavier, A. (submitted) Do children placed in institutions have the same opportunities for reintegration into their families of origin as those placed in foster care? Submitted to *Children and Youth Services Review*

Étude 5

- * Chartier, S., Knuppel, I., Delhez, C. et Blavier, A. Quel est l'impact du placement intrafamilial sur l'état psychologique des enfants par rapport au placement en famille sélectionnée par les services de placement ? Soumis à *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*

Étude 6

- * Développement et élaboration d'un outil pour guider les intervenants à fixer les modalités de rencontre parent-enfant.

Étude 1: Chartier, S., et Blavier, A. (2021). Should the reintegration of children in foster care into their biological families be the only goal of the legislation governing foster care? Factors influencing the relations between parents and their children living in foster care. *Children and Youth Services Review*, 121, 105741. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105741>

Abstract

The aim of this article was to identify factors that may influence the presence of parents and the possibilities of reunification with their foster children. We find that there are 4 main areas that influence the presence of parents in their child's life and the possibilities of reunification with them.

- The quality of the parent-child relationship and the mobilization of parents
- The time factor
- Parents' pathologies and the consequences on their children
- Type of family and family relationship

A majority of parents disengage in the first three years of the placement and especially in the first year. It is therefore essential to carry out intensive work with the parents as soon as possible in order to maximize the possibilities of family reunification or, if necessary, to develop a realistic and adapted project for all parties.

Parents' drug addiction generates their absence from their child's life. The accumulation of problems among parents also increases their disengagement from their child's life. The work on parenting must include intensive support in solving the personal problems of the parents of children in care. It is therefore essential to work **intensively** with the parents at an **early stage** to maximize the possibilities of reunification on the parents' personal problems and the quality of the parent-child relationship.

Keywords: Placement, foster family, parents, foster child, reunification

1. Introduction

Belgium is a small country but politically very complex. There are 5 levels of power (federal, community, regional, provincial and communal). Legislation concerning prevention, youth care and youth protection depends on the communities, i.e. it is different for the Flemish, German-speaking and French-speaking community called the Wallonia-Brussels Federation. There is very little research on policies regarding out-of-home care in the Wallonie-Bruxelles Federation. The last major one dates back to Isabelle Delens-Ravier's research in 1997.

The aim of this research is to identify the number of children who still have visits with their parents when they are placed in long-term foster care. It identifies the factors that can influence the maintenance of parent-child contact and the possibilities for family reunification as estimated by caseworkers. On the basis of the analysis of our results and the literature, we will propose ways of improving policies regarding out-of-home care in the Wallonia-Brussels Federation.

The Wallonia-Brussels Federation favours the use of foster families from the young person's intra-family environment (2/3 of the situations of children placed in foster care) as well as volunteer families selected by the placement services (1/3 of the situations of children placed) The only project of each child placed in foster care in the Wallonia-Brussels Federation is the reunification of the child with his or her family of origin, i.e. the child returns to his or her family on a full-time basis. It is important not to confuse the notion of reunification and regrouping. As family regrouping is about re-establishing the link between children in care and their families, it can be seen as a continuum from full return home to partial return and occasional contact (Maluccio et al., 1996).

While much research has focused on the effects and quality of visits between children in care who have contact with their parents, there is little data regarding the percentages of children who do or do not maintain such contact. The majority of parents maintain contact with their child in foster care, and parent-child contact is planned in 86% to 90% of cases but is not necessarily achieved (Delens-Ravier, 1997). Fanshel et Shinn (1978) found in their longitudinal study that 38% of children had little or no contact with their parents and this percentage increased to 64% after 5 years. According to Sinclair quoted by Berridge (2005), between 40 and 50% of children in foster care have contact with their family, mainly the mother. 54% of children in foster care still have contact with their father (Coakley, 2013).

The presence of parents through their parent visits is considered to be the main intervention to maintain and enhance the development of parent-child relationships necessary for successful family reunification (Haight, Kagle et Black, 2003). Fanshel et Shinn (1978) found that 66% of children who had no contact with their parents directly after placement were still in foster care after 5 years. Orlando, L., Barkan, S., et Brennan, K. (2019) highlight early parent-child visits as a crucial and untapped opportunity for work with parents. They add that these early visits are a highlight and, with support from social workers, can strengthen parents' engagement in the visiting process and even increase their commitment to other necessary services. The time factor is therefore a critical factor in keeping parents present in the child's life and increasing opportunities

for reunification with their family. As children grow older, their opportunities for reunification diminish (Coakley, 2013; Proch et Howard, 1986).

More frequent contact would improve the quality of interaction between the child and biological parents (McWey et Mullis, 2004) and increase the prospects for family reunification (Davis et al., 1996) compared to children who receive no visits (Cantos, Gris, et Slis, 1997). Regular home visits would also be a factor in promoting reunification (Farmer, 1996). Mothers who visit their child at the frequency recommended in the intervention plan have a tenfold increase in family reunification. More specifically, the number of parent-child visits is correlated with the chances of these children to return to live with their parents earlier, unlike a child who receives little or no visits from his or her parent (Davis et al., 1996). However, studies have shown that there is no relationship between maintaining contact during placement and successful reunification (Festinger, 1996; Frame, 2002; Kimberlin et al., 2009).

Supporting parents in their problems is an essential factor in promoting parental presence and family reunification of foster children (Cole et Caron, 2010; Jedwab, Chatterjee, and Shaw, 2018; Han et Osterling, 2012; Talbot, 2008). The chances of reunification are much higher for children whose parents receive appropriate support that matches their needs (Dawson et Berry, 2002; Cheng et Li, 2012 ; Murphy et Fairlough, 2015). This support can take different forms, such as housing assistance, financial assistance, but also treatment for substance abuse (Choi et Ryan, 2007) or mental health problems (Marsh, Ryan, Choi et Testa, 2006).

Fuentes-Pelaez (2016) shows that children in intra-family care have a lower feeling of abandonment than those in another family and experience fewer breaks in care. However, role confusion may be possible and difficulties may arise between the grandparents taking care of the child and the parents. For his part, Peter van Den Bergh et Wetering (2010) in the Netherlands find that grandparents generally stimulate parent-child contact. Parent-child contact does not pose a threat to the grandparent-child relationship. On the other hand, research in Flanders has shown that intrafamilial placements can make parent-child contact more complicated because the relationship between parents and foster family is often negatively connoted due to their often complicated common history. Whereas foster parents in selected foster homes are more neutral and caring towards the parents (Vanschoonlandt et al., 2012).

Many factors can therefore influence the reunification of parents and children. However, there are no studies to establish that children who return to live with their biological parents would benefit more than those who remain in foster care (Taussig et al. 2001). Research by Lau et al. (2003) even shows the opposite, that

children who return to live with their biological parents have more behavioural and emotional problems than children who remain in foster care. They are also more likely to drop out of school and have poorer academic performance.

Vanderfaillie (2015) points out that when there is a return to the family of origin, it is not in fact a 'return' but a departure, i.e. a new separation in the sense of losing a part of oneself built up elsewhere (here, in the foster family). This new separation again recreates a separation trauma with the child's attachment figures, which are the foster families, often present and stable for many years. It is indeed in the daily educational and relational life that belonging develops, the child will become attached to the person who takes care of him or her: "Attachment is born of daily experiences, repeated exchanges and interactions and even conflicts" (Wendland et Gaugue-Finot, 2008). Stability is the basis for developing secure bonds (Horwitz et al., 2001).

In Flanders, the attitude regarding children's return home has changed since the Decree on Foster Care Services of June 29, 2012, was enacted. This decree acknowledges that reunification with the parents is not always in the child's best interests. Consequently, reunification is no longer the only expected outcome of the intervention. Thus, long-term placement with a foster family is now possible (Vanderfaillie et al., 2012).

For its part, the Wallonia-Brussels Federation seems to view itself more as a defender of the rights of parents, with priority assigned to supporting parents whose condition is fragile and maintaining their family relationships. In this context, foster parenthood is not fully recognized, as there is a conviction that the child's interests are best served within the family of birth (Lambert, 2018). From this perspective, children must necessarily stay with their parents: they have no other place. It has reached the point where some professionals will oppose and reject a placement plan, to an exaggerated degree, because they hold prejudices along the lines of "the worst possible family is better than the best possible institution" (CODE, 2013). Underlying this option, there is also the idea that it is less damaging to the child to maintain a relationship – however tenuous, however inappropriate – with his/her parents.

The analysis by Chervaz Dramé and Demierre (2018) shows that an adjustment is necessary between the recommendations of legislation, professional practice and children's good development. The authors found that, although children's return to their families of birth is a goal, in reality most family placements are full-time and very long-term; they may prove to be "life placements" even if they are not described as such. The official impermanence of the measure creates uncertainty in the foster family and an atmosphere of psychological and relational insecurity that prevents the child from fully integrating into the family. This

insecurity is detrimental to the mental health of children in foster care (Leathers, 2006; Sinclair, 2005).

2. Methodology

2.1 *Sample and data source*

We gathered data on 568 children who had been placed as of June 30, 2017, or 30% of all the files being followed by family placement services in charge of medium- and long-term follow-up (i.e. foster care placements for a period of one year, renewable several times, until the child reaches the age of majority) in the Wallonia-Brussels Federation. The files were selected randomly by drawing lots. This research was submitted to the ethical committee of the Faculty of Psychology of the University of Liège.

2.2 *Procedure*

All Foster Care Services agreed to participate in this research. We spent one day in each foster care service (17 services). We met with three or four caseworkers agreed to participate in this research. We then randomly selected in average 33 cases per placement service between 8 and 12 per caseworker. For each one, an interview with the caseworker, we encode live in a file their answers to the following questions :

- Age, sexe, date of foster care placement.
- How long has the child lived with a parent?
- In what type of foster family is the child placed? A family selected by the placement service, a family from the child's family circle, a so-called extended network family based on the knowledge of the parent or child.
- If the child is placed in an intra-family setting, what is the relationship with the child (grandparent, aunt, etc.)?
- Is the parent known and present in the child's life, known and absent, unknown or deceased ? If the parent is absent, when was the last time the child was visited ?
- To the caseworkers' knowledge, does the parent suffer from intellectual limitations, drug or alcohol abuse or psychiatric disorders at the time of foster care placement? Since then, has the parent resolved his drug and/or alcohol addiction problem? The caseworkers answer yes or no to the various questions.
From this data, we will add up the number of cumulative problems of the parent.
- Has the child been neglected, abused or witnessed domestic violence during his or her time with his or her parents?

- Finally, the caseworkers gave a score from 1 to 10 on the following points based on a grid (see Appendix 1). : The quality of the parent–child relationship; transportation problems; the possibilities of reintegration with one of the two parents, i.e. the child leaves the foster family to return to live 100% of the time with one of the two parents.

For 32 cases, we went through the children's files in depth to verify that the data provided by the caseworkers were correct. In conclusion, 72% of the data captured in foster care services are consistent with the data in the physical files. For 21% of the files, the data is correct, but an element of the parents' problems is missing. In 7% of the files, we were unable to find the information given by the caseworkers as such.

We have also defined criteria to enable us to objectify the scores from 1 to 10 given by the stakeholders, but this remains a subjective assessment that can be subject to several biases. This is one of the limitations of this research.

2.3 Data analysis

We first analyzed the descriptive statistics. Then we used SPSS software to identify the variables that could mutually affect each other and their predictive value by doing simple and multiple regression analyses. Regressions were considered significant if $p < 0.05$.

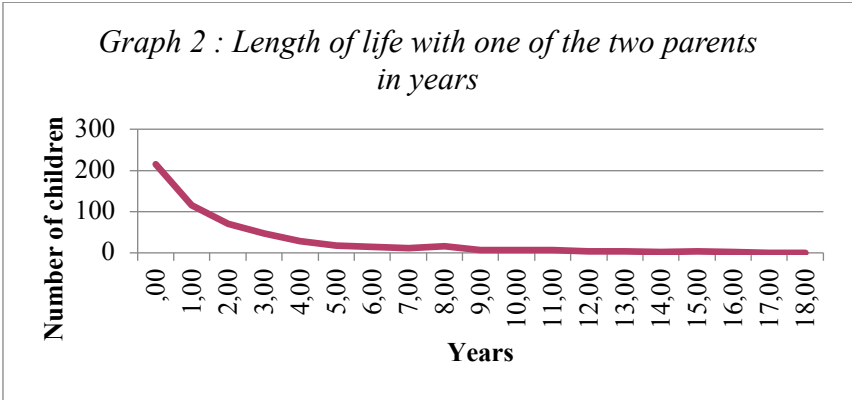
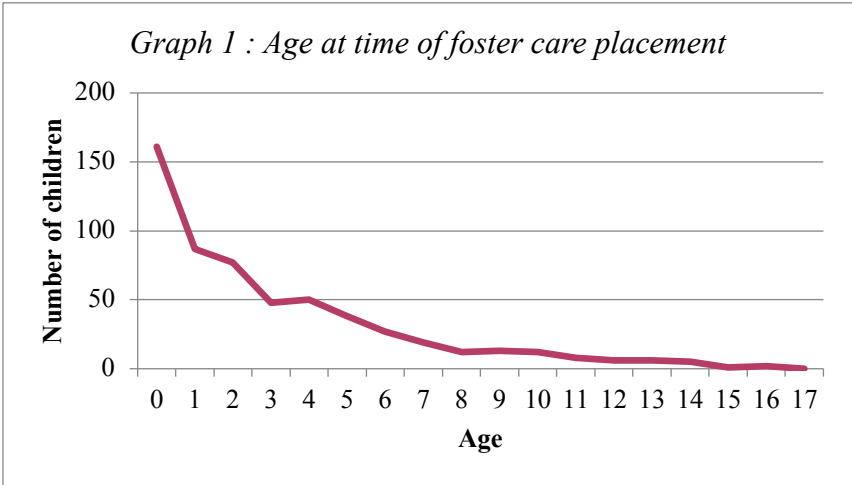
3. Results

3.1 Sample

We have a balanced distribution between the number of boy children (n=287) and girl children (n=285). 12.24% of the parents are still in a couple, while 87.76% are separated from the parent of their foster child. 52% of the children are placed in their intra-family environment, 31% of the children are placed in foster families selected by the foster care service and 17% are placed in the extended network of the parent (neighbour, friend, godfather, ...) or in the extended network of the child (teacher, parent of a friend, ...). 68% of the children are cared for by their grandparents, in second place it is the aunts (17%) who care for their nephews and nieces the most.

There are few children placed before the age of 1 year and the number of placements decreases around the age of 17, probably due to the autonomous placement of children in care (see graph 1). The average age of placement is 3 years with a standard deviation of 3.415 (see graph 2). 64.5% of foster care

placements take place in the child's first 3 years, 28% of which are already in the child's first year.



Children in foster care have an average of 2.47 siblings. 74.4% of siblings do not live with their parents, of which 53.8% are placed in institutions.

The percentage of mother and father absent in their child's life is equivalent. 49% of mothers are present against 35% of fathers. The difference between fathers and mothers was the fact that 16% of fathers had not acknowledged paternity and thus were unknown (see Table 1).

Table 1. Presence of biological parents in children's lives

Presence of mothers	Presence of fathers
Known and present: 49%	Known and present: 35%
Known and absent: 44.4%	Known and absent: 44%
Deceased: 6.6%	Deceased: 5%
Unknown: 16%	

Among fathers, 65% were absent from their children's lives. It is important to note that the situation for fathers is very complex. There are fathers who have not acknowledged a child, non-fathers who have acknowledged a child and,

sometimes, fathers who have acknowledged a child and later request a revocation because they are not fathers, etc. Thus, we did not distinguish between these different cases and used the information concerning the father figure that the family placement service had in its files.

More than one-third of children (39%) no longer met with either of their parents, while the remaining 61% did. Of this 61%, 23% met with both parents and 37% with only one: 26% with only the mother and 12% with only the father. We therefore see that mothers are more present in their children's lives.

With regard to maintaining a bond, our data show that 20% of mothers were already absent before the child was placed in foster care, while 24.4% became so after the placement. On average, mothers stopped being present in their children's lives after three years, although 10.3% stopped meeting with their children in the first year of placement.

As for fathers, 26.6% were already absent before the placement while 17.3% exited from their children's lives after placement in foster care – on average, after 2.5 years. Slightly more than half of this group (8.5%) stopped seeing the child during the first year of foster care.

3.1.1 Mothers

When we analyzed the various factors that may impact mothers' presence in their children's lives, we obtained the following results (see Appendix 2). Addicted mothers were less present in their children's lives ($t=-3,588$, $p<0,000$ IC (-0,249- -0,073)). The more issues mothers had (drug addiction and/or alcoholism and/or psychiatric disorders and/or intellectual disabilities), the less present they were in their children's lives ($\beta = -0.183$, $R^2 = 0.034$, $p>0,000$). Children who had been abused by their mothers had mothers who were less present in their lives ($t=-3,352$, $p<0,001$ IC (-0,326 --0,088)), since meetings had often been prohibited by the authorities. Children who had witnessed violence in their mothers' homes also had mothers who were less present in their lives ($t=-3,352$, $p<0,001$ IC (-0,328 - -0,086)).

Not surprisingly, mothers whom caseworkers identified as being more mobilized ($\beta = -0.788$, $R^2 = 0.621$, $p < 0.000$) and as having good relations with their children ($\beta = -0.312$, $R^2 = 0.097$, $p < 0.000$) were more present in their children's lives, on average.

Age was revealed to be directly related to the mother's presence: mothers of older children were more likely to be deceased or absent from their lives ($\beta = 0.097$, $R^2 = 0.009$, $p < 0.021$).

The mother is significantly more present when the child is placed in her family environment $\chi^2(572) = 19,134$ $p < 0,001$. Family ties constitute another significant predictor of the mother's presence ($\chi^2(387) = 73,577$, $p < 0.000$). When foster care was provided by the close family (grandparents, followed by uncles and aunts), mothers remained more present in their children's lives, on average.

3.1.2 Fathers

When we analyzed the various factors that may impact fathers' presence in their children's lives, we obtained the following results.

A father tends to be more present in the child's life if the mother is also present ($\chi^2(572) = 47.920$, $p < 0.000$). Contrary to what has been observed among mothers, fathers who are drug addicts ($t=0,057$, $p < 0,014$ IC (0,025 - 0,223)) are significantly more present in their child's life. Fathers who no longer use alcohol or drugs are also significantly more present in their child's life ($t=-6,065$, $p < 0,000$ IC (0,312 - 0,611)).

The more issues fathers had (drug addiction and/or alcoholism and/or psychiatric disorders and/or intellectual disabilities), the less present they were in their children's lives ($\beta = -0.347$, $R^2 = 0.120$, $p < 0.000$). Fathers who were neglectful ($t=4,804$, $p < 0,000$ IC (0,142 - 0,340)) or had intellectual disabilities ($t=2,084$, $p < 0,038$ IC (0,007 - 0,239)) were more present in their children's lives.

On average, fathers were more present when a child was placed with relatives ($\chi^2(572) = 46.450$, $p < 0.000$). In addition, when foster care was provided by the close family (grandparents, followed by uncles and aunts), fathers remained more present in their children's lives, on average ($\chi^2(387) = 64,218$, $p < 0.015$).

Mobilized fathers are also the most involved in their child's life ($\beta = -0,787$ $R^2 = 0,114$ $p < 0,00$).

3.2 The possibility of children reintegrating into their families of birth.

We found that caseworkers had a very pessimistic view of the possibility of children reintegrating into their families of birth. They considered this to be realistic for only 10,4% of children. In the case of 81,6% of the children, caseworkers considered that there was no possibility of reintegration into the family of birth (see Table 2). In our sample, only 2% of children were actually in the process of returning to live with one of the parents at the time of data collection.

Table 2. Possibility of returning to live with one of the biological parents
Strong possibility: 3,7%

Possibility in certain conditions: 6,7%
Moderate possibility: 8%
Very low possibility: 14,9%
No possibility: 66,7%

We observed that, if mothers ($\beta = 0.175$, $R^2 = 0.031$, $p < 0.000$) and fathers ($\beta = 0.250$, $R^2 = 0.063$, $p < 0.000$) did not consume drugs or alcohol, the possibility of returning to live with one the two parents was greater.

On the other hand, for children whose mother ($t=3,486$, $p<0,001$ IC (-0,364 - 1,305)) or father ($t=2,841$, $p<0,005$ IC (0,269 - 1,476)) had an intellectual disability, the possibility of reintegration was lower. Children whose fathers suffer from psychiatric problems also have lower chances of reintegration ($t=2,064$, $p<0,040$ IC (0,032 - 1,309)).

The older a child was, the lower the chance of reintegrating ($\beta = -0.158$, $R^2 = 0.025$, $p < 0.000$). It is important to recall that, according to the caseworkers, the prospects for reintegration are generally extremely low. Nevertheless, children placed with family members ($\beta=0,179$, $R^2=0,32$ $p<0,000$) and by the grandparent ($\beta=0,147$, $R^2=0,21$ $p<0,004$) had somewhat higher possibilities of reintegrating than others ($\beta = -0.229$, $R^2 = 0.052$, $p < 0.000$).

It is not surprising that children whose mother was present ($\beta = -0.290$, $R^2 = 0.084$, $p < 0.000$) had greater prospects for reintegration than others, on average. The quality of the mother-child relationship ($\beta=0,273$, $R^2=0,074$ $p<0,000$) and her mobilization ($\beta=0,315$, $R^2=0,099$ $p<0,000$) not predict also the possibility of reintegration.

The same phenomenon is observed for children whose father was present ($\beta = -0.208$, $R^2 = 0.043$, $p < 0.000$). Finally, the quality of the father-child relationship ($\beta=0,297$, $R^2=0,088$, $p<0,000$) and his mobilization ($\beta=0,259$ $R^2=0,067$ $p<0,000$) appears to be a significant predictor of the possibility of the child returning to live with one of the parents.

4. Discussion

We observe that 39% of the children no longer have any contact with either parent. Half of the mothers were already absent before the foster care placement, while the other half became absent after the foster care placement. These data are consistent with the findings of Fanshel et Shinn (1979) and slightly lower than those of Sinclair (2005) and Coakley (2013). We hypothesize that this difference is partly explained by the fact that our sample includes only children in foster care followed by medium and long term foster care and excludes emergency and short term foster care. Indeed, one of the criteria for moving towards medium and long-

term foster care for children in medium and long-term foster care is the absence of parents.

Logically, the caseworkers believe that parents who are present, mobilised and who have meetings with positive effects on their child who have higher chances of reunification. Dawson et Berry (2002) found that maintaining the child's link with his family is one of the important indicators of reunification possibilities. When fathers are involved, their children are placed in foster care for a shorter period of time and they have higher chances of reunification (Coakley, 2013). There is also evidence that the involvement of the father who provides support in the family context to improve the father's relationship with the mother, the child or both offers better opportunities for reunification (D'Andrade, 2017).

On average, mothers stop being present in the child's life after 3 years in foster care. It should be remembered that 10% of mothers stop meeting with their child in the first year of foster care. This observation is confirmed by the fact that the older the children get, the less the parents are present in their lives. We have noticed that the facilitators have a very pessimistic view of the possibilities of reunification with the biological family. There are only 5.62% of the children for whom the caseworkers believe that it would be entirely possible. For 79% of the children, the caseworkers believe that there is no possibility of reunification in the family environment. In reality, we found only 2% of children who were in a process of reunification with their parents. Our data confirm that as children grow older, their chances of reunification with their family diminish (Coakley, 2013; Fanshel et Shinn, 1979; Proch et Howard, 1986). Thus, opportunities for reunification decrease over time (Proch et Howard, 1986). Despite the fact that the placement is reviewed annually, it is actually established over the longer term. During our data collection interviews with the caseworkers, they mentioned several reasons for the cessation of the visit: the creation of a new couple; a birth (some mothers hide their new child from the caseworkers for fear that it will also be taken away from them) ; the discouragement of the biological parents who sometimes take several months to realise that the road to recover their child is much more difficult than imagined and who prefer to give up. The first three years, and especially the first one, are therefore crucial years for maintaining links with the parents and for promoting family reunification.

Parents' pathologies influence their presence and the possibilities of reunification with their child. Drug addiction is a pathology that generates more absence among parents. Conversely, parents who no longer use drugs or alcohol increase the possibilities of reunification. Ryans et al (2006) found in their research that parents who made substantial progress in resolving their problems, particularly drug addiction, increased their chances of reunification with their child. Intellectually limited fathers are also less present. The more problems parents

have, the less present they are in their child's life. Leetal (2012) found that parents with higher risk factors were more likely to fail the reunification process. Children who are victims of maltreatment and who have witnessed conjugal violence have fewer parents present in their lives and fewer prospects for reunification with their family.

Our analyses show that intra-familial foster care favours the presence of the parents and especially when it is provided by the close circle (grandparents followed by uncles and aunts), the more the biological parents remain present in the life of their child. This is despite the difficulties often mentioned by the workers and linked to intrafamily placement, such as age-related health problems for the grandparents, the generation gap, and the often significant tensions between the biological parents and grandparents. This result should be linked to research by Peter van Den Bergh et Wetering (2010) in the Netherlands, who found that grandparents generally stimulate parent-child contact. Parent-child contact does not pose a threat to the relationship between grandparents and grandchildren.

5. Implications for practice and policy for Wallonie-Brussel Federation

If the main objective remains the maintenance of a bond between the parent and the foster child, it is essential to intervene, if possible, from the first intensive year. We have also found that parents suffer from various pathologies that impact their presence and the quality of the relationship with their child. Currently, there is little or no contact between the disability, youth care and mental health sectors. This is why, in our opinion, this support plan must be intensive and multidisciplinary, i.e. bringing together the various stakeholders from the disability, youth care and mental health sector. It is necessary to develop a multidisciplinary and intensive support plan if possible from the first year. This recommendation is in line with the findings of Jedwab et al (2018), which emphasise the need to set up additional services before and after the reunification of families with addiction or mental health problems. It is essential to treat drug and especially alcohol problems, as these are significantly associated with higher rates of re-abuse and neglect when the child returns to the family (Farmer and Wijedasa, 2013).

This intensive work should focus on the following areas: financial stability, childcare facilities, housing assistance, parental pathology management, educational and professional success (Dawson et Berry, 2002). It would also be interesting to consider including training in parental support in this intensive assistance, as it increases parents' ability to respond adequately to their children's needs (Wilmot, 2001). It would also be interesting to include group work, the effectiveness of which was proven by Warsh et al. (1996).

This intensive work with parents should make it possible to clarify the state of the relationship and the framework for intervention more quickly. Whether this evolution is towards reunification, intensification of contact, status quo or, on the contrary, a break-up of contact. Indeed, it is important to be able to detect and respect the disengagement of certain parents, often expressed indirectly through missed acts (refusal to respond, not showing up for appointments, etc.) as well as verbally and explicitly. After this intensive work with the families, the mandators and the caseworkers should be able to decide by mutual agreement to stop the reminders of certain parents who can sometimes become institutionally abusive to them. Consequently, this intensive work should make it possible to define an adapted and tailor-made life project for the child when its biological parents are involved and present through reunification projects or shared co-parenting until the age of majority.

In other cases, projects are to be established for children with disengaged and absent parents through adoption with maintenance of the bond or adoption (remember that 2.3% of children have never seen their parents).

This is why in many cases, after intensive work with the parents, within a well-defined period of time, it would be more in line with current practice to move towards a project of family reunification rather than family reunification (Maluccio et al., 1996). In this case, it would be appropriate to decide on a project of shared co-parenting until the age of majority. The concept of co-parenting refers to the partnership of parents and the foster family in the parental role.

In research on foster families, the term co-parenting is used to define the complex partnership between the family of origin and the foster family, which is the fundamental condition for the full achievement of the objectives of the intervention (Minuchin, Colapinto et Minuchin, 2007). Co-parenting is therefore the process of sharing the responsibilities of both families in which the actions of one family affect and are affected by the actions of the other (Linares et al, 2010). Co-parenting is therefore the process of sharing the responsibilities of both families in which the actions of one family affect and are affected by the actions of the other (Linares et al., 2010). There are different experiences of shared parenting, especially in kibutz where children have several parenting figures who provide complementary and supportive parenting to each other (Bornstein et al., 1997). Indeed, Linares et al. 2006 point out that the support of the foster family to the parents allows a more effective education of the children.

In this project, the child would have the assurance of having both families in his or her life until the age of majority and the placement would therefore be "permanent". However, the childcare arrangements could be reviewed each year, with all possibilities open: full-time care by the foster family with scheduled

meetings, full-time care by the foster family with weekends with the biological family, alternating care, full-time care by the biological parents with weekends with the foster family...

The fact that the project is clear to all the protagonists (biological parents, foster families, caseworkers and also and above all the children) would make it possible to calm all parties and to develop greater benevolence towards the biological parents, mainly on the part of the foster family. This situation should also calm the conflicts of loyalty that children so often face. Moreover, this project of shared co-parenting until the age of majority seems particularly appropriate for children whose parents, who are present in their child's life, suffer from intellectual limitations, thus making it easier and quicker to envisage the placement of these children by the principals.

This observation is in line with current research in France which shows that foster care is no longer in a logic of substitution, but in a combination of multiple significant parental figures around the child (Chapon 2014, Siffrein-Blanc et al., 2017). The coherence of the links is important, the aim of the placement here is no longer the return, nor the adoption of the child by the foster family, but the maintenance of the child who combines several parental figures (Maluccio et al., 1996; Coum, 2013.) We are talking here about possible foster parenting within the framework of a real sharing between the foster family and the family of origin, it is a new paradigm that is presented.

Daniel Coum (2013) proposes to go beyond the cleavage that can oppose the two families, foster and origin, by the need to revisit our representations with a view to a possible co-filiation. The latest works on foster parenthood offer a new reading of the links in foster care and of the different types of placement or modes of substitution possible within a foster family (Neyrand et al., 2018).

Finally, it also seems essential to address the issue of adoption. We were able to observe during our interviews that this subject was relatively taboo and little discussed with the parents. However, even if this is clearly not the path to be systematically favoured, it can in certain situations be one of the possible projects, especially if it is planned to maintain the link between the child and his biological parents. This track should be considered with some of these parents during the period of intensive work. Simple and complementary adoption could become a legal tool for child protection (Mantz et Mantz, 2012), by granting a "second family" to children whose biological parents are profoundly careless and abusive, but with whom links are maintained.

Currently, the law in the Wallonia-Brussels Federation does not allow placements with a perspective. Indeed, the law only provides for the project of family

reunification, which in 70% of casesworkers proves impossible for stakeholders, this situation puts all the actors in difficulty, namely :

- Parents who are sometimes maintained in a false hope of recovering their child and who become discouraged in the face of difficulties (on average after 3 years).
- The child, because after a certain amount of time in his foster family (which is also on average after 3 years), the return to his family of origin would mean a new rupture of his main attachment links, with the traumas that may be associated with it.
- The foster family, because even if the principals are very clear about the temporary aspect of their action, they constantly receive a double message: take care of it as if it were your own, but at any time we can withdraw it. This message creates insecurity for some foster families who then adopt a hostile position towards the biological parents and constantly point out their failings for fear that the child will be taken away from them.
- The caseworkers who are constantly in failure with regard to the only project of reuniting the child with his family of origin.

Our results suggest that an evolution of the Law would be more respectful of all parties involved in foster care and above all more in line with the reality and needs of the field.

Finally, our results also suggest that the use of foster families within the intra-family environment for 2/3 of the children is consistent with the objective of maintaining the link and returning to the family of origin. This type of placement favours the maintenance of the link with the parents and very slightly increases the possibilities of returning to the family of origin, although these remain extremely low. Nevertheless, it would be essential for all these families to be supported and supervised at the beginning of the placement in order, on the one hand, to assess the foster family's capacity to support and stimulate parental contact despite relationships that can be difficult and sometimes conflictual and, on the other hand, to help families set a clear framework and limits so that the foster family remains a safe place for the child (Vanschoonlandt et al., 2012).

6. Limitations

This study is mainly based on the speakers' speeches and evaluations. Children, foster families and parents were not questioned on the subject. It would be interesting to complete this research with their point of view on the situation and with the use of standardized tools in order to objectify the quality of the parent-child relationship.

Another limitation is that this research took a snapshot of the situation at a given time. It would be advisable to conduct this type of research in a longitudinal manner in order to measure the evolution of parent-child contact over time as well as the possibilities of reunification.

It was also confined to children in foster care. It would therefore be appropriate to have the same data for children placed in institutions. How often do parents meet children in institutions compared to children in foster care? Does the same phenomenon of parental disengagement also appear? Are the possibilities of returning to the family the same?

Étude 2: Chartier, S., et Blavier, A. (submitted). Are children in foster care in better psychological health than children in institutions? What factors influence the outcome? Submitted to *Child et Family Social Work*.

Abstract

The aim of this study was to compare the psychological state of children in foster care with that of children in institutional care. Social workers were asked to assess the psychological state of the children as well as several other criteria on the basis of an analysis grid. Our sample consisted of 568 children placed in foster care and 661 children placed in institutions.

Our results showed that children placed in institutions are in significantly poorer psychological condition, because these children live longer with their birth parents than children placed in foster families. As a result, institutionalized children have experienced more abuse and neglect and witnessed more domestic violence than children in foster care. In addition, institutionalized children have more poor-quality contacts with their birth parents than foster children. These contacts negatively influence their psychological health.

Finally, the factor that most influences the psychological health of children in care is the quality of the relationship with the people who care for them on a daily basis. Again, children placed in foster families have better-quality relationships with their foster families than children placed in institutions.

Keywords: Placement, foster family, institution, meeting, foster child, caregiver relationship

1. Introduction

The aim of this research is to compare the psychological state of children placed in foster care with that of children placed in residential day services and, based on the results of this research and the literature review, to make suggestions for improving youth placement policies.

The children and adolescents who enter the child welfare system, whether in foster care, extended family (kinship care) (Tarren-Sweeney, 2008), are more likely than other children to suffer from mental disorders. Attention deficit/hyperactivity disorder, depression, and developmental disorders are more common among children in care. They are prescribed more psychostimulants, antidepressants, and anticonvulsants than children in the general population (dosReis et al., 2001). They suffer more from attention/hyperactivity disorders and problems with peer relationships (Minnis

et al., 2006). The same findings are made for children in institutions, who have the same risk factors for the development of emotional and behavioural problems (González-García et al., 2017).

Children in care feel that their overall psychosocial health is worse than their physical health, especially in terms of emotional functioning (Damnjanovic et al., 2011). In her literature review, Vitte (2015) showed that children in care have a wide range of mental disorders: externalizing disorders (behavioral disorder, oppositional defiant disorder, attention deficit/hyperactivity disorder), anxiety and depressive disorders, and attachment disorders. They are also more frequently subject to isolation and difficulties with social and professional integration than the general population.

Even if studies showed mental health problems in children both in foster and in institutions, some studies highlighted differences of psychological health for children in foster care or for children in institutions. In their study, Damnjanovic et al. (2011) assessed the quality of life, levels of anxiety and depressive symptoms, and general mental health of two hundred and sixteen children and adolescents, aged 8 to 18, from institutional care and foster families. They showed that children in institutions had significantly lower quality of life and more frequent mental health problems than those in foster care. Moreover, they manifest non-specific anxiety disorders and depressive symptoms more frequently than those in foster care. Several studies have indicated that there are short- and long-term benefits to placing children in foster families rather than institutional care (Dregan & Gulliford, 2012).

Children in institutions exhibit more behavioral problems compared to children in foster care (James et al. 2012; Scholte, 1997; Scholte & Van der Ploeg, 2010). Rates of behavioral or oppositional defiant disorder diagnoses among youth entering institutions are as high as 75% (Handwerk et al., 2000) and twice as high as those of youth in foster care (McMILLEN et al., 2005). 14-45% of children in foster care have emotional problems (CBCL) (Armsden et al., 2000; Bernedo et al., 2014; James et al., 2012; Minnis et al., 2006; Scholte 1997; Sullivan & van Zyl, 2008 ; Tarren-Sweeney, 2013; Vanderfaeillie et al. 2013) compared to 39-57% of children in institutional care (James et al., 2012; Scholte, 1997; Scholte & Van der Ploeg, 2010). 34-63% of children in foster care exhibit externalizing problems (CBCL) (Armsden et al. 2000; Bernedo et al., 2014; James et al., 2012; Minnis et al., 2006; Tarren-Sweeney, 2013; Vanderfaeillie et al., 2013; Vanschoonlandt et al., 2012) while 40-60% of children in institutional care exhibit hyperactive and impulsive behavior or defiant and antisocial behavior (Van der Steege 2012 cited by Leloux-Opmeer et al., 2017).

A study by Tarren-Sweeney (2008) indicates that 36% of children in foster care were prescribed some type of medication, the most common being mood-altering (psychotropic) and asthma medications. For children in institutional care, Hussey and Guo (2002) reported a very high percentage (92%) of children using psychotropic medications.

Scholte's (1997) findings showed that 8% of children in foster care had peer relationship problems compared to 46% of children in institutional care (Scholte, 1997). Minnis et al. (2006), on the other hand, reported the much higher percentage of 63% of children in foster care with peer problems. For children in institutional care, Van der Steege (2012) (cited by Leloux-Opmeer et al., 2017) reported that 29% of children had problems with peers.

The first found that children in institutional care had significantly lower IQs than those in foster care (IJzendoorn et al., 2008). The other, more recent, meta-analysis compared institutionalization, foster care, and no-placement; the authors found that institutional placements had the poorest outcomes (Lee et al., 2011). The results of the meta-analysis by Li et al. (2019) showed that children placed in foster families had consistently better experiences and fewer problems, in particular because foster care allows for more individualized, stable child care and a more secure family environment than institutions. In addition, preliminary research on the effects of the interaction between resilience and type of placement indicates that foster care increases children's resilience compared to institutional care (Sim, Li, & Chu, 2016). For this reason, children in institutional care are more likely to develop a psychopathology than those in foster care, particularly since children in foster families are generally placed in care earlier than those in institutional care and therefore spend less time in abusive situations (Wade et al., 2018; Chartier et Blavier, 2021). However, Whetten et al. (2009) found that institutionalization is not consistently associated with poorer well-being than foster care.

There are several factors often intertwined with each other that may explain these differences in psychological status between children in foster care and those in institutional care. This difference is explained by a combination of several factors that we will develop.

The first factor is the stability of the relationship offered by the foster family as compared to the caregivers of institutionalized children. Several research studies show that children are able to create a secure attachment relationship with their foster family (Dozier, Stovall, Albus, & Bates, 2001; Moore & Palacio-Quintín, 2001; Ponciano, 2010). The quality of children's emotional connections with their foster families allows the child to overcome the trauma they have experienced. Children in foster care who are able to develop a secure attachment to their families and feel that they are surrounded by affection are

better psychologically and perform better academically (Erickson & Egeland, 1987, Marcus, 1991; Cheung & al., 2011; Masten & Shaffer, 2006; Legault & al., 2006). On the institutional side, it can be more difficult to establish stable emotional bonds between children and educators (Oriol et al., 2014). Educators who work in institutions, therefore, play a fundamental role, as they act as significant attachment figures, promoting security and emotional support (Fergus & Zimmerman, 2005; Lanctôt & al., 2016 ; Mota et al., 2016). This role is even more challenging because referring educators have other children in their care and are not present all the time (Deborde & al., 2016). Recall that the educator therefore has fewer opportunities to be emotionally involved or even have time to play than foster families. In addition, turnover, vacations, and sick leave create a disruption in attachment figures (Bakermans-Kranenburg & al., 2011; Vorria & al., 2003).

Age is not a significant factor as such but it is related to the possibility of developing a secure attachment as well as the type and amount of neglect and abuse experienced by the child (Morin, 2015). Children in foster care are on average placed earlier than those in institutional care. Being placed earlier allows foster children to more easily develop a secure attachment with their foster parent. In addition being placed earlier also means that children have been in neglect and maltreatment for less time on average (Wade & al., 2018). The type and amount of abuse and neglect experienced by children are, along with intellectual disability, the strongest predictors of mental health problems among children in care (Tarren-Sweeney 2008; Jones & Morris 2012).

Placement stability is also an explanatory factor for the differences in mental health observed between children in institutional and foster care. Indeed, children in institutional care had an average of four placements prior to their current placement compared to 1.3 and 1.8 for children in foster care (James & al. 2012; Hussey et al., 2006 ; Strijker & al. 2008). Placement stability is paramount to meeting the developmental needs of children and youth (Pasztor Mayers et al., 2006 ; Schmidt & Treinen, 2017; Schormans et al., 2006). It also helps keep children safe (Lanigan & Burleson, 2017).

The goal of child placement is therefore, to enable the child to gain or regain emotional security in the new living environment, through the privileged relationship of a professional adult (caseworker, family assistant), provided that the care environment is sufficiently secure, available and involved (Euillet, 2010). Erickson and Egeland (1987) concluded foster children who are secure in their attachment to their foster family and who perceive the greatest warmth or affection are likely to be the most psychologically healthy and to obtain the best academic results.

Belgium is a small but highly complex country in political terms. There are 5 levels of government (federal, community, regional, provincial and municipal). The legislation concerning prevention, youth care and youth protection depends on the communities, i.e. it is different for the Flemish, German-speaking and French-speaking communities called the Wallonia-Brussels Federation (Chartier & Blavier, 2021).

The decree of 18 January 2018 on the code of prevention, youth assistance and youth protection stipulates that "when the child health and safety are considered to be compromised, the authorities may decide, in exceptional situations, that the child will be temporarily housed outside the home environment for the purpose of education or treatment ; the health or safety of a child is considered to be currently and seriously compromised when his or her physical or psychological integrity is threatened, either because he or she habitually or repeatedly engages in behaviours that genuinely and directly compromise it, or because he or she is the victim of serious neglect, ill-treatment, abuse of authority or sexual abuse that directly and genuinely threatens it". When the counsellor proposes to house the child outside his or her living environment, he or she considers entrusting him or her in the following order of priority: to a member of his or her family or to one of his or her relatives; to a foster care who is neither a member of his or her family nor one of his or her relatives; to an appropriate establishment for his or her education or treatment.

Although the policy is to encourage family placement, more or less 3500 children are placed in foster families and 3000 children are placed in institution (Saluwé, 2013). Of the 3500 children placed in foster care, only 2000 are followed up and supervised by a foster care support service. Brown (2005) showed that Belgium was one of the countries in Western Europe with the highest number of institutionalized young children.

When child welfare services deem it necessary to place a child, they will give preference to foster care in the child's community. If a foster family cannot be found, the child will be placed in an institution until he or she returns to live with his or her parents or until he or she is placed in foster family. There are three types of foster families. The first type of foster family is the kinship foster families, which are families who are related to the child (grandparent, uncle, aunt...). If a placement is to be considered, the child protection services will first look for a kinship foster family who could take in the child. The second type of foster family is the so-called "extended network" families. If there is no kinship foster family available to take the child in, the services will expand their investigation into the parents' network. Often, as the child grows up, he or she may also meet a family that wishes to become his or her foster family. Finally, the last type of foster family is the selected foster families. These are

volunteer families who have no connection with the child and who have been selected by the foster care services. The selection process to become a host family takes between 6 and 9 months. Most of the time, they take in care children who have been living for several months in an institution (familledaccueil.be, s.d.). Family placement services in the Wallonia-Brussels Federation currently favor foster care for children in care under the age of 5 (Chartier & Blavier, 2021). This may be related to the fact that, on the one hand, foster families are reluctant to take in an older child or an adolescent and, on the other hand, the older child or adolescent is less able to adapt to a new family arrangement than a younger child (Potin, 2009). This is the reason why older children are placed and remain placed in institutions (Chartier, 2018).

Furthermore, in the Wallonia-Brussels Federation, the only project foreseen in the legislation is the return to the family of birth. Also, the placement of the child remains a short-term project and is therefore subject to annual re-evaluation (Administration générale de l'aide à la jeunesse, 2018). Although the policy is to encourage family placement, only one third of these children are placed in foster families, while two thirds reside in institutions (Saluwé, 2013). There is very few research on youth care policies in the Walloon-Brussels Federation. The last major study was conducted by Isabelle Delens-Ravier in 1997. The aim of our study was to confirm whether the same differences mentioned in the literature are observed between the psychological condition of children placed in foster families and those placed in institutions in the Wallonia-Brussels Federation, as well as the factors that may influence them. It will also present avenues for reflection to improve placement policies.

2. Methodology

2.1 Sample and Data Source

This research was conducted over two years. In the first year, we collected data on 568 children placed in foster care as of June 30, 2017, or 30% of cases of children placed in foster care and followed by the Foster Family Support Services (SAAF), which is in charge of medium- and long-term placements (i.e., foster care placements for a period of one year, renewable several times, until the child reaches the age of majority) in the Wallonia-Brussels Federation. The children placed were in the 3 types of foster families: intrafamilial (52%), "extended network" (17%) and selected (31%). In agreement with the federation of French-speaking Belgian placement services, we met with the caseworkers from each placement service who had agreed to participate in the study. All family placement services (a total of 17) agreed to participate in this research.

In the second year, we complemented this sample with data from 661 files on

children placed in institutions, representing 19% of the children placed in institutions of the Walloon-Brussels Federation. This sample represents 18% of children placed in Youth Protection Services (SRG) and 28% of children placed in Specialized Early Childhood Services (SASPE). We contacted the institutions to ask them if they were interested in participating in the research.

We visited 35 institutions. We have a balanced distribution between the number of boys (n = 287) and girls (n = 285) placed in AF and the number of boys (n = 326) and girls (n = 335) placed in institutions.

2.2 Procedure

Within each foster care service or institution, we met with one to four social workers (depending on the size of the service) who agreed to participate in this research. We randomly selected one-third of the files for children being monitored by the foster care service or housed by the institution. For each one, we encoded the social workers' answers to the following questions during an interview:

- Age, gender, date of placement.
- How long did the child live with one of the parents?
- Is the parent known and present in the child's life, known and absent, unknown or deceased? If the parent is absent, when was the child's last visit?
- Had the child been neglected or abused or witnessed domestic violence prior to placement?

Finally, the social workers scored the following points from 1 to 10 according to a grid: the quality of the parent-child relationship; the quality of the child-foster family relationship; and the child's psychological condition according to their perception.

In order to limit the social workers' subjective assessment, we defined criteria to allow us to objectively assess the scores from 1 to 10 (see Appendix 1) given by the workers. In Belgium, workers in foster care services are in contact with the children in their care at least once a month. Workers in institutions are in contact with the children every day. The social worker had generally known the children for several months or years. However, the instructions were to assess the psychological state at the time of the data collection. It is therefore a photo at a given time. Nevertheless, their evaluations may still be subject to biases. This is one of the limitations of this research.

2.3 Data Analysis

We analyzed descriptive statistics and compared the population of children in foster care with that of children in institutions. Then, using SPSS software, we identified the variables that could influence each other and their predictive value by performing correlation analyses, and simple and multiple regressions. The regressions were considered significant at $p < 0.05$

3. Results

The mean age at the time of placement of children in foster families was 3.07, $\sigma = 3.41$; for children in institutional care, it was 5.95, $\sigma = 4.34$. There is a significant difference between the age at placement of children placed in families and those placed in institutions ($\beta = 0.324$, $R^2 = 0.105$, $p < 0.000$). The older the children were, the more likely they were to end up in institutional care.

The caseworkers estimated that some 73% of children placed in foster families were in good psychological condition compared to almost 58% of children placed in institutions. Thus, according to caseworkers, children placed in institutions and those in families have significantly different psychological status ($\beta = -0.155$, $R^2 = 0.024$, $p < 0.000$) and children placed in foster families have better psychological health ($\mu = 6,38$, $\sigma = 1,575$) than those placed in institutions ($\mu = 5,81$, $\sigma = 1,552$) (Table 1).

Table 1 : Children's Psychological State

	Psychological state – children placed in families (n = 568)	Psychological state – children placed in institutions (n = 658)
No psychological disorders	27.47%	13.7%
Mild disorders not requiring treatment	45.6%	44.2%
Significant psychological disorders	17.25%	28.1%
Major disorders requiring treatment by a child psychiatrist	7.92%	10.8%
Generalized and pervasive disorders	1.76%	3.2%

Among children placed in foster families, 21% had never lived with either parent, compared to 11% of children placed in institutions. Children who have never lived with their parent were either placed directly at their birth in kinship foster care or placed in selected foster care. Children who have not lived with their parent who are in an institution are either in an assessment phase to analyze whether reunification is possible or are waiting for a foster family.

Furthermore, 2% of children placed in families had never had contact with either birth parent since birth, compared to 1.6% of children placed in institutions. Finally, 79% of children placed in families and 89% of children placed in institutions had lived with one of the two parents (at home, in the father's or

mother's family, or in a shelter, maternity home or mother-and-baby unit). We therefore recorded the time during which the child lived with one of the two parents, regardless of the type of accommodation (multiple or single homes).

We observe a significant difference ($\beta = 0.313$, $R^2 = 0.098$, $p < 0.000$) between children placed in institutions and those placed in families regarding how long they had spent with both parents. Children placed in institutions had lived longer with their parents ($\mu = 66,9$, $\sigma = 56,22$) than those placed in foster families ($\mu = 34,01$, $\sigma = 38,95$) (Figure 1).

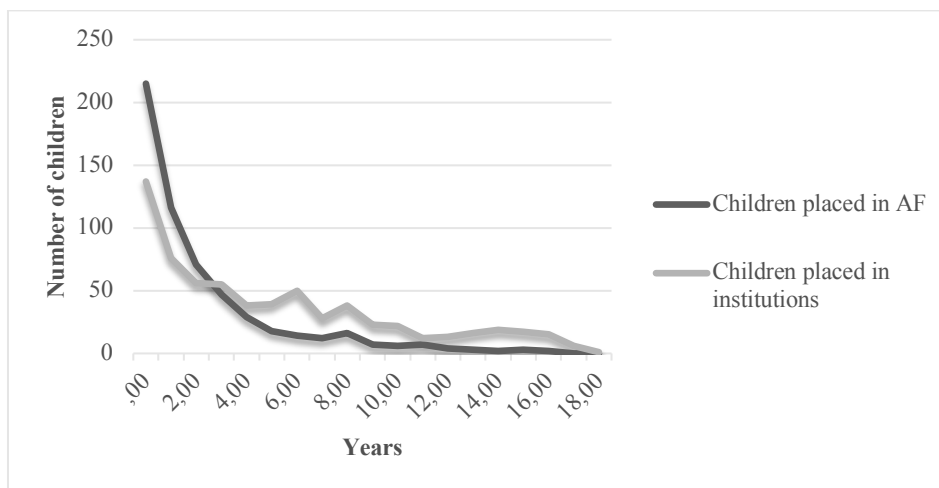


Figure 1. Time spent with one of the two parents in the year.

Caseworkers considered that the quality of the relationships between the children and their parents was generally good or neutral. However, according to the caseworkers, children placed in institutions had significantly more negative with their birth mothers relationships ($\mu = 5,34$, $\sigma = 1,84$) ($\beta = -0.148$, $R^2 = 0.022$, $p < 0.000$) and fathers ($\mu = 5,74$, $\sigma = 1,79$) ($\beta = -0.148$, $R^2 = 0.022$, $p < 0.001$) than children placed in AF (mother : $\mu = 5,89$, $\sigma = 1,65$ and father $\mu = 6,23$ $\sigma = 1,21$). We also found that many more meetings with mothers were prohibited by the authorities in the case of children living with foster families: 24% vs. 11% for children in institutional care, a difference of 13 percentage points. Foster children are therefore more protected from negative encounters with their mothers than children in institution. In fact, caseworkers working in institutions seek half as many no-contact orders when parent-child visits are negative with authorities as those working in foster care.

The quality of relationships between children and their caregivers was judged to be good in most cases. On the other hand, the quality of relationships between the caregiver and children placed in institutions ($\mu = 6,46$, $\sigma = 1,42$) was considered significantly poorer ($\beta = -0.253$, $R^2 = 0.064$, $p < 0.000$) than that with foster families ($\mu = 7,22$, $\sigma = 1,51$) (Table 2).

Table 2 : Quality of the Relationship

	Mother – children placed in families (n = 274)	Father – children placed in families (n = 190)	Mother – children placed in institutions (n = 466)	Father – children placed in institutions (n = 302)	Foster parent – children in foster families	Child care worker – children in institutions
Excellent	16.06%	15.79%	9.4%	14.6%	53.43%	29.3%
Good, but not appropriate	48.91%	58.42%	47.8%	50%	30.47%	42.5%
Neutral	16.61%	19.47%	14.4%	15.9%	13.15%	22.2%
Not good	11.68%	5.79%	20%	13.9%	2.45%	4.9%
Toxic	4.74%	0.53%	8.4%	5.6%	0.5%	1.1%

Two-thirds of the children placed in foster families and three-quarters of the children placed in institutions had suffered from neglect while living with their mothers. Institutionalized children were significantly more likely to have a neglectful mother than children living in foster families ($\beta = 0.238$, $R^2 = 0.057$, $p < 0.000$). One-third of children in foster families and half of children in institutional care had witnessed violence in the mother's home. Institutionalized children witnessed significantly more domestic violence in their mother's home than children in foster families ($\beta = 0.406$, $R^2 = 0.165$, $p < 0.000$). Institutionalized children had experienced twice as much maltreatment as children in foster families ($\beta = 0.193$, $R^2 = 0.037$, $p < 0.000$).

Half of the children placed in both institutions and foster families had been neglected by their fathers. Institutionalized children were significantly more likely to have a neglectful father than children in foster homes ($\beta = 0.253$, $R^2 = 0.064$, $p < 0.000$). Institutionalized children witnessed significantly more spousal violence in their father's home than children in AF ($\beta = 0.445$, $R^2 = 0.198$, $p < 0.000$). Ten percent of children in AF and 30% of institutionalized children had experienced abuse by their fathers ($\beta = 0.251$, $R^2 = 0.063$, $p < 0.000$) (Table 3).

Table 3 Problems Experienced by Children

	Children placed in foster families			Children placed in institutions		
	Victim of neglect by mother (n = 534)	Victim of maltreatment by mother (n = 534)	Witness of spousal abuse in mother's home (n = 534)	Victim of neglect by mother (n = 581)	Victim of abuse by mother (n = 580)	Witness of spousal abuse in mother's home (n = 578)
Yes	67.79%	14.04%	34.9%	73%	30.2%	47.4%
No	32.21%	85.96%	67.1%	27%	69.8%	52.6%
	Victim of neglect by father (n = 450)	Victim of abuse by father (n = 450)	Witness of spousal violence in the father's home (n = 450)	Victim of neglect by father (n = 435)	Victim of abuse by father (n = 435)	Witness of spousal violence in the father's home (n = 439)
Yes	47.66%	9.8%	39.87%	55%	29.7%	49.4%
No	52.34%	90.2%	60.13%	46%	70.3%	50.6%

We found that, in itself, the length of time spent with the parents did not predict the psychological state of the children in care. The factor that best predicted their psychological condition was the quality of their relationship with their foster parents or caseworkers. Factors such as having been a victim of neglect or abuse and witnessing domestic violence were the next most likely to explain children’s psychological state. To a lesser extent, the quality of the current parent–child relationship also predicted psychological condition, as this relationship is also strongly influenced by parental neglect and abuse. Children in foster care spend significantly less time with their parents and therefore experience less neglect and abuse and witness less spousal violence (see Table 4). They therefore enjoy better psychological health than those placed in institutions.

If we include all the significant factors ($p < 0.05$) that can influence the psychological state of children placed in AF in a multiple regression, only the factor “Quality of the child–foster parent relationship” emerges as a predictor of psychological state ($\beta = 0.384$, $R^2 = 0.147$, $p < 0.000$).

Table 4 : Significant Regressions

	Children placed in foster families	Children placed in institutions
Quality of the relationship between the child and the foster parents/child care workers	$\beta = 0.275$, $R^2 = 0.525$, $p < 0.000$	$\beta = 0.528$, $R^2 = 0.279$, $p < 0.000$
Quality of father–child relationship	$\beta = 0.170$, $R^2 = 0.029$, $p < 0.020$	$\beta = 0.168$, $R^2 = 0.028$, $p < 0.003$
Quality of the mother–child relationship	$\beta = 0.166$, $R^2 = 0.027$, $p < 0.006$	$\beta = 0.204$, $R^2 = 0.042$, $p < 0.000$
Abuse by the mother	$\beta = -0.148$, $R^2 = 0.022$, $p < 0.001$	$\beta = -0.107$, $R^2 = 0.011$, $p < 0.010$
Neglect by the mother	$\beta = -0.140$, $R^2 = 0.020$, $p < 0.001$	$\beta = -0.124$, $R^2 = 0.015$, $p < 0.003$
Witness of abuse at the mother’s home	$\beta = -0.137$, $R^2 = 0.019$, $p < 0.002$	$\beta = -0.019$, $R^2 = 0.000$, $p < 0.652$
Neglect by the father	$\beta = -0.121$, $R^2 = 0.015$, $p < 0.010$	$\beta = -0.144$, $R^2 = 0.021$, $p < 0.003$

4. Discussion

We note that according to the caseworkers, that 1/3 are psychologically well, 1/3 of the children have psychological difficulties that do not require follow-up, and 1/3 of which require a follow-up. In accordance with the findings of Bernier & al. (2004), we found that children who had experienced abuse or neglect or had witnessed domestic violence reported poorer psychological health. However, children placed in foster families, on average, had better scores than those placed in institutions, especially at the psychological level. These results confirm those of previous studies (van IJzendoorn & al., 2008; Lee et al., 2011; Li & al., 2019).

Our study provides information on the various explanatory factors that can be put forward to shed light on these differences:

Approximately 80% of foster family placements take place before the age of five, and 28% of placements are decided in the child's first year. Conversely, only 52% of placements in institutions take place before the age of five, and 20% take place in the first year of life. The older the children are when they are placed, the more likely they are to end up in institutional care. As we saw, children are placed in foster families at a mean age of three, whereas, on average, children placed in institutions are about six. This is because most foster family placements occur before the age of five, as very few foster families wish to take in older children.

We found that children in institutional care had lived longer with their parents, and were therefore older when they entered care; consequently, they had experienced abuse and neglect over a longer period of time (Wade & al., 2018).

Another main result of our study is that caseworkers felt that the quality of the current relationship between parents and their children in care was generally good. However, the quality of the relationship between parents and children in institutions was significantly poorer than in the case of children in foster families. At the same time, the mothers of foster children were much more likely to have meetings with their children prohibited by the authorities, so foster children were more protected from negative encounters with their mothers. Our results suggest that there is a societal belief among caseworkers that it is preferable to maintain even a bad relationship with the birth parents, rather than depriving the child of all contact with them. On the other hand, it seems that caseworkers involved with foster families are more ready to ask for contact to be prohibited, because they are very careful to avoid difficulties for the child and the foster care system, which could jeopardize the placement. The combination of these two points of view means that children in foster care are twice as likely to have visits with their parents prohibited, but as a result they experience fewer negative effects. This factor also helps explain the poorer psychological state of children in institutional care, which is partly due to the maintenance of a less positive, even harmful, relationship with their birth parents. Several studies have shown that more than the frequency of contact, it is the quality of contact that has a psychological impact on children in institutions. Children with poor visit quality had higher levels of psychosocial problems (Hukkanen & al., 1999 ; Attar-Schwartz, 2008).

The quality of relationships between children and foster parents was good in most cases. This was the factor that best predicted the psychological condition of the children in care. With the exception of a modest influence of the quality of attachment to the birth mother, most data confirm the crucial importance of the quality of attachment to the foster parents, not to the birth parents (Marcus, 1991).

On the other hand, the relationship between child care workers and children placed in institutions is slightly less significant than that with foster families. These results are quite logical, as the care arrangements differ substantially in terms of supervision and proximity to the child. In an institution, the care worker is not permanently present and divides his or her time among the whole group. In foster care, on the other hand, the foster parents often have only one child in care and are permanently present, which allows for a stable attachment figure and more personalized support (Deborde & al., 2016). In any case, the quality of relationship with the foster family or child care workers remains a determining factor for children's general condition. It is therefore crucial to preserve it as much as possible.

Our results are therefore consistent with the literature, the difference in psychological state between foster and institutionalized children is explained by a combination of factors. The most important factor is the quality of the relationship between the foster family and the child, which is better than that of institutionalized children with their referring educators because the bond is less exclusive and permanent (Bakermans-Kranenburg, et al., 2011; Vorria, et al., 2003). Second, another explanatory factor is the amount and type of abuse and neglect experienced by the child before the placement (Tarren-Sweeney 2008; Jones & Morris 2012). Finally, the child psychological state is also influenced by the fact that caregivers working in institutions do not solicit a reduction or suspension of contact with his or her parent when visits are of poor quality (Barnum, 1987; Deprez & Wendland, 2015).

5. Conclusion and implications for social work

This study highlights a significant difference between children in institutional care and those in foster care. Institutionalized children have worse relationships with their parents and these are two less suspended, this has a negative impact on their psychological state. We agree with a recommendation from one of our previous studies, which highlighted the need to put in place in order to maximize family reintegration: it would be relevant to develop an intensive and multidisciplinary support plan, i.e., one that brings together the various stakeholders in the disability, youth protection and mental health sectors. If possible, it is necessary to develop such a support plan from the first year of the child's care (Chartier & Blavier, 2021).

Programs with the best track record for family reunification should be used as a model. These are intensive support programs that integrate a multidisciplinary approach that addresses both:

- Mental health issues including, but not limited to, substance abuse and domestic violence (Farmer & Wijedasa, 2013; Jedwab et al., 2018; Marsh & al., 2006) ;
- practical and economic difficulties, which may be a lack of money, childcare solutions or housing problems (Dawson & Berry, 2002) ;
- the social isolation of parents. The development of a strong social network around families is another guarantee of success. Studies have shown that a strong social network around the family promotes the achievement and maintenance of reunification (Balsells & al., 2015; Cole & Caron, 2010; Talbot, 2008).

In addition, family therapies have been shown by many to be much more effective than individual therapies (Brook & al., 2012; Horwitz & al., 2010). Group therapies are also very effective with parents in promoting reintegration (Berry et al., 2007; Warsh & al., 1996).

Moreover, intervention programs that promote open rather than imposed participation have significantly better outcomes in terms of family reunification (Carroll & al., 2001; Chaffin & al., 2011).

Finally, if reintegration is not possible, our results confirm that children in foster care have a better psychological state than children in institutional care. This is why a significant increase in the number of foster care spaces is needed. It would be necessary to recruit foster families willing to take in children over 5 years old or teenagers. We have seen that there are 2,000 places to follow children in foster care compared to 3,000 places for children in institutions. It is therefore necessary to start the process that has been started in several countries that have reduced the number of places in institutions and increase the resources for monitoring foster care (Ainsworth & Thoburn, 2014).

Our data lead to same conclusions as the literature. Contact with the parent has a positive effect on children's psychological state if the quality of the relationship is good with the parent (Oyserman & Benbenishty 1992 ; Cantos & al. 1997; McWey & Mullis, 2004; Schofield & Ward, 2011). Conversely, poor quality relationships negatively influence children's psychological state (Humphreys & Kiraly, 2010; Morgan & al, 2012). It is therefore essential that caseworkers be able to identify which children benefit from visits and which do not. The caseworkers should be able to analyze each child's situation by taking multiple factors into account to define parent-child meeting arrangements. Currently in the Wallonia-Brussels Federation, the modalities of visits are set on the basis of the perceptions of those involved. Increasing or decreasing visits or even suspending them is a complex and difficult decision. It is therefore essential to develop a methodology or tool to guide care workers in their analysis and decision-making, which are essential for the well-being of the children in care.

Our data confirm that the quality of the relationship between the child and the foster family is the most significant predictor of psychological well-being and therefore of the success of the placement. This is why it is essential to develop a recruitment policy for foster families ready to take in children over the age of seven in the Wallonia-Brussels federation, especially since, in Belgium, foster care is provided on a voluntary and unpaid basis. Within this framework, it is necessary to develop a specific project for the care of older children that starts with the recruitment of families willing to invest in this type of project. It is important to think about suitable approaches to match between the foster family and the child (temporary fostering, meeting in an institution, etc.).

In general, all initiatives that will improve and stabilize the quality of the relationship between children and their child care workers or foster families are to be encouraged and developed. It would be interesting to develop training programs that particularly develop the interactive sensitivity that exists between the child and his or her caregiver (Saint-Pierre, 2016). In addition, it would be essential to reduce the size of some institutions into smaller family-type structures which are clearly better for the overall development of the child (Leloux-Opmeer & al., 2017). It is also important to allocate sufficient resources and to create favourable working conditions for those working in institutions in order to limit turn-over as much as possible and thus to promote the development of stable relationships with the children placed in institutions (Bakermans-Kranenburg & al., 2011; Vorria & al., 2003).

6. Strengths and Limitations

The key strength of this research is that it is based on a large sample and allows for comparison of data between children in foster families and institutional care with the same methodology, as well as the possible biases associated with that methodology.

However, it is mainly based on the caseworkers' discourse and evaluations. Children, foster families and parents were not interviewed. It would be interesting to complement this research with their points of view on the situation.

The children's psychological well-being was assessed empirically on a scale. In the future, standardized tools should be used to confirm the results.

Étude 3 : Chartier, S., et Blavier, A. What effect do parental visits have on the psychological state of children in foster families and institutional care? Is there a difference between these populations?

Abstract

This study was conducted in the French-speaking part of Belgium. The aim of this study is to examine how parental presence, quality of the parent-child relationship, and parental visitation arrangements influence the psychological state of children in foster families and institutional care. Social workers were asked to assess the psychological state of the children as well as several other criteria on the basis of an analysis grid. Our sample consisted of 568 children placed in foster care and 661 children placed in institutions.

Our results show that children in institutions are in poorer psychological condition than children in foster care because they have poorer relationships with their biological parents, in part because they have fewer supervised meetings and institutions are less likely to request that the authorities prohibit parent-child contact.

The quality of the relationship between birth parents and children significantly affects the children's psychological state. If the relationship is good, the effect is positive, but the reverse is also true.

These results suggest that it is impossible to define a general rule regarding the value and frequency of parent-child meetings.

Keywords: foster care, foster family, parents, meeting, child in care, visit

1. Introduction

Belgium is a small but highly complex country in political terms. There are 5 levels of government (federal, community, regional, provincial and municipal). The legislation concerning prevention, youth care and youth protection depends on the communities, i.e. it is different for the Flemish, German-speaking and French-speaking communities called the Wallonia-Brussels Federation (Chartier et Blavier, 2021). The legislation in the Walloon-Brussels federation favors first the placement in an intrafamily foster family, then in a selected foster family and finally the placement in an institution. Although the policy is to favour family placement, one third of these children are placed in foster families, while two thirds reside in institutions (Saluwé, 2013).

In the French community of Belgium, the sole objective of all placement measures is the reunification of the biological family, even though workers in foster care services consider that, for 70% of children placed in foster care, a return to their birth family is completely unthinkable (Chartier et Blavier, 2021). For this reason, authorities favor maintaining the link between biological parents and their children in foster care or in an institution.

This link is maintained primarily through visits by parents to their children in care. These visits can take place in the child's institution, at the foster care facility for children placed in foster care, at the parents' home, or elsewhere. The frequency of visits varies according to the placement and the parents' involvement. Finally, they may be mediated, supervised or semi-supervised by a social worker or take place without a social worker.

Several researchers have found positive effects of parental visits for children in care. In particular, institutionalized youths who maintain contact with their families show greater satisfaction with their placements than those who do not. In addition, studies show that children who have regular visits from their biological parents exhibit less problematic behavior (Bar-Niret et Schmid, 1998; Palareti et Berti, 2009 ; Smith et al., 2004). Similarly, Berridge and Cleaver (1987) found that, when contact with parents is encouraged and positive, foster care placements tend to be more stable.

Planned direct contact between biological parents and their foster children is considered the primary intervention for maintaining and enhancing the parent-child relationships that are necessary for successful family reunification (Haight et al., 2003). More frequent contact improves the quality of interactions between children and their biological parents (McWey et Mullis, 2004) and enhances the prospects of family reunification (Davis et al., 1996) compared to children who receive no visits (Cantos et al., 1997). Mothers who visit their children frequently and have home visits have a significantly higher rate of family reunification than those who do not (Leathers, 2002). Specifically, the number of parent-child visits correlates with the likelihood of these children returning to live with their parents sooner, as opposed to children who are rarely or never visited by their parents (Davis et al., 1996; Fanshel, 1982; Lawder et al., 1985). Orlando et al. (2019) point out that early parent-child visits are a crucial and untapped opportunity for starting parenting interventions. They add that these early visits are a key occasion that, with support from social workers, can strengthen parents' commitment to the visitation process and even increase their uptake of other necessary services. However, other studies have shown, on the contrary, that there is no link between maintaining contact during placement and the chances of reunification (Festinger, 1996; Frame, 2002; Kimberlin et al., 2009). In the Wallonia-Brussels Federation, practitioners believe that parents who are present, engaged, and have positive

effects on their child have a higher chance of reunification (Chartier et Blavier, 2021).

Indeed, several studies suggest that, all too often, visits do not achieve their goals and do not always have a positive effect on children. Observations by social workers (Fanshel, 1982) and direct observations by researchers (Haight et al., 2001) show that mothers differ greatly in whether and how they interact in an adaptive and engaging manner with their children during their visits.

Some studies indicate that certain children react negatively to visits. For example, Humphreys and Kiraly (2010) observed negative reactions to parent-child contact, such as the child's tendency to cling to the foster family, sleep and appetite disturbances, crying, screaming, isolation, and moroseness. Neil et al. (2003) found that one-third of children living in institutions perceive parental visits as stressful, which can lead to a decrease in their overall well-being. The results of the study by Yazawa et al. (2019) suggest that parental visits and their frequency are not actually associated with better psychological status; instead, visits by the father are correlated with greater depressive symptoms among institutionalized children. It is also important to mention that many of the children being monitored by child welfare services are in that position because they have experienced neglect and abuse, sometimes severe, within their biological families. In some situations, visits trigger traumatic memories that are reflected in emotionally distressing reactions. These reactions can cause social workers and foster families to question the appropriateness of parental visits (Sen, 2010). Howe and Steele (2004) argue that children with disorganized attachment patterns are likely to be retraumatized if they come into contact with the adults who abused them again. They recommend that contact be interrupted until the children feel safe and are able to handle the stress of parental visits. In addition, when children are placed in foster care, frequent visitation can potentially be difficult for them because it creates conflicting loyalties and makes it more difficult for them to bond with the foster family (Leathers, 2003). Furthermore, visits that do not go well do not affect only the children; the biological parents are also emotionally affected (Orlando et al., 2019). Visits can be difficult for biological parents. They may need help to overcome the trauma and anger resulting from their children's placement before they benefit from visits. They also need support in dealing with the psychological complexities of visitation, such as saying goodbye and setting boundaries (Haight et al., 2002).

The quality of interactions between parents and children during visits varies considerably. Social workers state that 26% of birth mothers have a superficial relationship with their child, 15% have a very good relationship with their child, and the remainder have a relationship somewhere in between (Haight et al., 2003). Fanshel (1982) found that 8% of the children exhibited visible anxious behaviors,

while 29% showed pleasure about visits. Thus, considerable variation in the quality and appropriateness of interactions with mothers is observed during visits (Haight et al., 2001). According to Haight et al. (2003), the type of parent-child attachment is an important factor influencing the quality of visits. The more regular the visits, the more positive the child's attachment to the parents. On the other hand, they also found that, for children with disorganized and disoriented attachment patterns, regular parent-child meetings, without intensive therapy, can be detrimental. Several studies have shown that the quality of contact has a psychological impact on children in institutions. Children with poor visit quality had higher levels of psychosocial problems (Hukkanen et al., 1999 ; Attar-Schwartz, 2008).

Several studies have found that frequency influences the quality of these visits (Haight et al. 2002). The greater the frequency, the more positive the effect on the well-being of the child in care (Borgman, 1985; Fanshel et Shinn, 1978).

The current state of research has not yet identified a single rule for deciding when, for how long, and how often contact would be beneficial to the child. It is important to note that the frequency of visitation should be age-appropriate. The importance of parental visits differs for infants, school-aged children and adolescents. Thus, children under age 3, who need to build rather than maintain a bond with their parent, should have daily visits (Déprez et Wendland, 2015). However, Kenrick (2009) found that foster infants with very frequent contact with their parent (5 or 6 times per week) showed significant levels of distress and disruption, due to the changes in environment and the disruption of the infants' routines. Similarly, the purpose of parent-child meetings must be considered when determining their frequency. The frequency of parent-child meetings should be higher for children who are in a reunification project with their parents. However, Humphreys and Kiraly (2011) showed that the rate of reunification of children and parents who had frequent contact was the same as for children who had less contact with their parents. On the other hand, social workers may underestimate the risks of maintaining parent-child encounters when children exhibit problematic attachment patterns. In this case, social workers may decide to maintain parent-child meetings despite their negative impacts on children's development and well-being. Of particular concern are children whose behaviors are disorganized and disoriented. For these children, visiting their parents once a week in the absence of intensive parent-child support can be counterproductive and harmful (Haight et al., 2003). Sinclair et al. (2001) found that there was no uniformity among children in how often they wanted contact with their birth parents; some children wanted no contact with their parents at all. On the other hand, children were unanimous in their desire to be consulted about the question.

Supervised or mediated visits involve bringing parents and their child together only in the presence of a caseworker. Their objective is to maintain a link with the biological parents while trying to protect the child, and they are recommended whenever a child is in physical or psychological danger from contact with one of the parents (Berger et Rigaud, 2001). They are relatively common; 47% to 67% of parent-child visits are mediated (Farmer et Moyers, 2008; Hunt et al., 2010; Taplin et Mattick, 2014). During these parent-child meetings, the supervising social worker must assess whether contact is harmful or beneficial. In general, they must consider for which children, under what circumstances, or by what means, contact should be promoted or discontinued (Selwyn, 2004). Supervision of parent-child contact is intended to improve the parent-child relationship and the quality of their encounters (Bullen et al., 2017). However, Bullen et al. (2015) note that, when supervision is overly intrusive, parents can find it painful and it can deter them from meeting with their children. If caseworkers limit the topics of conversation, it can generate parental disengagement (Höjer, 2009). In addition, the realities on the ground unfortunately do not always allow a child to feel secure, since the supervisors may change from one visit to the next or supervise several families at the same time, which does not always allow them to be physically and psychologically available. Finally, the workers are not always sufficiently trained and familiar with their supervisory role (Berger, 2011).

On the other hand, Beek and Schofield (2004) found in their study that children who had unsupervised contact with their parents were exposed to stressful or harmful relationships. They concluded that managing parent-child contact requires balancing the risk factors and protective factors associated with each situation. Caregivers highlight potential problems with unsupervised parent-child encounters: risk of further sexual abuse, being allowed to use alcohol and drugs, watching pornography during visits, or not being fed properly (Atwool, 2010).

2. Methodology

2.1. Sample and Data Source

After the research protocol was approved by the ethical committee of the Faculty of Psychology of Liege.

This research was conducted over two years. In the first year, we collected data on 568 children placed in foster care as of June 30, 2017: 30% of all cases monitored by the Foster Family Support Services in charge of medium- and long-term follow-up in the Wallonia-Brussels Federation. The files were selected randomly. In the second year, we complemented this sample by collecting data on 661 children placed in institutions, or 19% of the children placed in institutions in the Wallonia-Brussels Federation. This sample represents 18% of the children

placed with Youth Protection Services and 28% of the children placed with Specialized Early Childhood Services. Statistically, these samples are considered representative.

2.2. Procedure

After obtaining their written consent to participate in the research, we met with the social workers in their departments. We randomly selected a sample of files for which we filled out a chart coding different types of information directly with the social workers:

- Parental presence: Are they known and present in their child's life? Are they known but absent from their child's life? Are they unknown or deceased?
- Regularity of visits by parents: Are parent-child meetings regular or irregular? If there are no more meetings, what is the reason? Is it due to a ban on contact by the authorities because the parent is irregular or because the meetings are "toxic" for the child?
- Frequency of parent-child meetings.
- Type of supervision of the meetings: Are they permanently supervised by a facilitator? Are they semi-supervised – that is, is a facilitator present sporadically during the meeting – or are they held without a facilitator?
- Location of parent-child meetings: Do they take place at the institution or foster care facility? Do they take place outside?
- A score from 0 to 10 given by the caregivers (based on a reference system) for the quality of the parent-child relationship, the quality of the child–foster family relationship and the child's psychological state, according to their perception.

2.3. Data Analysis

We analyzed descriptive statistics and compared the population of children in foster families with that of institutionalized children. Then, using SPSS software, we identified variables that can mutually influence each other and their predictive value by performing correlation analyses and simple and multiple regressions. The significance threshold for regressions was $p < 0.05$.

3. Results

We found that 21% of children in foster families had never lived with their birth parents, compared to only 11% of children in institutions. Two percent of children in foster families and 1.6% of children in institutions had never had any contact with either parent since birth, While 57% of children in foster care and 34% of children in institutions had lived with their parents for less than 3 years. Mothers

were much more involved in their child's life than fathers: 49% of the mothers of children in foster care and 69% of the mothers of children in institutions were known and present, while 35% of the fathers of children placed in foster families and 47% of the fathers of children in institutions were known and present (Table 1). Known fathers and mothers were present in the same proportions; the difference between the presence rates for fathers and mothers was due to the fact that 16% of fathers were unknown. Sixty-one percent of children placed in foster families and 79% of children placed in institutions remained in contact with their parents via supervised or unsupervised meetings. We observed that 23% of the children placed in foster families and 36% of the children placed in institutions were currently meeting with both parents. Whereas mothers were more present in the child's life overall, fathers were more present if the mother was also present in the child's life. Institutionalized children had significantly more maternal presence in their lives than children in foster families ($\chi^2(1231) = 104.932, p < 0.000$). The same phenomenon was observed for fathers, who were more present in their child's life when the child was placed in an institution ($\chi^2(1230) = 80.913, p < 0.000$).

Table 1 : Presence of Biological Parents in the Child's Life

	Mothers of children in foster families (n = 568)	Fathers of children in foster families (n = 568)	Mothers of children in institutions (n = 661)	Fathers of children in institutions (n = 661)
Known and present	49%	35%	69.2%	46.8%
Known and absent	44.4%	44%	24.4%	30.1%
Unknown	–	16%	2%	16%
Deceased	6.6%	5%	4.2%	7.1%

Children placed in foster families were significantly more likely to have meetings prohibited by the authorities because of irregularity on the part of the parent (Table 2). The difference between children in institutional care and those in foster families is significant: children in institutional care had mothers who were more present and regular and fewer meetings prohibited by the authorities ($\chi^2(928) = 80.828, p < 0.000$). The same observations are made about fathers ($\chi^2(1171) = 45.858, p < 0.000$).

Table 2 : Regularity and Prohibition of Parent-Child Meetings

	Mothers of children in foster families (n = 568)	Fathers of children in foster families (n = 568)	Mothers of children in institutions (n = 661)	Fathers of children in institutions (n = 661)
Regular	37.59%	26.38%	51.3%	41.4%
Irregular	9.09%	6.24%	14.4%	7.3%

Meetings prohibited because they are “toxic” for the child	6.99%	5.17%	5.6%	4.2%
Meetings prohibited because of the disappearance or irregularity of the parent	17.65%	8.37%	5.4%	3.7%
Meetings suspended at the child’s request	2.1%	1.25%	1.5%	0.6%
Contact in progress	2.45%	1.25%	0.2%	1.3%
No meetings	24.13%	51.34%	21.6%	41.5%

The most common frequency of meetings for children placed in foster families was once a month, although meetings were increasing to twice a month, mainly due to changes in the practices of some placement services (Table 3). The frequency of parent-child meetings differed significantly between children placed in foster families and in institutions. Mothers of children placed in institutions were most likely to meet with their children once a week, while those of children placed in foster families usually had one meeting a month ($\chi^2 (972) = 1969.981$, $p < 0.000$). The same finding was also significant for fathers ($\chi^2 (743) = 743.000$, $p < 0.000$).

Table 3 : Frequency of Parent-Child Meetings

	Mothers of children in foster families (n = 439)	Fathers of children in foster families (n = 293)	Mothers of children in institutions (n = 533)	Fathers of children in institutions (n = 450)
Once a year	1.50%	0.5%	0.2%	
Fewer than 8 times a year	16.5%	8.3%	13.70%	3.3%
12 times a year	48.70%	41.5%	13.20%	18.4%
17 times a year	1.90%	4%	0.90%	1%
24 times a year	20.60%	25.4%	33.90%	28.7%
36 times a year			0.90%	0.7%
52 times a year	9.70%	19.2%	36.70%	47.4%
Reintegration in progress	1.1%	1.1%	0.5%	0.5%
Other (formal meeting place for parents and children, psychologist’s office, prison, psychiatric hospital, etc.)	1.9%	6%	0%	0.3%

The preferred location for meetings between parents and children placed in foster families (Table 4) was the foster care service, followed by the child's parents' home.

The preferred place for parents to meet their children in institutional care was the institution or placement service. The second most important place was the biological parents' home. There was a significant difference between children in foster families and institutions regarding the location of both mother-child ($\chi^2(713) = 573.608, p < 0.000$) and father-child ($\chi^2(481) = 421.772, p < 0.000$) meetings. Institutionalized children had more meetings in the biological parents' home and fewer in the institution than those in foster families.

Table 4 : Location of Parent-Child Meetings

	Mothers of children in foster families (n = 267)	Fathers of children in foster families (n = 193)	Mothers of children in institutions (n = 446)	Fathers of children in institutions (n = 288)
At the placement service or institution	57.70%	32.10%	43.90%	42%
At the parents' home	17%	27.7%	32.3%	32%
At home and in the institution	–	–	13.5%	7.5%
At the foster family's home	7.9%	17.6%	–	–
Outdoors	7.2%	8.2%	10.3%	18.4%
Mix of foster care service and other places (outside, foster family, etc.)	8.7%	8.8%	–	–

Most meetings between biological parents and their children in foster care were supervised or semi-supervised. Fathers were much more likely than mothers to meet with their children without a supervisor. On the other hand, most meetings between parents in children in institutional care were unsupervised (Table 5). There was no significant difference between children placed in foster families and those in institutions regarding the type of supervision of father-child encounters ($\chi^2(465) = 3.783, p < 0.286$). However, mothers whose children were in institutions had significantly fewer supervised visits and more visits at home ($\chi^2(715) = 24.698, p < 0.000$).

Table 5 : Type of Supervision for Parent-Child Meetings

	Mothers of children in foster families (n = 265)	Fathers of children in foster families (n = 178)	Mothers of children in institutions (n = 448)	Fathers of children in institutions (n = 287)
Supervised	47.95%	37.5%	33.3%	34.5%

Semi-supervised	16.1%	9.38%	13%	13.9%
Alternating supervised and unsupervised meetings	3.37%	3.12	2.7%	1.4%
Unsupervised	32.58%	50%	51.6%	50.2%

According to social workers, the quality of the relationship between biological parents and their children in care was generally considered good. Approximately half of the parents had a good relationship with their children but exhibited inappropriate behaviors during parental visits. However, even though parents were more present in the lives of children in institutions, the quality of their relationships was significantly worse than in the case of children in foster families. Children in foster families have better relationships with their mothers ($\beta = -0.148, R^2 = 0.022, p < 0.000$) and fathers ($\beta = -0.148, R^2 = 0.022, p < 0.001$).

Table 6 : Quality of the Parent-Child Relationship

	Mothers and children in foster families (n = 274)	Fathers and children in foster families (n = 190)	Mothers and children in institutions (n = 466)	Fathers and children in institutions (n = 302)
Excellent	16.06%	15.79%	9.4%	14.6%
Good but not appropriate	48.91%	58.42%	47.8%	50%
Neutral	16.61%	19.47%	14.4%	15.9%
Not good	11.68%	5.79%	20%	13.9%
Harmful	4.74%	0.53%	8.4%	5.6%

The caseworkers interviewed estimated that 73% of children in foster families were in good psychological condition compared to 57% of children in institutional care (Table 7). Thus, there is a significant difference between children in institutions and those in foster families regarding their psychological state ($\beta = -0.155, R^2 = 0.024, p < 0.000$): children in foster families were in better psychological shape than those in institutional care.

Table 7: Children's Psychological State

	Psychological status –children in foster families (n = 568)	Psychological status – children in institutions (n = 658)
No psychological disorders	27.47%	13.7%
Mild disorders not requiring treatment	45.6%	44.2%
Significant psychological disorders	17.25%	28.1%

Major disorders requiring treatment by a child psychiatrist	7.92%	10.8%
Pervasive disorders	1.76%	3.2%

We found that factors related to parent-child meetings had little predictive value for children's psychological state (Table 8). The quality of the relationship with the parents was the most important predictive factor. Children who had a good relationship with their parent were in significantly better psychological condition. The reverse was also true: those who had a poor relationship were in a poorer psychological state. Children in institutions who had visits with their mother outside or a mix of meetings at home and in the institution were in better psychological condition on average. Institutionalized children who had semi-supervised visits with their mothers had a better psychological state on average. Finally, institutionalized children who had more frequent visits with their father had a better psychological state on average. While these effects are significant for children in institutions, we do not observe a significant effect of these three criteria (place and type of mother-child meetings and frequency of father-child meetings) for children in foster care.

Table 8 : Predictors of Children's Psychological State

	Children in foster families (n = 568)	Children in institutions (n = 661)
Quality of the father-child relationship	$\beta = 0.170, R^2 = 0.029, p < 0.020$	$\beta = 0.168, R^2 = 0.028, p < 0.003$
Quality of the mother-child relationship	$\beta = 0.166, R^2 = 0.027, p < 0.006$	$\beta = 0.204, R^2 = 0.042, p < 0.000$
Location of mother-child meetings	$\beta = 0.002, R^2 = -0.041, p < 0.503$	$\beta = 0.151, R^2 = 0.023, p < 0.001$
Frequency of father-child meetings	$\beta = 0.027, R^2 = 0.001, p < 0.712$	$\beta = 0.137, R^2 = 0.019, p < 0.019$
Types of mother-child meetings	$\beta = -0.086, R^2 = 0.007, p < 0.163$	$\beta = -0.109, R^2 = 0.012, p < 0.021$
Presence of the mother	$\beta = 0.052, R^2 = 0.003, p < 0.218$	$\beta = -0.005, R^2 = 0.000, p < 0.890$
Presence of the father	$\beta = 0.008, R^2 = 0.000, p < 0.850$	$\beta = -0.017, R^2 = 0.000, p < 0.655$
Regularity and prohibition of meetings with the mother	$\beta = -0.013, R^2 = 0.000, p < 0.769$	$\beta = -0.013, R^2 = 0.000, p < 0.730$
Regularity and prohibition of meetings with the father	$\beta = -0.015, R^2 = 0.000, p < 0.721$	$\beta = -0.029, R^2 = 0.001, p < 0.465$
Frequency of mother-child meetings	$\beta = 0.043, R^2 = 0.002, p < 0.490$	$\beta = -0.059, R^2 = 0.004, p < 0.217$
Location of father-child meetings	$\beta = -0.072, R^2 = 0.005, p < 0.369$	$\beta = 0.046, R^2 = 0.002, p < 0.441$
Types of father-child meetings	$\beta = 0.097, R^2 = 0.009, p < 0.199$	$\beta = -0.065, R^2 = 0.004, p < 0.273$

4. Discussion

The purpose of our study was to assess the effect of parental visitation on the psychological status of children in foster families and institutional care and to analyze whether there was a difference between the two populations.

Our data show that fathers and mothers are present in their children's lives in the same proportions. The difference between the two stems from the fact that 16% of fathers are unknown. However, we found that fathers were more present if the mother was also present in the child's life.

We noted that parents were significantly more present when their child was placed in an institution (18% more than for children placed in foster families). This is logical, as we recall that one of the criteria for moving toward placement in a foster family is the lack of parental presence. Scholte (1997) found that a low level of presence of the biological parents increases the chances of success in foster care.

Consequently, before we conclude that placing children in institutions keeps their biological parents more involved in their lives, it is worth comparing the percentages of parents who leave their children's lives after placement. Indeed, we observe a difference according to placement type: 13% of mothers of children placed in institutions cease contact with their child after placement, versus 24% of mothers of children placed in foster families.

We also found that mothers of children in foster care were significantly more likely to have their meetings prohibited by the authorities: 24% versus 11% for children in institutions, a difference of 13 percentage points.

Thus, family service workers ask for contact bans more than workers in institutions, and our hypothesis is that this difference stems from the fact that irregular meetings create many more problems and more frustration when the child is placed in a foster family (such as the foster family having to travel, waiting for workers to be available to supervise, disappointment for a child for goes somewhere and waits in vain, etc.). In addition, foster care workers are probably quicker to request that contact be cut off, as they are very careful not to cause trouble for the child or the foster care system and therefore jeopardize the placement.

In institutions, on the other hand, a parent's irregularity and/or absence from at a meeting probably causes fewer difficulties for the workers (including no need to travel, no need to manage the foster family's frustration, etc.) and perhaps generates fewer negative reactions from the child. Moreover, we observed that

caregivers who work in institutions have the idea that it is better for children to maintain a poor relationship with their parents than to be deprived of any contact with them. During our data collection interviews, some workers would say things like: “We know that the relationship is of poor quality, but this child has nothing left. Isn’t a poor-quality relationship better than nothing at all?”

In combination, the perspectives of caseworkers in institutions and those working in foster care means that children in foster care are twice as likely to have visits with their mothers prohibited, but in return they experience fewer negative effects of these visits. If the same proportion of mothers of children in institutions were forbidden to meet with their children, that is, 13%, then 26% of mothers would be absent from their child’s life, which is the same percentage as for mothers of children in foster care. We can therefore conclude that it is the fact that fewer visits are prohibited by the authorities that keeps parents more present when their children are placed in an institution, and not the placement in an institution itself. Thus, it is not the kind of placement that influences parents’ presence but the resulting requests for no contact.

We observed that children in institutional care were in significantly worse psychological condition than children in foster care. These results are consistent with the results of the meta-analysis by Li et al. (2019), which showed that children in foster care have fewer psychological problems and are more resilient than those in institutional care (Sim et al., 2016).

Our data show that the difference in frequency of meetings with their parents between children in institutional and foster care is not predictive of their psychological status. These results are similar to other studies that show that it is not the frequency of contact but the quality of contact that positively or negatively influences children's psychological state (Hukkanen et al., 1999 ; Attar-Schwartz, 2008). Children in foster care met with their parent on average once a month. During our data collection interviews, foster care workers explained that this frequency is based on service policy and not on a case-by-case analysis.

The transfer of institutionalized children to foster care is therefore almost always accompanied by a reduction in contact with the parent from once a week to once a month. The consequence of this situation is that parents who are not subject to a court order refuse foster care because they refuse to see their children less often. For this reason, children with regular, present parents stay in institutions longer and move into foster care less frequently.

We found that institutionalized children who have frequent encounters with their fathers had a better psychological state on average. Our results are therefore not in line with studies showing that frequent contact has a positive effect on the

child's well-being except in the case of fathers' meetings with their institutionalized children (Borgman, 1985; Fanshel et Shinn, 1979).

More than the type of meeting, it is the quality of the relationship between the parents and the children during these meetings that emerges as the factor that best predicts the children's psychological state, and especially the quality of the relationship with the father. In general, the relationship between the birth parents and their children in care is a good one. Children who had a good relationship with their biological parents were in significantly better psychological condition. The reverse was also true: those who had a poor relationship had a worse psychological state. However, even though parents were more present in the lives of children in institutions, the quality of the parent-child relationship was significantly worse than for children in foster care.

Most parental meetings with institutionalized children are unsupervised. Our results show that children in care who benefit from semi-supervised meetings or meetings outside the institution, or who alternate between meetings at home and in the institution, have better psychological health than the others. We can hypothesize that, due to a lack of resources, institutional caseworkers soon tend to organize unsupervised parent-child meetings and only maintain supervision in the most problematic situations. The presence of a caseworker, even at a distance, in semi-supervised meetings appears to be beneficial for the children's psychological state. These findings should be compared with those of Beek and Schofield (2004), who found that children who had unsupervised contact with their parents could be exposed to stressful or damaging relationships.

In conclusion, children placed in institutions are generally in worse psychological condition than children placed in foster care. This can be explained primarily by poorer-quality relationships with their parents, probably because their meetings are less supervised and institutions are less likely to ask the authorities to ban contact when relationships are harmful. Contrary to one of our basic hypotheses, our statistical analyses did not reveal a significant impact of the existence of parent-child encounters and their frequency on the psychological state of children in care. We therefore agree with Déprez and Wendland (2015), who emphasized that it is impossible to establish a general rule that governs the positive or negative effects of parents' meetings with children in care; rather, it is necessary to determine for which specific children these encounters are positive and beneficial, and for which children they are likely to generate further problems, requiring either special care or a suspension of meeting.

5. Implications and conclusions for social workers

Our results show that it is essential to move beyond the opposition between maintaining the family bond at all costs and limiting or even suspending contact as much as possible to protect the child. Our analyses suggest that it is impossible to define a general guideline for all types of situations. However, there is a series of factors that must consistently be taken into account, and each caseworker should then analyze children's situation on a case-by-case basis, taking these different factors into account. Using these criteria, family service providers should be able to opt for more frequent meetings if they are positive for the child so that the child does not remain in foster care longer than necessary. Conversely, practitioners working in institutions should be able to reduce the frequency or, if necessary, suspend meetings if the quality of the relationship between the child and the parent is negative and therefore has a negative impact on the child's psychological state.

Our results suggest that it is essential to develop a tool based on the criteria identified to guide workers in this analysis and in their decision-making process, which has serious consequences for the well-being and future of the children in care. Such a tool would allow all stakeholders to evaluate and develop shared references, which is a necessity in child protection (Robin, 2010).

This tool should assess the child's psychological state as well as the impact of placement trauma, as in some situations, visits can trigger traumatic memories that manifest themselves as emotional distress. Howe and Steele (2004) recommend that, in cases where a child is highly traumatized, contact should be discontinued until the child feels safe and is able to deal with the stress of the contact.

An additional element that should be taken into consideration is the effect of parent-child meetings on the child, a measure that is currently not consistent and may even be non-existent. Does the child experience the visits as positive or, on the contrary, are they a source of anxiety and even sometimes of fear? Based on his clinical experience, Barnum (1987) proposed different ways of interpreting the problematic behaviors observed in a child after parent-child encounters. He noted that the child's behaviors may be an expression of the grief experienced following the separation. Since the child is attached to the parent, the separation that follows the meeting represents suffering for the child that will be experienced as a succession of micro-losses. The child's behavior can also reveal a reaction to the intense stress of the encounter. In fact, certain meetings can be harmful, even toxic, for the child. Among other things, the parent may take advantage of these times to continue abuse that had started within the family environment. Finally, the child's problematic behaviors may result not from the parental visit per se, but

the negative influence of the current living environment. Barnum (1987) suggested that the child's perception of a caregiver's obvious disagreement with the biological parent's visit may result in feelings of anxiety and regressive behaviors.

It is important to note that the frequency of visits should also take the child's age into account. Children under the age of 3, who need to build the bond with their parents, should have frequent visits (Déprez et Wendland, 2015). And the child's opinion is essential in this decision-making process. In a study they conducted with 150 children in care who were over the age of 5 years, Sinclair et al. (2001) found that children had varied opinions regarding the frequency of parent-child contact they desired; some even wished to cut off contact. However, all the children wanted to be consulted about the arrangements for contact.

The regularity of parent-child contact is also a consideration for practitioners when setting up parent-child contact arrangements. Browne and Moloney (2002) found that children who had irregular meetings were more likely to be confused about their future than children who had frequent, regular visits, or who had been abandoned by their biological family. It is therefore advisable to adapt the frequency of meetings according to the parents' ability to maintain regular contact and to suspend them if they are not.

As well as the child's opinion, the parent's wishes and abilities must also be taken into account. Is he or she asking to see more of the child? Sometimes the parent's words and actions are dissonant. Are they asking for more meetings but not attending them? In these cases, it is best to tailor the frequency to the parents' abilities so that they do not continually fail at a goal that is over-ambitious for their current level. Join-Lambert et al. (2014) emphasize that it is essential to create a relationship of trust between the parent and the caseworkers, primarily by focusing on what they think is best for them and their child.

The context in which the meetings take place is also crucial. Are the caseworkers currently evaluating the quality of the parent-child relationship? In this case, if the meetings do not have negative effects and the child's trauma is not too significant, frequent supervised meetings would be appropriate. Orlando et al. (2019) point out that early parent-child placement visits are a critical opportunity that should be leveraged for parenting interventions. They add that these early visits are a key time and, with support from social workers, can strengthen parents' engagement in the visitation process and even increase their commitment to other services they need. In addition, Chartier and Blavier (2021) found that one in five parents disengages within the first year of placement. If the child is in a reintegration project, the frequency and duration of visits should be increased as the placement progresses and supervision should gradually be eliminated.

It may also be necessary to reintroduce contact at very infrequent, supervised meetings when children idealize their parents too much. According to Berger (2011), a total lack of contact with the biological parent can give rise to idealization of that parent. Parental visitation thus gives children a safe place from which to observe their parents' incompetence, which in turn allows them to make sense of the reasons for their placement.

6. Strengths and Limitations

This study is primarily based on assessments made by social workers. We did not observe or evaluate parent-child relationships on the ground. It would be essential to continue to assess the psychological status of children in care with scientifically standardized tools and in a longitudinal manner. It would also be essential to hear from parents, children and foster families.

However, the data collected are consistent with the literature. This research should be continued by evaluating the quality of parent-child relationships and children's psychological state with field measurement tools.

Étude 4 : Chartier, S. Knuppel, I. et Blavier, A. (submitted) Do children placed in institutions have the same opportunities for reintegration into their families of origin as those placed in foster care ? Submitted to *Children and Youth Services Review*

Abstract

The purpose of this study was to follow up on a study that found that, for 70% of children in foster care, social workers felt that family reintegration was not an option. We therefore continued the study by comparing the prospects for family reintegration of 661 children placed in institutions with those of 568 children placed in foster care.

Our results show that institutional social workers assess the possibilities of reintegration as being higher than for children in foster care, while in reality the number of children in the process of reintegration is identical in both populations. However, in spite of these favorable possibilities, when workers with foster families and in institutions are asked about the specific plan for a child, only 30% of children have a possible reintegration plan with one of the parents.

These results demonstrate the need to rethink the assistance offered to parents to promote family reintegration. They suggest that an intensive, multidisciplinary assistance program should be developed. At the end of this program, if reintegration into the family is not possible, we should move toward permanent foster care or foster care with definite prospects. This type of project should also be enabled by changing the legislative framework in the Wallonia-Brussels Federation.

1 Introduction

The International Convention on the Rights of the Child (United Nations General Assembly, 1989) emphasizes the child's right to grow up with his or her family of origin. Nevertheless, it is understood that the State is responsible for a child's care if the family is unable to ensure his or her protection. In accordance with the Convention, Belgium is committed to preventing the separation of children from their parents and therefore aims to promote, as far as possible, the reintegration of placed children into their families. In Belgium, child protection is a Community jurisdiction. The legislation in this field therefore differs in the Dutch-, German- and French-speaking regions.

In the French-speaking community, called the Wallonia-Brussels Federation, reintegration into the family is now the sole objective for children in care. Moreover, the placement of a child is still thought of as a short-term project and

is therefore subject to an annual re-evaluation (Administration générale de l'aide à la jeunesse, 2018).

There is little empirical research on the reintegration of children into their biological families, yet the issue of reintegration plays a central role in international and national child welfare policy. Goemans et al. (2016) pointed out that research findings on family reintegration are influenced by both country-specific policies and social contexts, which therefore need to be taken into consideration when analyzing and interpreting the results. Moreover, Akin (2011) noted that it is rare to see the same variables considered in different studies of reintegration, which often tends to make the results obtained more difficult to compare across countries or regions. In the Wallonia-Brussels Federation, there is very little scientific research has been done in the field of child protection and none on family reintegration. Research in this area comes mainly from the United States, Spain (Del Valle et al., 2009), Germany (Van Santen, 2010), and Australia (Barber et Delfabbro, 2009), which can make comparison difficult because the legislative systems and support structures are very different (Goemans et al., 2016).

Vanderfaeillie et al. (2017) found that only 26% of children in foster care in the Flemish (Dutch-speaking) community reintegrated into their family of origin in 2016, even though the only possible plan for a child in placement provided for by Flemish legislation at that time was a return to the family. In 2018, a first study on the possibilities of reintegration perceived by caseworkers accompanying children in foster care in the Wallonia-Brussels Federation highlighted the fact that they believed that 79% of children had no possibility of reintegrating into their biological families (Chartier et Blavier, 2021). These two studies conducted in Belgium showed that some 75% of children in foster care are not expected to return to their original home.

Some studies found no relationship between the child's age and the likelihood of family reunification (Becker et al., 2007; Pabustan-Claar, 2007; Davis et al., 1996; Glisson et al., 2000; Wells et Guo, 1999), while others indicated that the likelihood of older children being reintegrated into their families was higher than when children were very young at the time of placement (Akin, 2011; Becker et al, 2007; Goemans et al., 2016; Goerge, 1990; Harris et Courtney, 2003; Wulczyn, 2004). Overall, the child's gender was not identified as a variable that could influence reintegration (Becker et al., 2007; Pabustan-Claar, 2007; Goerge, 1990; Leathers, 2005; Wells et Guo, 1999).

In contrast, children's ethnicity is considered to be a predictor variable by several studies conducted in the USA. Indeed, children from ethnic minorities, mainly African-American children, were less likely to reintegrate into their families than

other children (Akin, 2011; Goemans et al., 2016; Goerge, 1990; Harris et Courtney, 2003; Wells et Guo, 1999; Wulczyn, 2004). Some studies suggest that this difference may be the result of high socioeconomic hardship and precarious housing conditions affecting ethnic minority families (Cole et Caron, 2010). In addition, children experiencing physical or mental health difficulties are less likely to reintegrate into their families (Akin, 2011; Landsverk et al., 1996; Wells et Guo, 1999). Akin (2011) specified that this prevalence is independent of the different definitions of mental health or measurement tools used. Finally, repeat placements have been identified as another factor that may reduce the likelihood of reunification with the family (Goemans et al., 2016; Goerge, 1990; López et al., 2013). In other words, it would appear that a stable placement favors the likelihood of reintegrating back into the family of origin (Barth, 2002; Goerge, 1990; López et al., 2013; Teare et al., 2001). It should be noted in this regard that placement stability is related to the child's behaviors. Thus, Goemans et al. (2016) hypothesized that children whose placement conditions have changed several times reflect the complexity and chronic nature of family problems.

While the characteristics of children have been widely studied, little is known about the characteristics of biological parents or foster families (Akin, 2011; Goemans et al., 2016). Some studies found that reintegration into two-parent families is more likely than into single-parent families (Harris et Courtney, 2003; Landsverk et al., 1996; Wells et Guo, 1999), while others did not identify this variable as relevant in terms of the probability of reintegration (Malm et Zielewski, 2009; Yampolskaya et al., 2007). Some researchers consider parental substance abuse problems to be a factor that may reduce the probability of reintegration (Akin, 2011; McDonald et al., 2007), while others do not observe substance abuse or other mental health problems to be significant variables (Benedict et White, 1991; Mapp et Steinberg, 2007; Wade et al., 2010). The parents' age appears to be significant according to some studies. Indeed, children of older parents seem to be quicker to reintegrate into their families than those whose parents are still young (Fraser et al., 1996). As mentioned above, socioeconomic hardship has been found to be negatively correlated with reintegration outcomes (Thomlison et al., 1996; Westat, Inc., 1995).

The reason for placement often stands out as a significant variable for reintegration. However, Akin (2011) points out that the results tend to be divergent, even contradictory. For example, while parental neglect appears to be a reason for placement associated with a greater likelihood of reintegration later on according to some studies (Akin, 2011; Goerge, 1990; Landsverk et al., 1996), other studies found an inversely proportional correlation between neglect and likelihood of reunification (Connell et al., 2006; Wells et Guo, 1999).

In addition, the effects of different types of placements – recruited foster families, intrafamily foster families, or institutional placement – are also the subject of numerous studies (Connell et al., 2006; Koh et Testa, 2008; Wells et Guo, 1999). Although some studies did not identify intrafamily foster care as an influential variable (Courtney et al., 1997; Koh et Testa, 2008), others observed that children in extended family care are less likely to return to their families of origin or at least take longer than children in recruited foster care (Connell et al., 2006; Goerge, 1990; Wells et Guo, 1999). However, López et al. (2013) suggested that this difference may be partially explained by the fact that, in extended family placements, social workers feel less urgency to reintegrate the child with the biological parents provided that the bond with them has been maintained. In addition, some families may be able to find a balance if the child is placed within the extended family. A final factor that could have an impact is the geographical distance between the biological family and the child's place of residence. Indeed, large distances seem to have a negative impact on reintegration possibilities (Petr et Enriken, 1995).

External factors have also been studied. Positive, transparent relationships between social workers and biological parents have been identified as a relevant and positive predictor of reintegration (Cheng, 2010; Cole et Caron, 2010; López et al., 2013). Cheng (2010) observed in a longitudinal study that caseworkers' involvement with families, as measured by level of commitment, identification of needs and adapted services, was a factor with a favorable impact on the probability of reintegration. Indeed, services provided in terms of both financial and housing assistance were positively correlated with reintegration opportunities (Choi et Ryan, 2007; Eamon et Kopels, 2004).

The effects of parental visitation on child development, the parent-child relationship, and family reintegration have been extensively studied. Several research studies have identified a link between shorter placement durations and the possibility of parental visits (Cantos et al., 1997; Davis et al., 1996; Delfabbro et al., 2002; Haight et al., 2005). However, from a theoretical perspective, Cantos et al. (1997) pointed out that a potential causal link between parental visitation and increased reintegration with the biological family was invalid, as other variables that might contribute to such outcomes were not considered. As such, it is likely that the positive effects of visitation are also influenced by other family factors such as less severe or only temporary parenting issues, less serious reasons for placement, and parents who were better adjusted and more present at the outset, or parents with more resources (Barnum, 1987; Delfabbro et al., 2002). It should be noted, however, that other studies have failed to identify a relationship between parental visits and reunification success (Festinger, 1996; Frame, 2002; Kimberlin et al., 2009).

Studies have found that reintegration is more likely to be successful if it occurs soon after the placement begins, whereas the likelihood of reintegration decreases as time passes (Biehal, 2006; Courtney, 1994; Courtney et Wong, 1996; Goerge, 1990). A review of the literature indicates that the probability of reintegration declines rapidly from the first few weeks to the first five months of placement (Goerge, 1990). However, this decline then slows during the following months (Courtney et Wong, 1996). Goerge (1990) pointed out that this inverse relationship between time and reintegration is specific to children placed for protective reasons rather than those who were placed because of behavioral problems. Biehal (2006), however, noted that the correlation between length of placement and reduced chances of reintegration has not been scientifically demonstrated, as time is considered to be a factor that contributes to the reintegration of children.

Although reintegration of children in care into their biological families is often the primary goal of many child welfare policies, it should not be the final step in a child's journey. Indeed, it is necessary to take into account what happens to children when they return to their biological families. However, few studies have investigated this issue (Biehal, 2006). The most commonly studied element is the disruption of reintegration, which becomes measurable if a child is placed in care again. For example, 20% to 43% of children in care who have been reintegrated into their family of origin are placed outside their family again after a new episode of abuse or neglect (Terling, 1999; Wulczyn, 2004).

Biehal's (2006) review of the literature indicates that the probability of re-placement is greater for children whose parents are experiencing bigger and more complex problems, especially if they are socially isolated (Festinger, 1996; Terling, 1999), have mental health issues, or have substance abuse problems (Courtney et al., 1997; Hess et al., 1992; Terling, 1999). For children, the likelihood of re-placement is greater among those with disabilities or behavioral problems (Biehal, 2006). Although studies have focused primarily on the disruption of the reunification process, they have shown little interest in the experiences of the children, whose reintegration is less likely to be successful if they experience further episodes of maltreatment or abuse.

Thus, many factors may influence the reunification of biological parents and their children. Furthermore, there is no research showing that children who return to live with their biological parents benefit more than those who remain in foster care (Taussig et al., 2001). Research by Lau et al. (2003) even shows the opposite: children who return to live with their biological parents have more behavioral and emotional problems than those who remain in foster care. They are also more likely to drop out of school and perform less well in school.

Vanderfaeillie et al. (2015) emphasized that, when there is a return to the family of origin, it is not so much a “return” as a departure (from the foster family); that is to say, a new separation in the sense of loss of a part of oneself built elsewhere. This new separation creates a new separation trauma with the child’s attachment figures, the foster family, which is often present and stable for many years. The sense of belonging develops in the daily educational and relational environment, so children become attached to the people who take care of them: attachment is born of daily experiences, repeated exchanges and interactions and even conflicts (Wendland et Gaugue-Finot, 2008). Stability is the basis for developing secure bonds (Horwitz et al., 2001).

Within this framework, the purpose of this article is to compare whether children in institutions have better reintegration opportunities than those in foster care. It follows up on a previous study that questioned the appropriateness of having a child’s reunification with the biological family as the only planned outcome for children in foster care (Chartier et Blavier, 2021).

2 Methodology

2.1 *Sample and data source*

This research was conducted over two years. In the first year, we collected data on 568 children placed in foster care, or 30% of all the cases followed by the Foster Family Supervisory Services in charge of medium- and long-term follow-up in the Wallonia-Brussels Federation. The files were selected randomly. In the second year, we completed this sample by collecting data on 661 cases of children placed in institutions, or 19% of the children placed in institutions in the Wallonia-Brussels Federation. This sample represents 18% of children placed in General Residential Services and 28% of children placed in Specialized Early Childhood Services. Statistically, these samples are considered representative.

2.2 *Procedure*

We met with the social workers in their workplaces. We randomly selected a sample of children’s files for which we filled out a chart coding different types of information directly with the social workers :

- Age of the child
- Regularity of visits by parents: Are they regular or irregular in their parent-child meetings? If no more meetings are taking place, what is the reason? Is it due to a ban on contact by the authorities because the parent is irregular or because the meetings are “toxic” for the child?
- The possibilities of reintegrating the child into his or her family

2.3 Data analysis

We performed descriptive statistics and compared the population of foster children with that of institutionalized children. Then, using SPSS software, we identified variables that may influence each other and their predictive value by performing correlation analyses and simple and multiple regressions. Regressions considered significant had a $p < 0.05$.

3 Results

Our results show a significant difference in the age distribution between children placed in foster families and institutions ($\beta = 0.066$, $R^2 = 0.004$, $p < 0.021$ (see Figure 1). The mean age is higher for children in institutional care. It is likely that children placed in foster care remain in there but are no longer monitored by foster care services after they reach the age of majority (18 years), which would explain this difference.

The age of children in foster care proved to be a predictor of the chances of reintegration into their family of origin: the younger they were, the higher the chances of reintegration ($\beta = -0.158$, $R^2 = 0.025$, $p < 0.001$). In contrast, the age of institutionalized children was not a predictor of the chances of reintegration into the family of origin ($\beta = 0.014$, $R^2 = 0.000$, $p < 0.725$).

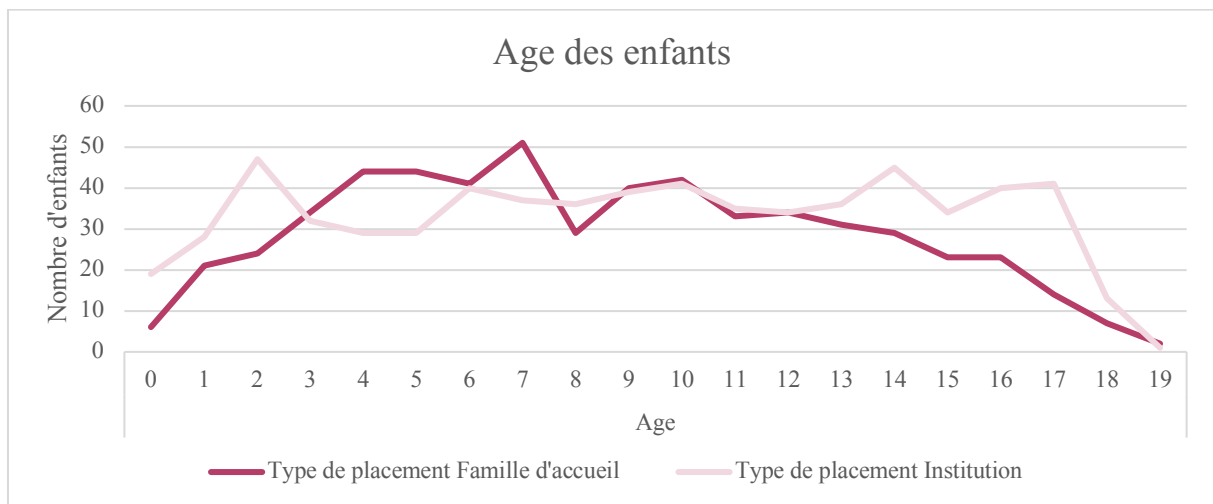


Figure 1 : Ages of children in different kinds places in foster care and institution

Parents of children in institutional care attend parent-child meetings more regularly than those of children in foster families. On the other hand, children placed in foster care have many more meetings forbidden by the authorities because of irregular attendance at parent-child meetings (see Table 1). There is thus a significant difference between children placed in institutions and those

placed in AF: the mothers of children placed in institutions are more present and regular at parent-child meetings and have fewer meetings forbidden by the principals ($\chi^2(928) = 80.828, p < 0.000$). The same observations are made for fathers ($\chi^2(1171) = 45.858, p < 0.000$).

We find a significant difference in the regularity of mother-child encounters ($\beta = -0.365, R^2 = 0.132, p < 0.000$) and of father-child encounters ($\beta = -0.261, R^2 = 0.068, p < 0.000$) between children in foster care and children in institutions. Institutionalized children had more regular parental visits and fewer visits prohibited due to irregularity.

Table 1. Regularity and prohibition of parent-child meetings

	Mothers of children in foster care (n = 568)	Fathers of children in foster care (n = 568)	Mothers of children in institutions (n = 661)	Fathers of children in institutions (n = 661)
Regular	37.59%	26.38%	51.3%	41.4%
Irregular	9.09%	6.24%	14.4%	7.3%
Meetings prohibited because they are “toxic” for the child	6.99%	5.17%	5.6%	4.2%
Meetings prohibited because of the parent’s disappearance or irregularity	17.65%	8.37%	5.4%	3.7%
Meetings suspended at the child’s request	2.1%	1.25%	1.5%	0.6%
Renewed contact in progress	2.45%	1.25%	0.2%	1.3%
No meetings	24.13%	51.34%	21.6%	41.5%

We found that foster care caseworkers believe that reintegration possibilities are lower for children in foster care than for those in institutions (see Table 2). In their view, only 4% of children in foster care could conceivably be reintegrated at a parent’s home. For 67% of the children, the caseworkers believe that there is no possibility of reintegration. In reality, we found that only 1.1% of children placed in foster families were in the process of reintegration with their mother and 0.5% with their father at the time we collected our data. On the other hand, the caseworkers of children placed in institutions have a more optimistic view of the possibilities of reintegration than those in family placement services. They thought that reintegration would be entirely possible for 12.7% of the children. For 48.9% of the children, the workers considered that there was no possibility. Furthermore, we found that 0.5% of the children were in the process of rejoining their mother and 1% were returning to their father. There was therefore a significant difference ($\beta = 0.365, R^2 = 0.212, p < 0.001$) between children in institutions and those in foster families regarding the possibility of reintegration with one of the two parents, as perceived by the caregivers. In their view, children

in institutional care would have greater reintegration opportunities than those in foster families.

Table 2. Possibility of reintegration of children with their parents

	No possibility	Very low possibility	Moderate possibility	Possibility under conditions	Strong possibility
Foster care	67%	15%	8%	7%	4%
Institution	49%	15%	12%	11%	13%

We note that despite the social workers’ assessments of the possibility of children’s return to one of the two parents (51% possible returns), when we questioned them about the plans for the children, plans to return to the family were defined in only 28.5% of cases. It should be remembered that these data were only collected for children placed in institutions because the plan for children placed in foster care is generally to remain in foster care.

Table 5: Social worker’s ideas of life plans for children

Reintegration in progress with one of the parents	4.10%	Family reintegration plan 28.5%
Return to the family	23.50%	
Return to the family with boarding	0.90%	
Putting into autonomy	23%	No plan to reintegrate with family 71.5%
Nothing defined	1.30%	
Specialized foster care	0.90%	
Specialized institution (psychiatry, general residential services, etc.)	6.10%	
Adoption	2.20%	
Selected family	8.90%	
Sponsored foster family	2.60%	
Intrafamily fostering	3.90%	
Institution	22.60%	

4 Discussion

The purpose of this article was to assess whether children in institutions had greater reintegration opportunities than those in foster care. Consistent with other studies on the topic, we showed that children with parents who visit regularly and remain present in their lives have more opportunities to reintegrate into their families of origin, regardless of the type of placement (Cantos et al., 1997; Davis et al., 1996; Delfabbro et al., 2002; Haight et al., 2005).

We found that practitioners believe that reintegration opportunities are greater for children in institutions, whereas in reality, the number of children going through the reintegration process is the same as for those in foster families. Despite this

reality, stakeholders believe that children in institutions have more reintegration opportunities (12%) than those in foster care.

Our data confirm that, as children in foster care grow up, their opportunities for reunification with their families decrease (Courtney, 1994; Courtney et Wong, 1996; Finch et al., 1986; Goerge, 1990; Sinclair et al., 2006). One reason for this decrease may be that mothers stop being present in their children's lives after three years of foster care, on average: 10% of mothers stop meeting with their children within the first year of foster care (Chartier et Blavier, 2021). Furthermore, after a certain amount of time in foster care, reintegrating a child back into his or her biological family is tantamount to another traumatic separation that would recreate the trauma of separation from the child's attachment figures, in this case the foster family, often present and stable for many years (Vanderfaellie et al., 2015).

In contrast, there is no significant relationship between age and reintegration opportunities for children in institutions.

However, despite these favorable conditions, when we asked social workers about life plans for children, less than 30% of the children were covered by a possible reintegration plan with one of the parents. The workers therefore believed that, for 70% of the children placed in an institution, a return to the family was unthinkable, which is equivalent to the perceptions of the workers working in family placement services. It should also be noted that the social workers believed that only 8% of the children placed in institutions could be returned to their families, compared to 6% of the children placed in foster care.

We can therefore conclude that the social workers of children in institutions assess the possibilities of reintegration as being higher than those of children in foster care, probably because they have difficulties envisaging that children might spend their whole childhood in an institution. Moreover, when caseworkers are asked about the actual plans for these children, children in institutions do not have higher concrete prospects of returning to their families than children in foster care.

4.1 Implications for practices and policy in the Wallonia-Brussels Federation

4.1.1 Provide real opportunities for family reintegration projects

These results plead for a rethinking of the assistance offered to parents to promote family reunification. It would be appropriate to develop an intensive, multidisciplinary support plan, that is, one that brings together the various players in the disability, youth care and mental health sectors. If possible, it is necessary

to develop such a support plan from the first year a child is taken into care (Chartier et Blavier, 2021).

Our findings and previous research show that incorporating this kind of intensive support plan, which should also address parents' mental health challenges, is essential to promote family reunification. Families that resolve co-occurring issues (substance abuse, domestic violence, housing, and mental health) have better chances of reunification (Farmer et Wijedasa, 2013; Jedwab et al., 2018; Marsh et al., 2006).

In addition, it is necessary to help parents with more practical difficulties (financial stability, childcare, housing assistance). Indeed, practical assistance is the best predictor of reunification success (Berry, 2002; Miller et al., 1984).

Parent-child and family-centered helping programs are much more effective than individual therapies (Brook et al., 2012; Horwitz et al., 2010). In addition, several assistance programs emphasize the effectiveness of group work (Berry et al., 2007; Warsh et al., 1996).

In addition, it is crucial to offer help rather than impose it on parents. Intervention programs that promote free rather than imposed participation have significantly better outcomes in terms of family reunification (Carroll et al., 2001; Chaffin et al., 2011).

In this context, the development of a relationship of trust between the team of workers and the parents with the objective of making them feel valued throughout the intervention is an essential element for the success of the intervention (Kemp et Turnbull, 2014). Too often, parents are in relationships where social workers emphasize their failures and incompetence; the result is that they disengage from the support programs offered to them.

The development of a strong social network around families is another guarantee of success. Studies have shown that a strong social network surrounding the family promotes the achievement and maintenance of reunification (Balsells et al., 2015; Cole et Caron, 2010; Talbot, 2008).

In light of these factors, training for the child's social workers is needed to increase the likelihood of reunification. Indeed, training practitioners in the theoretical and practical principles of intervention has been shown to ensure that intervention strategies and procedures are implemented correctly (Washington State Institute for Public Policy, 2006).

However, at the end of this assistance program, it is essential to decide whether family reintegration is a possible project for the child and, if not, to define a long-term plan other than institutionalization.

4.1.2 Adapt the law to practices on the ground by allowing placements with prospects

These findings confirm the results of a previous study that focused solely on foster families (Chartier and Blavier, 2021). In fact, in the Wallonia-Brussels Federation, the governing legislation explicitly stipulates that any placement must be as short as possible and focus on planning a rapid return to the child's family of origin. The maintenance of the bond with the family of origin throughout the period of placement is thus conceived of on the basis of this final objective. From this point of view, a placement that does not end with a return to the family of origin may be perceived as a failure in terms of the system's goals, even if the child maintains ties with his or her family of origin and/or is thriving in his or her foster family or placement institution. As our results show, 70% of the children placed in the Wallonia-Brussels Federation will not return to live with either of their parents, regardless of the type of placement.

Since the Foster Care Decree of June 29, 2012, the Flemish community has changed its position on the return of children to their families. This Decree recognizes that reunification with the biological parents is not always in the best interests of the child. As a result, reunification is no longer the only expected outcome of the care arrangement. Thus, long-term, stable foster care is possible (Vanderfaeillie et al., 2017).

Just as it is essential to improve the work with parents and children in order to give them real chances to be together again, our results suggest that it is equally important to adapt the legislation to the reality on the ground and to recognize that, for some children – hopefully not all of them – there will be no return to the biological family and that another plan must be made for them. This new plan will have to constitute an element of stability for the child and not a new source of uncertainty about future family choices.

Recall that, when there is a return to the family of origin, it means a new separation that creates a new separation trauma since children lose their attachment figures – their foster families – which are often present and stable for many years (Vanderfaeillie et al., 2015).

All these results show that it is essential to be able to offer children who have no possibility of returning to their original home permanency in their foster care

placement. The principle of permanency was developed in child welfare to promote stability in the child's living environment (Bush et Goldman, 1982).

4.1.3 Provide more foster care and fewer institutional placements

Our results show that it is essential to find other plans for children in institutions and to recruit more foster families who could also take in older children. Belgium is among the worst performers regarding the number of children placed in institutions: 2,950 children are placed in institutions, compared to 2,000 children placed in foster families monitored by a family placement service, that is to say, one-third less than the children placed in institutions (<http://www.aidealajeunesse.cfwb.be>). Thus, the number of children placed in foster care should be significantly increased because, as our data show, for many children, returning to their families is not possible and remaining in an institution is also undesirable.

It is therefore essential to develop a policy of recruiting foster families willing to take in older children. The social workers we met while collecting our data indicated that, after the age of 5 years, it was extremely difficult, if not impossible, to find a foster family.

It is necessary to develop a specific program for the placement of older children, which starts with the recruitment of families ready to invest in this type of project. It is important to think about appropriate approaches to find a match between the foster family and the child (temporary sponsorship, meeting in an institution, etc.). There is little research on foster care for older children, especially since in Belgium, foster care is voluntary. There is, however, more research on the adoption of older children: Berry and Barth (1990) showed that single mothers with children had fewer difficulties than couples when adopting older children. Foster parents aged between 35 and 54 would also be good recruits because this population is more likely to adopt a child (Dave Thomas Foundation for Adoption, 2007). The life experiences of an older parent may also help and guide an older child developing into a young adult (Burrell Cowan, 2004).

5. Strengths and limitations

This study is based primarily on social workers' discourse and assessments. The children, foster families and parents were not questioned on the subject. It would be interesting to complement this research with their points of view about the situation.

It would also be essential to complement this research with a longitudinal study to assess actual family reunifications, the rate of which may be even lower than

the social workers think. In addition, the value of conducting a longitudinal study is that it would allow for the tracking of potential reintegration failures and the comparison of the psychological states of children who reintegrated with their families of origin and those who remained in foster care or in institutions.

Étude 5 : Chartier, S., Knuppel, I., Delhez, C. et Blavier, A. Quel est l'impact du placement intrafamilial sur l'état psychologique des enfants par rapport au placement en famille sélectionnée par les services de placement ?

Abstract

En Fédération Wallonie-Bruxelles, bien que la politique soit de favoriser le placement familial, sur les 7 500 enfants placés, 3 500 enfants sont placés en institution et 3 500 enfants sont placés en famille d'accueil dont seulement 2000 sont suivis par un service de placement familial (Saluwé, 2013). Il existe 3 types de placement en famille d'accueil : les accueils intrafamiliaux (dans la famille avec un lien de parenté avec l'enfant), les familles dites « réseau élargi » (proches de l'enfant ou des parents sans lien de parenté) et les familles sélectionnées (inconnues de l'enfant). Cet article a pour objectif d'identifier si le type de placement influence l'état psychologique des enfants, la qualité de la relation enfant-accueillant ainsi que les perspectives de réintégration dans la famille d'origine.

Cette recherche a été menée au sein des différents services de placement en Fédération Wallonie-Bruxelles (Partie francophone de la Belgique). Nous avons récolté des données pour 572 enfants (soit 30% des enfants suivis par un service de placement familial) en questionnant les intervenants sociaux travaillant au sein des services de placement familiaux.

Nos résultats montrent que les enfants placés en famille sélectionnée (31% de notre échantillon) sont considérés par les intervenants comme se portant légèrement mieux que ceux placés dans une famille intrafamiliale ou proche du jeune. De plus, 42% des placements intrafamiliaux font l'objet de peu de suivi formel par les services, ceux-ci intervenant principalement en situation de crise. C'est pourquoi les résultats de notre étude recommandent que les placements intrafamiliaux fassent l'objet d'une évaluation structurée ainsi que d'un suivi plus systématique et régulier par les services de placement familial, dès la prise de connaissance du placement.

1. Introduction

L'enfant est placé lorsque les autorités de protection de l'enfance ont jugé que les parents n'assuraient pas suffisamment la sécurité et le bien-être de leur enfant (McSherry et al., 2016). Le placement est défini comme la prise en charge d'un enfant qui ne peut plus vivre dans son milieu de vie familial d'origine, pendant une période déterminée (Service public fédéral belge, 2018). Le placement peut également être volontaire. Dans tous les cas, l'enfant placé ne vit plus avec ses parents et est placé dans un autre foyer. Il existe une variété de foyers (Berrick,

1998). Ces foyers peuvent être une institution ou une famille (Swaluë, 2013). Dans cet article, nous aborderons uniquement les enfants placés au sein de famille d'accueil. Chaque type de famille d'accueil se différencie notamment par le lien qui existe (ou non) entre l'enfant et les adultes qui s'en occupent (Jimenez & Palacios, 2008).

Dans la littérature scientifique, les notions de « placement social » et de « placement familial », « relative foster care », « kinship care » ou « kin placement » au sens strict du terme sont souvent confondues. Cela s'explique par le fait que beaucoup de pays (comme le Royaume-Uni et les États-Unis) ne font pas la différence entre les notions de placement chez une personne ayant un lien de parenté avec l'enfant (grands-parents, oncle, tante ...) et de placement chez un proche sans lien de parenté (voisin, ami...) (Farmer, 2009 ; Berrick, 1998). Dans la suite de cet article, nous avons pris la décision de regrouper ces deux concepts sous le terme « placement intrafamilial », pour garantir une meilleure compréhension. Par ailleurs, les placements intrafamiliaux peuvent être formels ou informels (Farmer, 2009 ; Winokur et al., 2009). La plupart des enfants placés chez un proche le sont de façon informelle (Messing, 2006 ; Scannapieco et al., 1997). Le placement informel résulte d'un simple arrangement privé, qui est généralement de plus courte durée et sans encadrement professionnel (Swaluë, 2013). Cela signifie que les dispositifs de protection de l'enfance n'interviennent pas toujours pour conclure les placements auprès de proches. En effet, ceux-ci peuvent avoir lieu pour d'autres raisons que l'abus ou la négligence (Carpenter et al., 2001).

Tous les pays n'ont pas évolué de façon totalement similaire par rapport au placement (Frechon & Dumaret, 2008). Depuis les années 1980, le placement intrafamilial prend de plus en plus d'ampleur dans la majorité des pays (Frechon & Dumaret, 2008). Aux États-Unis, depuis la fin des années 1980 et le début des années 1990, le type de placement le plus courant a changé (Carpenter et al., 2001). En effet, le placement intrafamilial y a connu une forte croissance (Berrick, 1998 ; Cuddeback, 2004). Selon les rapports officiels annuels, 27% des enfants placés vivaient dans une famille d'accueil intrafamiliale en 2011 (U.S. Department of Health and Human Services, 2012). Or ce taux est passé à 32% en 2019 (U.S. Department of Health and Human Services, 2020a). Cela s'explique non seulement par la diminution des familles disponibles désireuses d'accueillir un enfant, mais également par l'augmentation du nombre d'enfants pour lesquels un placement est jugé nécessaire (Beeman et al., 2000 ; Benedict et al., 1996). En effet, de 2012 à 2019, le nombre d'enfants américains placés est passé de 392.000 à 424.000, ce qui représente une augmentation de 8% en 7 ans (U.S. Department of Health and Human Services, 2020b). De plus, la législation a changé, ce qui a permis que les placements intrafamiliaux soient plus formalisés (Strijker et al., 2003). En effet, avant les années 1970, les placements intrafamiliaux existaient

uniquement de façon informelle. Ces changements ont contribué à l'évolution positive du regard et des attitudes des travailleurs sociaux envers les placements intrafamiliaux (Berrick, 1998 ; Ehrle & Geen, 2002). Les agences de protection de l'enfance ont alors commencé à prioriser de plus en plus le placement intrafamilial, en considérant les parents d'accueil intrafamiliaux comme une ressource très importante (Scannapieco & Hegar, 2002 ; Berrick et al., 1994 ; Font, 2014).

Les différents facteurs expliquant l'augmentation des placements intrafamiliaux aux États-Unis sont également présents dans d'autres pays, comme aux Pays-Bas (Strijker et al., 2003). Le taux de placements intrafamiliaux concernait 33% des placements en famille d'accueil en 2007 aux Pays-Bas (Strijker, 2009). En Italie, le placement intrafamilial est également fréquent (Tillard et al., 2018), concernant 26% des enfants placés en dehors de leur foyer familial en 2006 (Thoburn, 2007). L'Australie, quant à elle, obtenait en 2011 un taux de 45,9% par rapport à tous les enfants placés (Osborn & Bromfield, 2007 cités par Hélie et al., 2015). Dans différents pays, des données officielles concernant les placements intrafamiliaux sont donc disponibles. Néanmoins, étant donné que les placements intrafamiliaux étaient majoritairement informels, nous disposons de peu de données pour mettre en évidence cette augmentation. De plus, étant donné qu'encore aujourd'hui, le placement intrafamilial n'est pas toujours formalisé, il est difficile d'avoir accès à des chiffres précis (Jimenez & Palacios, 2008). Ces chiffres représentent donc probablement une sous-estimation du nombre d'enfants placés chez un proche.

Au Royaume-Uni, il existait déjà une tradition d'accueil d'enfants par d'autres membres de la famille quand les parents ne pouvaient plus s'en occuper (Farmer, 2009). Ces placements sont, pour la plupart, mis en place sans qu'interviennent les dispositifs de protection de l'enfance. À côté de cela, le nombre de placements intrafamiliaux formels est en constante augmentation (Broad, 2004). Au cours des années 2000, différentes lois concernant le placement intrafamilial ont été adoptées. Ces lois imposent la prise en compte de la famille élargie avant d'engager des procédures de placement en famille d'accueil sélectionnée. Au Québec, quand c'est possible, le placement chez un membre de l'entourage est l'option à privilégier depuis 2007, année au cours de laquelle la loi sur la protection de la jeunesse a été modifiée. Le taux d'enfants faisant l'objet d'un placement intrafamilial est passé de 25% à 33% après la modification de cette loi (Turcotte et al., 2011). En Suède, depuis 1999, les autorités sociales doivent aussi envisager le placement intrafamilial (Hedin et al., 2011 ; Backe-Hansen et al., 2013). De plus, la loi suédoise indique que le lien entre l'enfant et sa famille biologique doit être maintenu pendant le placement, si cela respecte l'« intérêt supérieur de l'enfant » et le souhait de l'enfant. De 2000 à 2010, en Suède, le taux d'enfants placés chez un proche par rapport aux enfants pris en charge en général (que ce soit en institution ou en famille d'accueil) est passé de 9% à 21% (Backe-

Hansen et al., 2013). En Espagne, c'est en 1987 que le Code civil a été réformé, créant officiellement le placement intrafamilial (Del Valle et al., 2009). Cette nouvelle législation a facilité le placement intrafamilial, qui existait depuis longtemps de manière informelle. Elle l'a même recommandé en tant que mesure de protection préférentielle pour les enfants qui ne peuvent plus vivre avec leurs parents biologiques. En 2002, déjà 47% des enfants placés étaient pris en charge par un membre de leur entourage.

En Belgique, depuis 1991, la législation en matière de protection de l'enfance a quitté le giron fédéral pour devenir une compétence communautaire. Il existe 3 communautés (néerlandophone, germanophone, française appelée Fédération Wallonie-Bruxelles). La Fédération Wallonie-Bruxelles favorise aussi le recours à des familles d'accueil issues du milieu intrafamilial du jeune (2/3 des situations des enfants placés en famille d'accueil) ainsi qu'à des familles bénévoles sélectionnées par les services de placement (1/3 des situations des enfants placés) (Chartier & Blavier, 2021). Bien que la politique soit de favoriser le placement familial, sur les 7 500 enfants placés en fédération Wallonie-Bruxelles, 3 500 enfants sont placés en institution et 3 500 enfants sont placés en famille d'accueil dont seulement 2000 sont suivis par un service de placement familial (Saluwé, 2013).

L'enfant peut être également placé dans une famille sélectionnée qui n'a aucun lien avec l'enfant (Service public fédéral, 2018). Ces parents d'accueil ont dû être agréés par les autorités locales de la protection de l'enfance (Font, 2014). Ces placements sont donc toujours formels. La famille d'accueil sélectionnée peut être bénévole ou professionnelle. En Belgique, comme aux Pays-Bas et en Espagne, les familles d'accueil sont bénévoles. Cela signifie qu'elles peuvent recevoir une aide financière pour subvenir aux besoins de l'enfant accueilli, mais qu'elles ne sont pas rémunérées en tant que telles (Fédération des Services d'Accompagnement en Accueil Familial, 2021 ; Strijker, 2009 ; Jimenez & Palacios, 2008). Par contre, en France, les familles d'accueil sont dites professionnelles. Être parent d'accueil (ce qu'on appelle « *assistant d'accueil* » en France) est donc considéré comme une activité professionnelle. L'assistant familial reçoit donc une rémunération en fonction du nombre d'enfants qu'il accueille et de la durée de leur accueil (Service-Public, 2020). Son employeur peut d'ailleurs refuser que l'assistant familial ait une autre activité professionnelle si celle-ci n'est pas jugée compatible avec l'accueil d'enfants (Légifrance, s. d.). De plus, l'assistant familial a droit à des congés. Pour cela, il doit obtenir l'accord de son employeur. Ce dernier accepte ou non sa demande en fonction des besoins de l'enfant, des souhaits de la famille d'accueil et des possibilités d'accueil temporaire auprès de ses parents biologiques. En ce qui concerne l'Italie, les deux formes de familles d'accueil sélectionnées existent (Tillard et al., 2018). D'une part, les familles d'accueil peuvent être bénévoles. Cela signifie, comme en

Belgique, qu'elles font des démarches auprès des services sociaux et qu'elles sont évaluées sur leur motivation et leurs capacités à accueillir un enfant avant de recevoir une formation. Elles reçoivent également une aide financière pour les frais qu'engendre l'accueil d'enfant, mais ne sont pas rémunérées. D'autre part, l'accueil familial peut être professionnel, comme le sont les assistants familiaux en France. En pratique, un couple ou un adulte seul soutenu par plusieurs éducateurs accueille plusieurs enfants dans un petit habitat collectif appelé « *casa famiglia* » (« *maison familiale* » en français). Néanmoins, ce type d'accueil est peu courant en Italie.

Les caractéristiques personnelles des familles d'accueil intrafamiliales sont différentes de celles des parents d'accueil sélectionnés. Les familles d'accueil intrafamiliales sont plus susceptibles, que les parents d'accueil sélectionnés, d'être monoparentales, sans emploi, plus âgées, plus pauvres, moins éduquées, en moins bonne santé physique et mentale, de louer leur maison et de vivre dans des conditions de surpeuplement (Berrick et al., 1994 ; Scannapieco et al., 1997 ; Ehrle & Geen, 2002 ; Holtan et al., 2005 ; Chartier, 2018). Elles ont également plus de risques qu'il y ait un passé de violence et qu'il y ait actuellement d'autres adultes qui consomment de l'alcool ou de la drogue au sein du foyer. De plus, les quartiers de ces familles connaissent significativement plus de violences liées au trafic ou à la consommation de drogues (Berrick, 1998). En raison de ces différents éléments, les familles d'accueil intrafamiliales ont potentiellement moins de temps et de ressources pour s'occuper de leur enfant. Par conséquent, les enfants placés au sein de ces familles doivent faire face à plus de difficultés que les enfants placés en famille d'accueil sélectionnée. Par ailleurs, les compétences parentales de ces familles sont remises souvent en cause (Gray & Nybell, 1990). En effet, il existe une crainte que le manque de compétences parentales de la famille d'origine soit généralisé aux autres personnes de la famille. Enfin, les parents d'accueil des familles d'accueil intrafamiliales doivent modifier leur relation initiale avec l'enfant (Jimenez & Palacios, 2008). En effet, en prenant en charge l'enfant, ces parents endossent de nouvelles responsabilités ainsi que de nouveaux rôles vis-à-vis de celui-ci. En outre, ils se retrouvent aussi dans une position délicate, car ils doivent fixer certaines limites quant aux visites avec les parents biologiques, alors qu'ils sont proches de ces derniers (Jimenez & Palacios, 2008).

Le placement en famille d'accueil intrafamiliale présente par ailleurs certains avantages par rapport au placement en dehors de la famille (Cuddeback, 2004 ; Farmer, 2009). Le fait de prioriser les placements en famille d'accueil intrafamiliale a notamment pour but de minimiser la rupture affective et de réduire le traumatisme de la séparation liée aux parents biologiques (Hélie et al., 2015 ; Messing, 2006). Le placement d'un enfant au sein d'une famille étant plus dans la norme, c'est donc moins stigmatisant pour l'enfant (Messing, 2006). Il

engendre moins de changements d'habitude pour l'enfant, car celui-ci connaît déjà la personne qui le prend en charge. Il permet à l'enfant de rester en contact avec d'autres membres de sa famille et de continuer à vivre dans le même environnement socioculturel. Ce type de placement permet également à l'enfant de conserver son identité familiale. Tous ces éléments permettent donc de réduire le stress engendré par le placement (Hegar, 1999 cité par Cuddeback, 2004 ; Turcotte et al., 2011 ; Broad, 2004). De plus, dans le cas des placements en famille d'accueil intrafamiliale, les enfants ont des contacts beaucoup plus fréquents avec leurs parents biologiques ainsi que leurs frères et sœurs (Berrick et al., 1994).

De plus, les familles d'accueil intrafamiliales s'investissent davantage dans la situation familiale de l'enfant que les parents d'accueil sélectionnés, en tout cas au début de l'accueil (Font, 2014). Un autre avantage du placement en famille d'accueil intrafamiliale est que l'enfant peut rester placé après sa majorité (Iglehart, 1995). Par ailleurs, les placements en familles d'accueil intrafamiliales garantissent une plus grande stabilité (Messing, 2006 ; Iglehart, 1994). Il est ressorti d'une revue de la littérature sur le placement intrafamilial dans les pays nordiques et autres pays européens de 1980 à 2009 que les placements en familles d'accueil intrafamiliales étaient plus stables que les placements en familles d'accueil sélectionnées (Backe-Hansen et al., 2010). Ce résultat confirme les découvertes faites par Berrick et al. (1994) qui révèlent que les placements en famille d'accueil intrafamiliale duraient plus longtemps, étaient plus stables et donnaient moins souvent lieu par la suite à une réunification de l'enfant et sa famille biologique, que les placements en familles d'accueil sélectionnées. Cet élément est important, car l'instabilité du placement comporte de nombreux effets négatifs sur l'état de l'enfant (Holtan et al., 2013).

L'impact du placement sur les enfants a beaucoup été étudié. Ces études, menées dans différents pays, ont souvent mis en évidence de nombreux effets négatifs à court et à long terme sur les enfants. On peut notamment citer : un risque important d'avoir une faible estime de soi (Ackerman & Dozier, 2005), un faible réseau relationnel, de ne pas avoir de diplôme (Frechon & Dumaret, 2008), d'avoir des problèmes de santé mentale (Holtan et al., 2013), ainsi que des difficultés émotionnelles et comportementales (Dixon, 2008 ; Meltzer et al., 2003 ; Osborn & Bromfield, 2007). Néanmoins, ces résultats posent problème notamment, car les enfants placés ne représentent pas une population homogène (Munro et al., 2005). En effet, de nombreuses variables différencient les enfants placés les uns des autres. Ces variables sont par exemple : leur âge au début du placement, leur lien avec leur(s) parent(s) d'accueil, ainsi que la durée et le nombre de placement(s) qu'ils ont vécus. Peu d'études ont évalué les enfants en placement intrafamilial (Farmer, 2009 ; Iglehart, 1994 ; Broad, 2004 ; Berrick et al., 1994) et encore moins d'études ont comparé l'impact du placement

intrafamilial et du placement en dehors de la famille sur le bien-être et le devenir des enfants (Benedict et al., 1996 ; Le Prohn, 1994).

Parmi les rares recherches sur cette problématique, une étude qui a comparé l'attachement des enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale et en famille d'accueil sélectionnée (McSherry et al., 2016) n'a pas observé de différences au niveau de l'attachement entre les enfants placés dans les deux types de familles. Pour la majorité des enfants de cette étude, le score d'attachement sécurisé était élevé. Cela provient très probablement du fait que les sujets de cette étude ont été placés dès leur plus jeune âge et que ce placement a duré longtemps. En effet, le placement précoce et long permet la création d'un attachement nouveau et durable, autant dans le cadre de placements intrafamiliaux que de placements en dehors de la famille (McSherry et al., 2013).

McSherry et al. (2016) n'ont identifié aucune différence significative au niveau de l'estime de soi entre les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale et les enfants placés en famille d'accueil sélectionnée. La plupart des enfants de cette étude avaient développé une image d'eux-mêmes aussi positive, voire meilleure que les enfants de la population tout venant. Rappelons que tous les enfants de cette étude connaissaient un placement de longue durée depuis leur enfance. Selon les données recueillies dans l'étude, les relations entre les enfants et leurs parents d'accueil étaient basées principalement sur l'amour et l'affection mutuels. Ackerman et Dozier (2005) constatent par contre qu'un grand pourcentage d'enfants placés ont une mauvaise estime d'eux-mêmes qui provient du sentiment d'abandon provoqué suite au placement, des expériences précoces de mauvais traitement et/ou de l'instabilité du placement. Ils observent néanmoins que l'estime de soi des enfants placés en famille d'accueil s'améliore s'ils ont des personnes qui s'occupent d'eux, s'investissent pleinement au niveau émotionnel, leur offrent de la sécurité et de la sensibilité.

L'office des statistiques nationales en Angleterre a publié en 2002 un rapport d'enquête sur la santé mentale des enfants placés (Meltzer et al., 2003). Il en est notamment ressorti que 40% des enfants placés en dehors de la famille souffraient d'un trouble mental, alors que pour les enfants placés au sein d'une famille d'accueil intrafamiliale, ce taux était de 32%. Les résultats d'autres études vont également dans ce sens. Benedict et al.(1996) ont mis en évidence que 71% d'enfants pris en charge par une famille d'accueil sélectionnée avaient des problèmes de santé mentale telles que la dépression ou de l'anxiété, alors que ce taux était de 39% pour les enfants placés chez un proche. De plus, des problèmes de comportement ont été plus souvent signalés chez les enfants placés en dehors de la famille (Benedict et al., 1996). De son côté, Iglehart (1994) a mis en évidence qu'il n'existait pas de différence en moyenne entre les deux groupes, mais que les adolescents placés en famille d'accueil intrafamiliale souffraient moins d'un

grave problème de santé mentale. De même, Holtan et al. (2005) ont montré que 52% des enfants placés en famille d'accueil sélectionnée avaient des problèmes émotionnels et comportementaux, contre seulement 36% des enfants placés chez un proche compris dans leur échantillon. Ce résultat est confirmé par une autre étude (Berrick et al., 1994), qui a montré que les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale avaient significativement moins de problèmes de comportement que les enfants placés dans une famille d'accueil sélectionnée.

Il ressort principalement de la littérature que le placement en famille d'accueil intrafamiliale est plus positif sur toute une série de facteurs. Notre recherche a eu pour objectif d'analyser si nous observons les mêmes différences en Fédération Wallonie-Bruxelles (partie francophone de la Belgique) que celles observées dans la littérature.

2. Méthodologie

I. Échantillon et données

Nous avons récolté des données pour 572 enfants placés à la date du 30/06/2017, soit 30% de tous les dossiers pris en charge par les Services de placement familiaux en charge des suivis à moyen et long terme en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les dossiers étaient sélectionnés de manière aléatoire.

II. Procédure

Tous les services de placement familial ont accepté de participer à cette recherche. Nous avons passé une journée dans chaque service de placement familial (17 services) pour rencontrer les intervenants sociaux présents, après avoir obtenu leur consentement écrit. Trente situations par service étaient sélectionnées par tirage au sort et une grille codant différents types d'informations était remplie en direct avec l'intervenant social. Les données récoltées sont :

- Le type de famille dans laquelle l'enfant est placé : famille d'accueil intrafamiliale, réseau élargi ou sélectionnée.
- Le lien de parenté ou de connaissance avec l'enfant placé en famille d'accueil intrafamiliale ou réseau élargi.
- Un score de 1 à 10 remis sur base d'un référentiel par les intervenants sur la qualité de la relation entre la famille d'accueil et l'enfant, l'état psychologique de l'enfant ainsi que les possibilités de réintégration.

Nous avons également mené un entretien semi-structuré avec les intervenants sociaux sur leurs perceptions des visites parents-enfants et de leur travail avec les parents.

III. Analyses statistiques

Après une analyse des statistiques descriptives, nous avons utilisé le logiciel SPSS pour identifier les variables qui pourraient s'influencer mutuellement ainsi que leur valeur prédictive en effectuant des analyses de régression simple et multiple. Les régressions ont été considérées comme significatives à partir de $p < 0,05$.

3. Résultats

Notre échantillon est constitué de 572 enfants (286 filles et 286 garçons). 31% des enfants de l'échantillon sont placés dans des familles d'accueil sélectionnées tandis que près 69% des enfants sont placés dans l'entourage de l'enfant (voir tableau 1). Parmi les 69% des enfants placés dans l'entourage, 52% des enfants le sont dans une famille d'accueil intrafamiliale c'est-à-dire avec un lien de parenté avec l'enfant (grands-parents, sœur, oncle, tante, cousin...). Dans 43% des placements intrafamiliaux, les intervenants sont mis devant le fait accompli du placement, c'est-à-dire que les parents ont confié d'eux-mêmes leurs enfants à un membre de leur famille sans en informer les services sociaux, et que les enfants vivent donc en général depuis un certain temps dans la famille d'accueil. Dans ces cas de figure, les autorités interviennent lorsque la famille d'accueil demande une régularisation du placement, soit pour des raisons financières, soit de peur que les parents 'instables' ne les reprennent.

17% des enfants des 69% sont placés dans une famille qui n'a pas de lien de parenté appelée « réseau élargi », mais qui fait partie, soit de l'entourage des parents (amis, voisins ...), soit de l'entourage de l'enfant (institutrice, éducatrice, famille de parrainage, ami de l'enfant ...) (voir tableaux 1 et 2).

Sélectionnée par le service de placement	31%
Entourage de l'enfant	69%
Intrafamilial	52%
Réseau élargi	17%

Dans 52% des placements intrafamiliaux, ce sont les grands-parents qui accueillent leurs petits-enfants. 31,5% sont accueillis du côté maternel et 20% du côté paternel (voir tableau 2). Ensuite, ce sont les tantes qui accueillent leurs neveux et nièces à raison de 17% de l'échantillon. Nous pouvons constater que dans 11,7% des cas, ce sont des connaissances de parents (amis, voisins, parrain et marraine) qui accueillent les enfants placés dans une famille dite « réseau élargi ». Ensuite viennent les familles rencontrées par le jeune lui-même (9%), il faut entendre par là des familles que le jeune a rencontrées au fil de son parcours ou chez qui il est allé en parrainage, c'est-à-dire des familles qui l'accueillaient

un ou deux week-ends par mois lorsqu'il était placé en institution. Ces cas de figure peuvent être assez variés, le parent accueillant pouvant alors être un éducateur, un infirmier, un instituteur, etc. qui ont eu un coup de cœur pour l'enfant et entrepris des démarches pour l'accueillir (Tableau 2).

Tableau 2 : Lien de parenté ou connaissance avec l'enfant (n= 387, 69% de l'échantillon)	
Arrière-grand-mère maternelle	0,3%
Grands-parents paternels	20,4%
Grands-parents maternels	31,5%
Oncle – Tante	16,5%
Voisins	2,1%
Amis	7,5%
Parrain - Marraine	2,1%
Entourage du jeune	5,4%
Grand-tante	4,7%
Famille de parrainage	3,4%
Frère – sœurs	1,6%
Cousine	1,3%
Famille - SPJ/SAJ	1,6%
Famille d'accueil d'un des parents	0,5%
Ancienne famille d'accueil d'urgence	1,3%
Total	100%

Les intervenants interrogés estiment que 73% des enfants placés en famille d'accueil ont un bon état psychologique, tandis que 27% des enfants souffrent de troubles psychologiques importants nécessitant une prise en charge par un spécialiste (voir tableau 3).

Tableau 3 : État psychologique des enfants placés évalués par les intervenants (n=568)	
Aucun trouble psychologique	27,47%
Légers troubles ne nécessitant pas un suivi	45,6%
Troubles psychologiques importants	17,25%
Gros troubles nécessitant un suivi par un pédopsychiatre	7,92%
Troubles généralisés et envahissants	1,76%

La qualité des relations entre les enfants et accueillants de famille d'accueil est bonne dans 83% des cas. Les relations sont mauvaises dans 3% des familles (voir tableau 4).

Tableau 4 : La qualité de relation enfant et la famille d'accueil évaluée par les intervenants (n=568)	
Excellente	53,43%
Bonne, mais pas adéquate	30,47%
Neutre	13,15%
Pas bonne	2,45%
Toxique	0,5%

Nous constatons que les intervenants ont une vision très pessimiste des possibilités de réintégration de l'enfant dans sa famille biologique. Il y a seulement 5,62% des enfants pour lesquels les intervenants estiment qu'elle serait tout à fait envisageable. Pour 79% des enfants, les intervenants estiment qu'il n'y a aucune possibilité de réintégration dans le milieu familial d'origine (voir Table 5).

En outre, dans notre échantillon, seulement 2% des enfants sont dans un processus de réintégration chez un des deux parents biologiques au moment de la collecte de données.

Possibilités de réintégration tout à fait envisageables	0,56%
Possibilités de réintégration envisageables moyennant certaines conditions	5,62%
Possibilités de réintégration moyennes	3,93%
Possibilités de réintégration très faibles	12,92%
Aucune possibilité de réintégration	79,21%

		La qualité des relations enfant-accueillants évaluée par les intervenants	L'état psychologique de l'enfant évalué par les intervenants	Possibilité d'une réintégration évaluée par les intervenants
Famille intrafamiliale n=295	Moyenne	7,06 σ =1,459	6,27 σ =1,541	2,31 σ =2,821
Famille réseau élargi n=99	Moyenne	6,97 σ =1,594	6,18 σ =1,549	1,23 σ =2,217
Famille sélectionnée n=177	Moyenne	7,63 σ =1,487	6,66 σ =1,617	1,02 σ =2,022

Nos analyses statistiques de régression montrent que la qualité de la relation enfant-accueillant constitue un facteur prédictif significatif de l'état psychologique de l'enfant ($\beta = 0,525$, $R^2 = 0,275$, $p < 0,001$). Le type de famille a aussi un effet prédictif significatif de l'état psychologique ($\beta = 0,101$, $R^2 = 0,010$, $p < 0,016$), les enfants placés en famille d'accueil sélectionnée ayant en moyenne un état psychologique significativement meilleur que les enfants placés dans leur entourage. Par contre, le lien de parenté de la famille d'accueil (voir tableau 2) avec l'enfant n'est pas significativement prédictif de l'état psychologique des enfants ($\beta = 0,13$, $R^2 = 0,000$, $p < 0,806$).

Nos données montrent en outre que le type de famille est un facteur significativement prédictif de la qualité des relations entre l'enfant et sa famille

d'accueil ($\beta = 0,156$, $R^2 = 0,024$, $p < 0,001$). Les familles sélectionnées ont en moyenne une meilleure qualité de relation que les autres. Les familles « réseau élargi » ont en moyenne une moins bonne qualité de relation enfants-accueillants par rapport aux autres types de familles (voir tableau 6). Il n'y a pas de lien significatif entre le lien de parenté et la qualité de la relation avec l'enfant ($\beta = 0,39$, $R^2 = 0,020$, $p < 0,450$). La qualité de la relation enfant-accueillant n'est pas un facteur significativement prédictif des possibilités de réintégration de l'enfant chez un de ses deux parents ($\beta = -0,071$, $R^2 = 0,005$, $p < 0,089$).

Le type de famille est également significativement prédictif des possibilités de réintégration ($\beta = -0,229$, $R^2 = 0,052$, $p < 0,001$). Les enfants placés dans le milieu intrafamilial ont des possibilités de réintégration un peu plus élevées que les autres. Le lien de parenté apparaît comme significativement prédictif des possibilités de réintégration de l'enfant chez l'un de ses deux parents ($\beta = -0,201$, $R^2 = 0,040$, $p < 0,001$). Plus le placement a lieu dans le cercle proche (grands-parents, oncle et tante), plus les perspectives de réintégration sont hautes, tout en restant tout de même extrêmement basses.

4. Discussion

Bien que peu d'études ont adopté cet angle de recherche, nos résultats divergent de celles qui ont comparé ces deux types de placement. Nos résultats montrent que les enfants placés en famille d'accueil sélectionnée ont un meilleur état psychologique que les enfants placés dans une famille d'accueil intrafamiliale.

Plusieurs auteurs ont avancé différentes hypothèses pour expliquer le fait que les enfants semblent se porter mieux lorsqu'ils sont placés dans une famille d'accueil intrafamiliale par rapport à une famille d'accueil sélectionnée. Berrick et al. (1994) ont analysé l'état psychologique des enfants placés dans ces deux types de famille en comparant le recours des enfants aux soins de santé. Ces auteurs ont mis en évidence que 15% des enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale et 25% des enfants placés en famille d'accueil sélectionnée ont des besoins médicaux spécifiques. Les enfants placés en famille sélectionnée recevaient également plus de soins des services de santé mentale.

Toutes ces différences peuvent trouver en partie leur explication dans le fait que les familles d'accueil intrafamiliales ne sont pas encadrées de la même manière par les services de protection de l'enfance que les familles d'accueil sélectionnées (Scannapieco & Hegar, 2002). Elles reçoivent moins d'aide et de services (tels que des groupes de soutien et des formations) (Berrick et al., 1994 ; Scannapieco et al., 1997 ; Jimenez & Palacios, 2008). Elles ont moins de contacts avec les travailleurs sociaux et sont moins supervisées. Benedict et al. (1996) ont émis l'hypothèse que parce que les familles d'accueil intrafamiliales bénéficient de moins de services et sont moins supervisées, elles recourent moins rapidement et

facilement aux services de santé mentale. En outre, même quand les familles d'accueil intrafamiliales sont suivies par un service de protection de l'enfance, celles-ci ont tendance à moins recourir aux intervenants sociaux, probablement car elles voient plus les intervenants au prisme de leur rôle d'évaluateurs qui potentiellement pourraient leur reprendre l'enfant, que dans un rôle d'aide et de support susceptible de les accompagner dans les difficultés qu'elles rencontrent avec l'enfant et dans leur fonctionnement familial en général (Le Prohn, 1994).

De plus, les familles d'accueil intrafamiliales reçoivent en général moins d'argent par rapport aux parents d'accueil sélectionnés. Certaines familles d'accueil intrafamiliales ne remplissent pas toujours les conditions pour recevoir une aide financière (Ehrle & Green, 2002) notamment, car la majorité des placements intrafamiliaux sont informels et par conséquent, les enfants ne sont pas suivis par les agences de protection de l'enfance (Messing, 2006). Ce manque de ressources financières a également pour conséquence que ces familles recourent moins aux services de santé mentale.

Berrick et al. (1994) et Le Prohn (1994) expliquent la différence d'état psychologique entre les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale et les enfants placés en famille d'accueil sélectionnée, par les attitudes différentes des deux types de famille face aux comportements de l'enfant. Les familles d'accueil intrafamiliales ont une vision plus positive de l'enfant et de ses comportements, ce qui les pousse à nier ses problèmes et difficultés. Alors que les parents d'accueil sélectionnés qui sont plus formés et supervisés pathologisent plus rapidement l'enfant et identifient plus facilement ses besoins. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que ceux-ci ont un point de vue extérieur au fonctionnement familial et identifient des comportements problématiques alors qu'au sein de la famille, ces comportements sont plus dans la norme familiale.

Enfin, les parents d'accueil, qu'ils soient de famille sélectionnée ou intrafamiliale, ne semblent pas être des observateurs objectifs quant à l'état psychologique de l'enfant qu'ils accueillent (Berrick et al., 1994). Les études qui prennent en compte le point de vue des familles et celui des enfants (de façon directe ou indirecte) montrent que le placement intrafamilial semble être plus positif pour les enfants (Holtan et al., 2005 ; Benedict et al., 1996). Tandis que les études qui prennent en compte le point de vue des enseignants ne constatent aucune différence entre les deux types de placement (Font, 2014). Cela met en évidence la nécessité d'une évaluation par un observateur externe de l'état psychologique des enfants placés chez un membre de la famille et des enfants placés en dehors de la famille (Berrick et al., 1994).

Cela expliquerait également pourquoi très peu de différences ont pu être établies entre le fonctionnement des enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale et

celui des enfants placés en famille sélectionnée à l'âge adulte. En 1996, Benedict et al. n'ont identifié aucune différence à l'âge adulte entre les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale et ceux placés en famille d'accueil sélectionnée concernant la santé physique et mentale, le niveau d'éducation, l'emploi et les revenus.

D'autres explications au fait que les enfants placés en familles d'accueil sélectionnées aient significativement un meilleur état psychologique évalué par les intervenants peuvent provenir du contexte belge en lui-même. Les enfants placés en famille d'accueil sélectionnée sont placés à un âge moyen de 2 ans tandis qu'en famille d'accueil intrafamiliale ils le sont à 3,15 ans (Chartier, 2018).

Plus l'enfant est placé tôt, plus celui-ci peut récupérer un attachement sécurisé et identifier ses parents suppléants comme des figures d'attachement stables et sécurisantes qui lui apportent un environnement ainsi que les conditions de vie adéquates à son épanouissement (Zeanah et al., 2017 ; van den Dries et al., 2009). C'est une des raisons pour lesquelles les services de placement en Fédération Wallonie-Bruxelles privilégient les placements en famille d'accueil sélectionnée pour les enfants plus jeunes. Cette raison est renforcée par le fait que les familles d'accueil sont en général réticentes à accueillir un enfant plus grand ou un adolescent, car selon elles, ce dernier aurait de moins bonnes capacités pour s'adapter à un nouveau fonctionnement familial par rapport à un enfant plus jeune (Potin, 2009). En outre, les services sélectionnent les enfants candidats à l'accueil par une famille sélectionnée en excluant les enfants qui présentent des difficultés relationnelles ou mentales trop importantes (Chartier, 2018). Alors que cette sélection n'existe pas pour les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale. De plus, en Fédération Wallonie-Bruxelles, nous avons constaté que 43% des placements intrafamiliaux sont mis en place *de facto* sans que les autorités interviennent. Celles-ci sont intervenues après que le placement ait pris cours suite à une demande de régularisation du placement par la famille d'accueil, soit pour des raisons financières, soit de peur que les parents biologiques 'instables' ne reprennent l'enfant. Rappelons également que 2000 placements d'enfants sont suivis par les services de protection de l'enfance, mais tous ne bénéficient pas d'un accompagnement spécifique par un service de placement familial, car il y a trop peu de places dans les services de placements familiaux. Les autorités doivent donc procéder à une sélection des enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale qui vont bénéficier d'un accompagnement par un service de placement. Assez logiquement, les autorités réservent ces accompagnements aux situations plus compliquées et difficiles.

Nous constatons également que les enfants placés au sein du réseau élargi, c'est-à-dire des familles connues de l'enfant, mais sans lien de parenté, sont perçus par les intervenants comme allant un peu moins bien que les enfants placés en familles

d'accueil sélectionnées et intrafamiliales. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses pour expliquer cette différence. La première concerne l'âge des enfants placés dans ce type de famille qui le sont en moyenne plus tard que les autres, à presque 5 ans (Chartier, 2018). Ils ont donc probablement été plus exposés à la maltraitance et à la négligence, ce qui influence fortement l'état psychologique de ces enfants (McMillen et al., 2005 ; Pecora et al., 2003 ; Salazar et al., 2013). De plus, ceux-ci ont probablement connu plus d'instabilité au niveau du placement, facteur qui a également un fort impact sur l'état psychologique des enfants (Rubin et al., 2007 ; Newton et al., 2000). Enfin, les familles du réseau élargi se proposant souvent de manière réactive face à la situation d'une famille ou d'un enfant, elles n'ont pas comme projet de devenir famille d'accueil. Elles ne suivent pas le même processus d'accompagnement que les familles sélectionnées et sont par conséquent moins bien préparées aux difficultés comme aux conséquences, ce qui peut rendre ces placements plus difficiles.

Nos résultats confirment que le placement intrafamilial favorise le maintien du lien avec les parents biologiques et augmente très légèrement les possibilités de retour en famille d'origine, bien que celles-ci restent extrêmement basses (Chartier & Blavier, 2021). Il est cependant important de souligner que les critères pour s'orienter vers un placement en famille d'accueil sélectionnée sont d'une part l'absence des parents, et de l'autre l'impossibilité d'envisager un projet de réintégration familiale à court terme. Les enfants sont donc placés en famille d'accueil sélectionnée pour de plus longues durées que les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale. Plusieurs études montrent que plus les enfants placés en famille d'accueil grandissent, plus leurs possibilités de réunification avec leur famille diminuent (Courtney, 1994 ; Courtney & Wong, 1996 ; Finch et al., 1986 ; Goerge, 1990 ; Sinclair et al., 2006). Ceci est expliqué en partie par le fait que plus les enfants grandissent, plus les parents disparaissent de leur vie. Rappelons que nous avons d'ailleurs observé que 10% des mères cessent de rencontrer leurs enfants au cours de la première année de placement (Chartier & Blavier, 2021). De plus, après un certain temps de placement en famille d'accueil, nous avons constaté que les intervenants se retrouvent confrontés à un dilemme : doivent-ils s'engager dans un processus de réintégration alors que l'enfant a développé des liens d'attachement sécurisé avec sa famille d'accueil (Gauthier et al., 2004) ? En effet, engager un tel processus de réintégration équivaldrait à une nouvelle séparation traumatique qui recréerait le traumatisme de la séparation avec les figures d'attachement de l'enfant et s'avérerait souvent délétère pour les enfants (Vanderfaeillie et al., 2015).

5. Implication pour les travailleurs sociaux

Même si le placement intrafamilial présente des avantages pour l'enfant, les parents des familles d'accueil intrafamiliales ont moins de moyens, de ressources

ainsi que de soutien de la part des services de protection de l'enfance (Farmer, 2009). Il est donc nécessaire de repenser les programmes de protection de l'enfance pour offrir des services plus équitables (Scannapieco & Hegar, 2002). En effet, les agences de protection de l'enfance ont eu pour habitude de travailler avec les familles d'accueil sélectionnées (Scannapieco & Hegar, 2002). Cependant, depuis quelques dizaines d'années, le recours au placement en famille d'accueil intrafamiliale augmente. Il est donc nécessaire de mieux comprendre les besoins de ces familles d'accueil intrafamiliales afin de développer des politiques adaptées et des services d'accompagnement spécifiques qui les soutiennent et veillent au bien-être des enfants placés au sein de ces familles d'accueil (Ehrle & Green, 2002).

Cependant, étant donné que ces familles vont avoir tendance à moins signaler les difficultés (Berrick et al., 1994), il serait indispensable de procéder à une évaluation du milieu intrafamilial et de mettre en place un plan de soutien, car ces familles sont très souvent en proie à de multiples difficultés. Il serait également indispensable de mettre en place un suivi par un service de placement spécialisé dès la connaissance de ce placement, les services de protection de l'enfance étant mis devant le fait accompli dans 43% des cas. Il est en effet beaucoup plus facile de fixer un cadre et des modalités d'intervention en dehors d'une période de crise. Si par la suite, ce suivi ne s'avérait plus nécessaire, celui-ci pourrait être arrêté ou suspendu.

Les familles d'accueil « réseau élargi » devraient systématiquement suivre le même processus que les familles d'accueil « sélectionnées » afin de vérifier que celles-ci puissent mûrir le projet et prendre le temps de mesurer toutes les répercussions que ce dernier pourrait avoir sur leur famille.

Enfin, plusieurs pays ont développé des politiques de formation des familles d'accueil (Berrick et al., 1994 ; Scannapieco et al., 1997 ; Jimenez & Palacios,). Actuellement, en Fédération Wallonie-Bruxelles, il existe quelques formations données de manière *ad hoc* dans les services, mais il ne s'agit pas d'un plan de formation systématique, complet et continu pour toutes les familles. Ces formations qui devraient porter notamment sur le développement de la sensibilité parentale (Saint-Pierre, 2016) favorisent la réussite du placement et donc la stabilité (Berger, 2014) de celui-ci.

Il serait donc indispensable d'établir un plan de formation systématique et continu pour toutes les familles d'accueil .

6. Forces et limitations

Cette étude est principalement basée sur l'angle et les évaluations des intervenants. Les enfants, les familles d'accueil ainsi que les parents n'ont pas été

questionnés sur le sujet. Il serait intéressant de compléter cette recherche avec leur point de vue sur la situation à travers l'utilisation d'outils standardisés afin d'objectiver la qualité de la relation parent-enfant. Une autre limite est que cette recherche a pris un instantané de la situation à un moment donné. Aussi, il serait opportun de mener ce type de recherche de manière longitudinale afin de mesurer l'évolution de l'état psychologique dans le temps ainsi que les possibilités de réunification. Elle est également limitée aux familles d'accueil qui sont suivies par un service de placement. Or, il serait intéressant de mener cette même recherche auprès des enfants placés en famille d'accueil qui ne font pas l'objet de ce suivi.

Étude 6 : Développement et élaboration d'un outil pour guider les intervenants à fixer les modalités de rencontre parent-enfant.

Cette étude est consacrée à la partie finale de notre thèse qui a consisté à développer un outil en vue d'aider les intervenants à fixer les modalités de rencontre parent-enfant. En effet, en conclusion des cinq études précédentes, nous avons émis treize recommandations. Toujours selon les principes de la recherche collaborative, ces recommandations ont été soumises à notre comité d'accompagnement afin de décider laquelle devrait être mise en œuvre dans le cadre de notre thèse de doctorat. Ainsi celui-ci a décidé de consacrer la suite de notre thèse à la mise en œuvre d'une recommandation issue de notre étude 3 qui mettait en évidence l'importance de développer un outil pour guider et faciliter la prise de décision des intervenants dans la fixation des modalités des visites parent-enfant (lieu, fréquence, encadrement).

Cette recommandation résulte du double constat issu de l'analyse de nos résultats :

- Le premier constat provenait des pratiques des intervenants travaillant dans les services familiaux qui réduisent systématiquement les contacts avec les parents. Nos résultats ont montré que les parents des enfants placés en institution ont en moyenne une visite par semaine tandis que les parents des enfants placés en famille d'accueil ont une fréquence de visite mensuelle. Cette pratique a pour conséquence que la plupart des parents présents refusent le placement en famille d'accueil alors même qu'un projet de réintégration familiale n'est pas envisageable. Ce constat est particulièrement vrai pour les parents souffrant de limites intellectuelles importantes.
- Le deuxième constat provenait des pratiques des intervenants travaillant en institution qui ont tendance à rapidement faute de moyens arrêter l'encadrement des rencontres parents-enfants et à maintenir des contacts avec les parents qui ont une mauvaise qualité de relation avec leur enfant. Nos résultats ont mis en évidence que les contacts parent-enfant de mauvaise qualité avaient un impact négatif sur l'état psychologique de l'enfant.

Selon les principes de la recherche collaborative, nous avons décidé de développer en co-construction cet outil avec les intervenants de terrain afin de maximiser leur adhésion à celui-ci.

6.1 Les ateliers de co-construction

Nous avons donc organisé avec l'aide de notre comité d'accompagnement quatre ateliers de co-construction avec les acteurs de terrain représentant tous les professionnels impliqués dans la fixation des modalités de rencontre avec les parents biologiques (représentants des SAJ, SPJ, SAAF, SRG et SASPE). Il y avait en moyenne 20 personnes présentes à chacun de ces ateliers : 5 représentants des SAJ (délégués ou conseiller directeur), 5 représentants des SPJ (délégués ou conseiller directeur), 5 représentants des SRG (psychologues, éducateurs, direction) et 5 représentants des SAAF (assistants sociaux, psychologues, direction).

Les ateliers de co-construction étaient organisés en trois parties. La première partie était consacrée à la présentation des résultats de notre recherche (une demi-heure). La deuxième portait sur un travail réalisé en sous-groupes (en moyenne 8 personnes) au cours duquel les acteurs de terrain devaient répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les critères qui doivent être pris en compte selon vous pour la fixation des modalités des rencontres parent-enfant ?
- Par critère, pourriez-vous établir comment ceux-ci doivent être évalués ?
 - Par qui ?
 - À quelle fréquence ?
 - Pendant combien de temps ?

Enfin, dans la troisième partie, les résultats de chaque sous-groupe étaient présentés en plénière. À l'issue des présentations, les participants pouvaient voter pour les critères qu'ils considéraient comme essentiels pour prendre une décision sur les modalités de visite parent-enfant et qui devraient donc selon eux absolument être repris dans l'outil.

6.2 Les résultats des ateliers de co-construction

Dans le tableau ci-dessous, nous reprenons l'ensemble des critères qui sont ressortis des différents sous-groupes. Il y a eu 19 sous-groupes, donc les critères qui obtiennent un score de 19 constituent ceux qui sont ressortis par tous les intervenants.

Critères ressortis des ateliers	Scores
Qualité de la visite / Qualité de l'interaction parent-enfant, sensibilité du parent / Sécurité-attachement	19

Besoin - Intérêt de l'enfant	19
Le projet de vie de l'enfant / éducatif / hébergement <ul style="list-style-type: none"> • Réintégration • Maintien du lien, soit si positif avec fréquence élevée, soit si négatif à une fréquence très faible, objectif de ne pas idéaliser le parent. • Création du lien • Restauration du lien 	19
Conséquence / vécu de l'enfant avant / pendant / après la rencontre.	19
L'état du parent (psychique, général, Pathologie-Évolution)	14
Demande du parent Attention à la demande réelle, voire l'implicite.	12
Temps de vie avec le parent et nature des relations avant le placement	12
Demande de l'enfant	11
La capacité matérielle des parents / financière / possibilité	8
Nature du lien actuel : Quel type de visite actuelle ? Fréquence, lieu et encadrement ?	7
État de l'enfant (émotionnel, psychique, compétence)	7
Moyens humains et matériels des services	6
Origine/motif du placement (lors de la première rencontre)	4
L'état du parent au moment de la visite et son vécu	2

6.3 Les bonnes pratiques en matière de fixation des modalités ?

Après avoir réalisé les ateliers, nous avons effectué une revue de la littérature sur les bonnes pratiques en matière de fixations des modalités de visite parent-enfant afin de les comparer avec les résultats des ateliers et éventuellement enrichir l'outil avec des critères issus également de la théorie.

Si tous les auteurs s'accordent sur la nécessité de bien évaluer l'impact des rencontres de parents-enfants et de les planifier, nous n'avons pas trouvé d'outil en tant que tel qui puisse permettre de structurer la réflexion des intervenants. Cependant, plusieurs auteurs mettent en avant divers critères à prendre en compte en vue d'établir la fréquence des rencontres parents-enfants :

1. Le contexte ou les objectifs des rencontres parents-enfants :

Il existe différents contextes ou objectifs possibles des rencontres parents-enfants qui sont les suivants :

- ***L'évaluation de la relation parent-enfant***
Les rencontres peuvent s'inscrire dans une phase d'évaluation de la relation parent-enfant soit, car l'enfant vient d'être placé soit, car il y a un changement significatif dans la vie du parent (cure, nouveau conjoint ...). Dans ce cas, il est nécessaire d'organiser des visites encadrées et fréquentes, car celles-ci sont des moments clés pour travailler sur la parentalité et pour statuer si un projet de réintégration peut être envisageable (Orlando et al., 2019). Cependant, il est nécessaire de bien vérifier si les visites n'ont pas d'impact négatif sur l'enfant.
- ***La création du lien***
Dans certaines situations quand l'enfant est placé en très bas âge, le projet peut consister à créer un lien avec le parent. Dans ce cas, si l'enfant a moins de 24 mois, la fréquence devrait être assez élevée à condition toujours que cela n'ait pas d'impact négatif sur lui (Deprez et Wendland, 2015).
- ***Un objectif de réintégration***
Dans le cas où l'enfant est dans une phase de réintégration, il est nécessaire d'augmenter progressivement la fréquence ainsi que la durée des rencontres tout en diminuant l'encadrement.
- ***Un contexte de suspension des visites***
Il est également possible que les visites soient suspendues pour les enfants car, soit les rencontres avaient trop d'effets négatifs sur eux, soit les parents étaient absents ou trop irréguliers. Dans ce cas, il est nécessaire d'envisager si cela serait possible de réintroduire des contacts de manière très peu fréquente et très encadrée lorsque les enfants idéalisent trop leur parent, car parfois l'absence de contacts avec le parent biologique peut laisser place à un sentiment d'idéalisation (Berger, 2011).
- ***Un objectif de maintien du lien***
Cet objectif est le plus fréquent au sein de la population des enfants placés. Dans ce cas de figure, les rencontres parent-enfant permettent de maintenir un attachement et un sentiment d'appartenance sur le long terme chez l'enfant placé envers sa famille d'origine (Cantos et al., 1997; Delfabbro et al., 2002; Deprez et Wendland, 2015). Cela permettrait qu'il ait moins le sentiment d'être abandonné ainsi qu'une meilleure compréhension de son

identité comme de son histoire (Borgman, 1985 ; Cantos et al., 1997; Delfabbro et al., 2002; Deprez et Wendland, 2015).

2. La parole de l'enfant

L'un des critères aussi très importants pour fixer les modalités de rencontre parent-enfant est **la parole de l'enfant**. Il ne ressort pas d'uniformité autour des modalités de rencontres lorsque l'on questionne les enfants. Certains ne souhaitent plus, d'autres moins, voire plus du tout, de contacts. Cependant, tous les enfants sont unanimes sur le fait qu'ils souhaitent que l'on prenne en compte leur avis dans le processus décisionnel (Sinclair et al., 2001).

3. L'état psychologique de l'enfant ainsi que l'impact du traumatisme

Il est important de prendre en compte **l'état psychologique de l'enfant** ainsi que **l'impact du traumatisme** lié au placement. Les visites peuvent dans certains cas retraumatiser des enfants s'ils sont à nouveau en contact avec les adultes qui les ont maltraités. Dans ce cas de figure, il peut être nécessaire d'interrompre les contacts le temps que les enfants se sentent en sécurité et soient capables de gérer le stress lié à ce contact (Howe et Steele, 2004).

4. L'effet des rencontres parent-enfant sur l'enfant

Barnum (1987) identifie que les effets négatifs relatifs à la rencontre parent-enfant peuvent provenir de 3 sources : l'anxiété peut être l'expression de la tristesse due à la séparation et au manque du parent. Elle peut également provenir des effets néfastes, voire même toxiques pour l'enfant des rencontres parent-enfant. Enfin, l'anxiété de l'enfant peut provenir de la personne qui s'occupe de lui et de son désaccord avec les visites.

5. L'âge de l'enfant

Il est important de noter que la fréquence des visites doit également tenir compte de **l'âge de l'enfant**. Les enfants de moins de trois ans qui doivent construire plutôt que maintenir un lien avec leur parent devraient pouvoir bénéficier de visites quotidiennes (Déprez, A., et Wendland, J., 2015).

6. La régularité des parents

Il est important de tenir compte de la régularité des parents, car l'irrégularité de ceux-ci génère des incertitudes et de l'insécurité pour leur enfant vis-à-vis de leur propre avenir, en comparaison avec ceux qui ont des visites régulières et fréquentes, ou qui ont au contraire été abandonnés par leur famille naturelle

(Browne et Moloney, 2001). Il est indispensable d'adapter la fréquence des rencontres parent-enfant aux capacités des parents afin qu'ils puissent être réguliers.

7. La demande et les capacités des parents

Il est indispensable que la parole des parents soit récoltée par un intervenant de confiance. En effet, la plupart du temps, la relation entre les intervenants et les parents est une relation de pouvoir particulièrement déséquilibrée (Mackiewicz, 1998). Les intervenants endossant le rôle de soutien et d'aide ainsi que de contrôle de l'éducation parentale, cela peut être perçu comme une menace pour le parent (Join-Lambert et al., 2014). Join-Lambert et al. (2014) insistent donc sur le fait qu'il est indispensable de créer une relation de confiance entre l'intervenant et les parents, notamment en s'intéressant à ce qu'ils pensent être le mieux pour eux et pour leur enfant. Il pourrait être envisagé que cette parole ne soit pas nécessairement récoltée par les intervenants travaillant au sein des services, mais peut-être par d'autres intervenants de leur réseau qui n'endossent pas cette double casquette.

6.4 La création de l'outil sur base des critères des intervenants et de la littérature

Nous avons donc croisé les entrées issues de la revue de la littérature et les critères issus des ateliers de co-création. La plupart des critères sont communs.

Voici la liste des critères qui sont ressortis de la littérature et des ateliers de co-création :

<u>Critères ressortis des ateliers</u>	Scores	Littérature	Repris dans l'outil
Le projet de vie de l'enfant / éducatif / hébergement <ul style="list-style-type: none"> • Réintégration • Maintien du lien soit, si positif avec fréquence élevée, soit, si négatif avec fréquence très faible, objectif de ne pas idéaliser le parent. • Création du lien • Restauration du lien 	19	✓	✓
Besoin - Intérêt de l'enfant	19	✓	✓

Qualité de la visite / Qualité de l'interaction parent-enfant, sensibilité du parent / Sécurité-attachement	19	✓	✓
Conséquence / vécu sur l'enfant avant / pendant / après la rencontre.	19	✓	✓
L'état du parent (psychique, général, Pathologie- Évolution)	14	X	X
Demande du parent Attention à la demande réelle, voir l'implicite.	12	✓	✓
Temps de vie avec le parent et nature des relations avant le placement	12	X	X
Demande de l'enfant	11	✓	✓
La capacité matérielle des parents / financière / possibilité/ régularité	8	✓	✓
Nature du lien actuel : Quel type de visite actuelle ? Fréquence, le lieu et encadrement ?	7	✓	✓
État de l'enfant (émotionnel ; psychique, compétence)	7	✓	✓
Moyens humains et matériels des services	6	X	X
Origine/motif du placement (lors de la première rencontre)	4	X	X
L'état du parent au moment de la visite et son vécu	2	X	X

Nous souhaitons un outil facile d'utilisation qui ne demanderait pas de doubles encodages, l'objectif étant de pouvoir générer une évaluation annuelle des modalités de visites.

C'est pourquoi nous avons décidé de ne pas reprendre les critères liés pour lesquels il n'y aurait pas de modification dans l'évaluation :

- Origine et motif du placement
- Temps de vie avec le parent et nature des relations avant le placement

De plus, nous avons décidé de ne pas reprendre les critères comme l'état du parent (psychique, général – pathologie- évolution) et l'état du parent au moment de la visite ainsi que son vécu en tant que tels, mais de plutôt évaluer ceux-ci à travers la qualité des relations parent-enfant durant les rencontres.

Tous les autres critères ont été repris dans l'outil que nous avons développé. Nous avons décidé de présenter notre outil sous forme d'arbre de décision avec des questions. Pour répondre à certaines questions clés, nous avons choisi des outils qui permettraient d'objectiver de manière scientifique les perceptions des intervenants sociaux. En effet, nous avons constaté lors de nos rencontres avec les intervenants que ceux-ci se basent principalement sur leurs entretiens pour fixer les modalités et ont peu, voire pas d'outils pour objectiver leurs perceptions. C'est pourquoi nous avons ajouté une trousse à outils pour soutenir les intervenants dans les réponses à apporter à certaines questions de l'arbre de décisions.

Dans cette trousse à outils, nous avons repris des outils existants et validés scientifiquement ainsi que des outils que nous avons adaptés spécifiquement à l'objectif de la question. Les outils de la trousse sont les suivants :

- Pour prendre en compte la **parole de l'enfant**, nous avons choisi de reprendre l'outil des **Trois Maisons** qui a été développé en 2003 à Aotearoa, en Nouvelle-Zélande, au sein de l'agence nationale de protection de l'enfance, Child Youth and Family. Il a été développé pour aider à faire entendre la voix des enfants, des adultes, des jeunes et des familles dans les processus de collecte d'informations, des évaluations et des plans. Il contient un graphique simple de trois maisons qui sont utilisées pour aider les individus ainsi que les familles à extérioriser et à explorer ce qui se passe dans leur vie, en particulier en ce qui concerne le danger et le préjudice, les facteurs de sécurité, leurs espoirs et leurs rêves. L'outil a été conçu pour être utilisé par les travailleurs sociaux et les praticiens des services sociaux dans des situations de travail quotidiennes avec les familles.
- **L'état psychologique de l'enfant**, nous avons choisi d'utiliser la Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach, 1991) qui est une échelle globale d'évaluation de la psychopathologie des enfants qui fournit une description standardisée des troubles émotionnels et comportementaux, ainsi que des compétences sociales et scolaires. Il existe deux questionnaires qui visent respectivement les enfants de 18 mois à 6 ans et les enfants de 6 ans à 18 ans.
- Pour mesurer **l'anxiété des parents d'accueil ou des éducateurs**, nous avons utilisé le Questionnaire d'anxiété Etat-Trait de C.D. (Spielberg & coll.).

- Nous avons repris le questionnaire **d'évaluation de la qualité des relations des enfants âgés entre zéro et douze mois** avec leurs parents ou autres adultes significatifs, développé par le référentiel d'évaluation participative en protection de l'enfance, ESOPPE.
- Nous avons développé un outil pour évaluer **la qualité des rencontres parent-enfant, l'effet des rencontres parent-enfant et le potentiel d'amélioration de la relation parent-enfant**. Cet outil a été développé sur base d'outils développés par Ansay et. Perkins (1998).
- Enfin, nous avons développé un outil pour **évaluer les visites à domicile** sur base du cahier d'analyse des besoins développé par Initiative AIDES du Québec.

6.5 Pilote et intégration des retours des intervenants

Une fois l'outil développé, nous l'avons testé sur le terrain à travers 20 situations d'enfants placés en famille d'accueil et 20 situations d'enfants placés en institution. Nous avons testé l'outil avec des enfants placés qui bénéficiaient d'une réunion d'évaluation annuelle chez le mandant dans les trois mois. Nous avons effectué deux entretiens. Le premier pour faire passer le CBCB-L, l'évaluation des rencontres et lors duquel nous donnions les consignes pour que les intervenants puissent passer l'outil des trois maisons avec les enfants. Dans le deuxième entretien, nous avons suivi l'arbre de décision en fonction des résultats obtenus aux différents outils afin d'aboutir à une recommandation concernant les modalités de visites. À l'issue du deuxième entretien, nous avons envoyé un rapport reprenant les résultats du deuxième entretien afin que celui-ci puisse aider les intervenants à rédiger leur rapport pour le mandant. Les entretiens ont été réalisés soit en présentiel soit en distanciel, et ce en fonction de la situation sanitaire liée à la crise de la COVID 19.

Les retours ont été positifs, car soit l'outil a permis aux intervenants d'objectiver leur perception, soit cela les a aidés à prendre une décision quand ceux-ci avaient un doute.

Cependant, suite à ce pilote et au retour de notre comité d'accompagnement, nous avons décidé de simplifier l'outil :

- Nous avons supprimé la notion de traumatisme qui était redondante avec les informations du CBC-L.
- Nous avons également simplifié les entrées dans l'arbre de décision en fusionnant les trois objectifs de rencontre : réintégration, maintien du lien et évaluation.
- L'outil d'évaluation des visites encadrées était adapté et devait être validé scientifiquement, tandis que l'outil pour l'évaluation des retours à domicile

n'était pas assez pertinent. Il est donc nécessaire d'en trouver ou développer un autre.

- Le CBCL était adapté pour les 6-18 ans, mais moins sensible pour les 18 mois à 6 ans. De plus le CBCL exige un coût de licence important, nous sommes donc à la recherche d'un outil équivalent sans coût de licence.

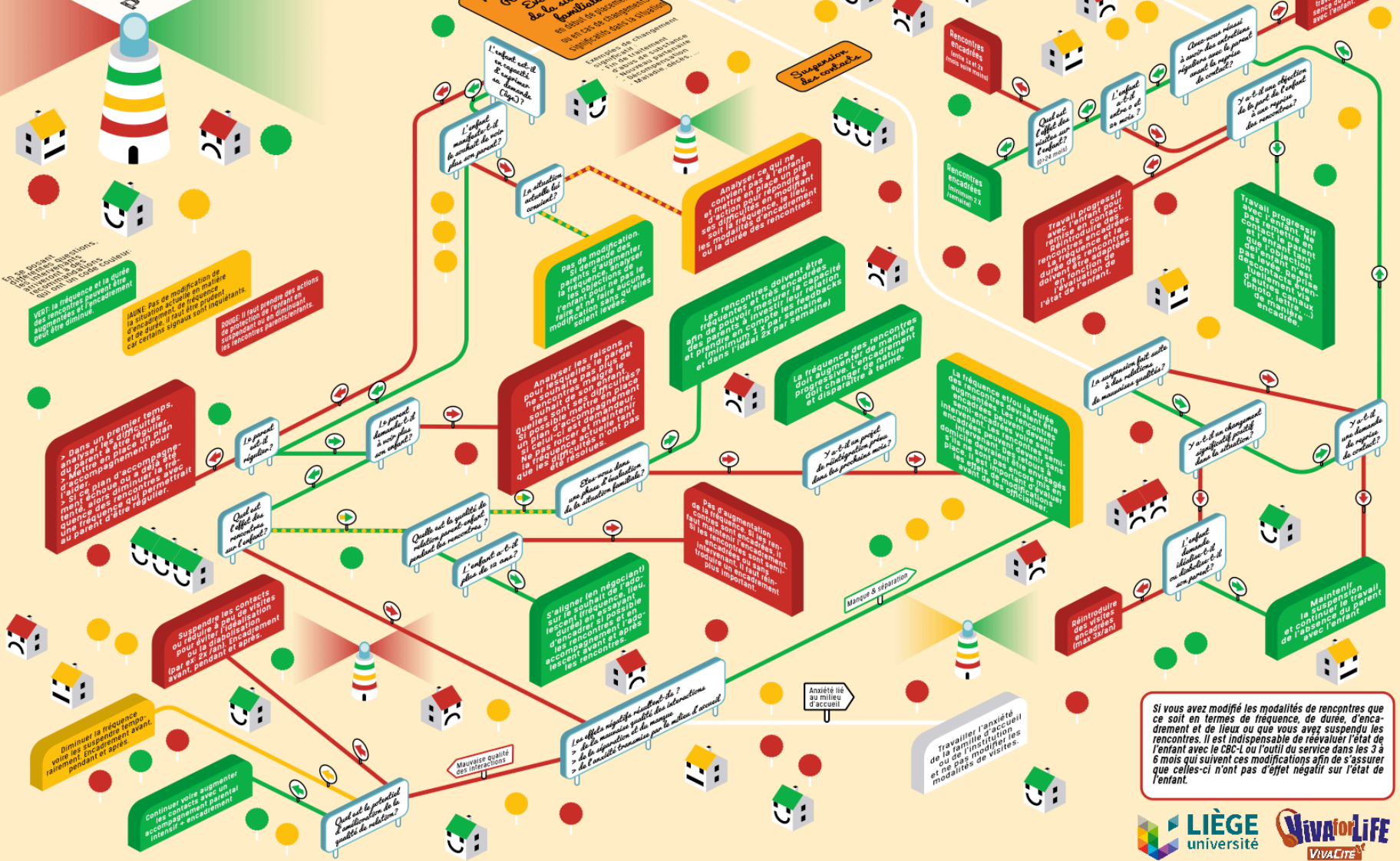
Une remarque importante avancée par les intervenants qui ont participé à la phase pilote était le fait qu'ils ne se sentaient pas suffisamment autonomes pour utiliser l'outil et que celui-ci leur demandait un travail conséquent en vue de dépouiller et d'analyser les différents tests. En effet, dans l'expérience pilote, nous faisons un premier entretien pour faire passer les outils et entre les deux entretiens, nous effectuons des corrections et interprétations. Or, les intervenants ne se sentaient pas autonomes pour réaliser ses corrections et interprétations.

Nous avons donc décidé de développer cet outil en version informatique afin que les résultats se génèrent automatiquement et que les intervenants ne voient apparaître que les questions en fonction de leur réponse et non l'entièreté des questions. L'outil informatique est toujours en cours de conception.

L'outil est un arbre de décision. Les premières questions concernent l'état psychologique de l'enfant et dans quel contexte s'inscrivent les visites. En fonction du contexte, il faut suivre le chemin adapté. Ensuite, les intervenants doivent répondre à chaque question : si la réponse est positive, ils doivent suivre le chemin vert et si la réponse est négative, ils doivent suivre le chemin rouge. Au fur et à mesure des questions, ils parviennent à une borne. Il existe 3 couleurs de bornes :

- Les bornes rouges recommandent une réduction des contacts et/ou un renforcement de l'encadrement ;
- Les bornes jaunes recommandent un maintien des modalités de visite sans modification importante ;
- Les bornes vertes recommandent une augmentation des contacts et/ou une diminution de l'encadrement.

Beisises ber emebabil de revaluer de modalitès de rencontres de parents/enfants



DISCUSSION ET IMPLICATIONS

10 DISCUSSION ET IMPLICATIONS

Nous poursuivions plusieurs objectifs pour cette recherche. Dans notre discussion générale, nous n'allons pas suivre la chronologie des études pour y répondre. Nous allons dans un premier temps analyser l'état psychologique des enfants placés ainsi que les facteurs qui l'influencent. Nous analyserons si le type de placement familial influence l'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil. Ensuite, nous répondrons à la question de savoir si les modalités de rencontres parent-enfant influencent l'état psychologique des enfants placés. Enfin, nous verrons si le projet de réintégration est un projet réaliste pour les enfants placés en institution ou en famille d'accueil et s'il diffère selon le type de placement.

10.1 L'état psychologique des enfants placés et les facteurs qui l'influencent

L'étude 2 avait comme objectif d'identifier s'il existait des différences entre l'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil et celui des enfants placés en institution.

Nous constatons que selon les intervenants, tous confondus, 20% des enfants se portent bien psychologiquement, 45% des enfants ont des difficultés psychologiques qui ne nécessitent pas de suivi, tandis que 35% nécessitent un suivi psychologique, voire psychiatrique.

Nous avons également constaté que les intervenants estiment que les enfants placés en famille d'accueil ont en moyenne un meilleur état psychologique que ceux placés en institution. Ces résultats confirment ceux d'études précédentes (van Ijzendoorn & Sagi-Schwartz, 2008 ; Lee et al., 2011 ; Li et al., 2019).

À la lumière de notre revue de la littérature, plusieurs facteurs explicatifs peuvent être mis en avant pour faire la lumière sur ces différences :

Le temps d'exposition à la maltraitance, à la violence domestique et à la négligence

Environ 80 % des placements en famille d'accueil ont lieu avant l'âge de cinq ans et 28 % des placements sont décidés au cours de la première année de l'enfant. À l'inverse, seulement 52 % des placements en institution ont lieu avant l'âge de cinq ans, dont 20 % sont décidés au cours de la première année de vie de l'enfant. Plus les enfants sont âgés au moment de leur placement, plus ils ont de probabilités de se retrouver en institution. Comme nous l'avons vu, les enfants sont placés en famille d'accueil en moyenne à l'âge de trois ans, alors que les enfants sont placés

en institution à l'âge moyen de six ans. Cela s'explique par le fait que la plupart des placements en famille d'accueil ont lieu endéans l'âge de cinq ans, car très peu de familles d'accueil souhaitent accueillir des enfants plus âgés.

Nos résultats (étude 2) montrent que les enfants placés en institution ont vécu plus longtemps avec leurs parents et ils étaient donc plus âgés lorsqu'ils ont été placés. Le fait de vivre plus longtemps avec leurs parents et donc d'être placés plus tard augmente directement l'exposition à la négligence, la violence et la maltraitance (Wade et al., 2018).

La négligence, la violence et la maltraitance sont très fréquentes dans les situations d'enfants placés. Nos données montrent que 68% des enfants placés en FA et 73% des enfants placés en institution ont subi des négligences en vivant chez leur mère. Les enfants placés en institution ont également assisté à plus de violence domestique chez leur mère (47%) que les enfants placés en famille d'accueil (35%). Ils subissent également **deux fois plus de maltraitance (30%) que ceux placés en FA (14%)**.

Les enfants placés en institution ont significativement plus souvent un père négligent (55%) que les enfants placés en FA (48%). De manière significative, les enfants placés en institution (49%) ont assisté à plus de violence conjugale que les enfants placés en FA (40%). Ils subissent également trois fois plus de maltraitance de leur père (30%) que les enfants placés en familles d'accueil (10%).

Comme nous l'avons présenté dans notre revue de la littérature, l'impact de la maltraitance, de la violence et de la négligence est considérable sur l'état psychologique de l'enfant (Bernier et al., 2004). Les épisodes de maltraitance et de négligence provoquent un état de stress chronique qui peut modifier le développement ainsi que le fonctionnement cérébral de manière importante, voire déterminante pour le futur (Linden, 2007; Twardosz, 2007).

Nos constats confirment l'impact significatif des difficultés et abus vécus par les enfants lorsqu'ils vivaient avec leur parent car nous avons constaté que ceux qui avaient été victimes d'abus ou de négligence, ou qui avaient été témoins de violence domestique, avaient une moins bonne santé psychologique.

Il est fort probable que les enfants placés en institution vivent plus d'abus, car ils sont placés plus tard que ceux qui sont en famille d'accueil, ce qui explique donc leur moins bon état psychologique.

La présence et la qualité de la relation avec les parents biologiques

Nos données montrent que les pères et les mères sont présents dans la vie de leurs enfants dans les mêmes proportions. La différence entre les deux provient du fait que 16% des pères sont inconnus. Cependant, nous avons constaté que les pères étaient plus présents si la mère se montrait également présente dans la vie de l'enfant. Nous n'avons pas observé le phénomène inverse, c'est-à-dire des mères plus présentes si les pères sont présents.

Nous avons constaté que les parents étaient significativement plus présents lorsque leur enfant était placé en institution à raison de 18% de plus que pour les enfants placés en famille d'accueil. Cette différence peut s'expliquer notamment par le fait que l'un des critères pour orienter un enfant vers un projet de placement en famille d'accueil est l'absence de parents dans sa vie. Nos données montrent d'ailleurs que les enfants placés en famille d'accueil avaient significativement plus souvent une mère qui souffre de toxicomanie que les enfants placés en institution. Les assuétudes sont liées de manière significative à l'absence des parents dans la vie de leur enfant. À l'inverse, les parents déficients intellectuellement sont significativement plus présents tandis que leurs enfants sont plus susceptibles d'être placés en institution qu'en famille d'accueil.

Contrairement à l'une de nos hypothèses, nous n'avons pas pu établir un lien significatif entre l'état psychologique des enfants placés et la présence ou non des parents dans leur vie. Nous ne pouvons donc pas conclure que les enfants qui bénéficient de rencontres avec leurs parents vont mieux globalement que ceux qui n'ont pas cette occasion; ni à l'inverse, que les enfants qui n'ont pas de rencontres sont dans un meilleur état psychologique. Cela est conforme avec les résultats de l'étude de Deprez et Wenland (2015) qui conclut qu'il n'existe pas une règle générale permettant de statuer sur l'effet positif ou négatif de la présence des parents biologiques et qu'il est donc nécessaire d'analyser au cas par cas l'effet de la présence des parents biologiques dans la vie de l'enfant.

L'une des questions à l'origine de cette recherche était de savoir si le placement en institution présenterait ou non l'avantage de maintenir les parents plus présents dans la vie de l'enfant, tandis que le placement familial les ferait disparaître. Cette croyance est d'ailleurs fortement relayée par les acteurs de terrain dans le milieu de la protection de l'enfance en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Cependant, avant de parvenir à cette conclusion, il convient de comparer les pourcentages de parents qui quittent la vie de leurs enfants en aval du placement. Nous observons que 13% des mères d'enfants placés en institution cessent tout contact avec leur enfant après le placement, contre 24% des mères d'enfants placés en famille d'accueil. Nous avons également constaté que les mères d'enfants placés

en famille d'accueil sont significativement plus susceptibles de voir leurs rencontres interdites par les autorités : 24% contre 11% pour les enfants placés en institution, soit une différence de 13%.

	Enfants en FA	Enfants en institutions	Différence
Disparition des mères après le placement	24%	13%	11%
Rencontre interdite	24%	11%	13%

Cette différence de pratique entre les intervenants des SAAF et ceux travaillant dans les institutions concernant les interdictions de contacts provient probablement du fait que l'irrégularité des rencontres engendre beaucoup plus de problèmes et de frustrations lorsque l'enfant est placé en FA tels que le déplacement de la FA, l'attente des intervenants pour l'encadrement de la visite, la déception de l'enfant (et de la FA) qui s'est déplacé et a attendu. En outre, les intervenants des services de placement familiaux sont probablement plus prompts à solliciter l'interdiction des contacts car ils sont très vigilants à l'égard de l'enfant et de ses difficultés, veillant à ne pas mettre en péril le placement.

En institution, l'absence du parent à une rencontre suscite probablement moins de difficultés pour les intervenants (notamment pas de déplacement, pas de gestion de la frustration de la famille d'accueil ...), générant par ailleurs peut-être moins de réactions négatives du côté de l'enfant. De plus, sur base des entretiens et des remarques faites par les intervenants lors de nos captations de données, nous avons observé qu'il existe une croyance répandue parmi les intervenants travaillant au sein des institutions selon laquelle il serait parfois préférable pour l'enfant de maintenir une relation de mauvaise qualité avec ses parents, plutôt que de le priver de contact avec ceux-ci. Certains intervenants diront ainsi durant nos entretiens de captation de données : « *On sait que la relation est de mauvaise qualité, mais cet enfant n'a plus que ça, est-ce qu'il ne vaut pas mieux une relation de mauvaise qualité que rien du tout ?* ».

La combinaison du point de vue des intervenants travaillant dans les SAAF à celui de ceux qui exercent au sein des institutions entraîne pour conséquence que les enfants placés en famille d'accueil ont deux fois plus de visites interdites avec leurs mères. En contrepartie, ils subissent moins les effets négatifs de ces rencontres. S'il y avait la même proportion de rencontres interdites pour les mères d'enfants placés en institution, à savoir 13%, nous arriverions à 26% de mères absentes de la vie de leur enfant, soit le même pourcentage que pour les mères d'enfants placés en FA.

Nous pouvons donc conclure que le fait qu'il y ait moins de visites interdites par les autorités permet d'expliquer que les parents soient plus présents lorsque leurs enfants sont placés en institution plutôt que l'effet du placement en tant que tel. Ce n'est donc pas la nature même du placement qui influence la présence des parents aux côtés de leurs enfants, mais bien les demandes d'interdictions de contacts qui en découlent.

Nos données (étude 2) montrent également que les intervenants estiment que la qualité de la relation actuelle entre les parents et leurs enfants placés est généralement bonne pendant les visites (60% des mères et 68% des pères ont une bonne qualité relation sans qu'elle soit toujours adéquate durant les visites). **La qualité de cette relation ressort comme un facteur prédictif de l'état psychologique des enfants.** En effet, les enfants qui ont une bonne qualité de relation avec leurs parents biologiques ont significativement un meilleur état psychologique. L'inverse étant par ailleurs juste, dès lors que ceux qui ont une mauvaise qualité de relation parent-enfant ont un moins bon état psychologique.

En outre, nos analyses de l'étude 2 montrent que la qualité de relation entre les parents et leur enfant placé en institution est significativement moins bonne que celle entre les parents et leur enfant placé en famille d'accueil.

Le fait que les enfants placés en famille d'accueil aient des relations de meilleure qualité avec leurs parents que les enfants placés en institution constitue également un facteur explicatif des différences observées au niveau de leur état psychologique. Ceci est conforme avec les recherches qui mettent en avant que la qualité des contacts a un impact psychologique sur les enfants placés en institution. Les enfants dont la qualité des visites est médiocre présentent des niveaux plus élevés de problèmes de santé mentale (Hukkanen et al., 1999 ; Attar-Schwartz, 2008), ce qui est bien conforme avec nos résultats.

La qualité de la relation avec la famille d'accueil ou l'éducateur référent

Nos résultats (étude 2) ont mis en évidence que **le facteur le plus important pour prédire l'état psychologique des enfants placés est la qualité de relation qu'ils ont avec leur famille d'accueil ou leur éducateur référent.** Ces résultats confirment l'importance de cette relation pour la santé mentale des enfants que nous avons déjà identifiée dans notre revue de la littérature (Erickson et Egeland, 1987, Marcus, 1991 ; Cheung et al., 2011 ; Masten et Shaffer, 2006 ; Legault et al., 2006).

La qualité des relations entre les enfants et les parents d'accueil s'avère excellente dans 16% des cas et identique à une famille ordinaire, tandis qu'elle est bonne avec un peu plus de tension qu'une famille ordinaire dans 49% de cas.

Cela est également le cas de celle des enfants placés en institution avec leur éducateur référent qui entretiennent des relations excellentes dans 29% des cas et bonnes dans 42% des cas.

Cependant, la qualité de relation avec l'adulte de référence est significativement moins bonne pour les enfants placés en institution que pour les enfants placés en famille d'accueil. Ces résultats sont conformes avec notre revue de la littérature qui mettait en évidence que la qualité de relation est différente entre les enfants avec leur famille d'accueil et celle des enfants placés en institution avec leur éducateur référent, car les modalités de prise en charge diffèrent en termes de supervision ainsi que de proximité de l'enfant (Bakermans-Kranenburg, et al., 2011; Vorria, et al., 2003). Dans une institution, l'éducateur n'est pas présent en permanence tandis qu'il doit répartir son temps entre tous les membres du groupe. En placement familial, en revanche, les parents d'accueil n'ont souvent qu'un seul enfant à charge et ils sont présents en permanence, ce qui permet d'avoir une figure d'attachement stable ainsi qu'un accompagnement plus personnalisé (Deborde et al., 2016).

Nous parvenons donc aux mêmes conclusions que la plupart des recherches sur le sujet, à savoir que le **placement familial permet aux enfants d'avoir une meilleure santé mentale**, car celui-ci facilite le développement d'une relation stable et sécurisée avec sa famille d'accueil, lui permettant ainsi de retrouver un attachement sécurisé. En raison de sa nature (*turn-over* important, plan de roulement, congés, nombre plus important d'enfants à encadrer), le placement en institution ne favorise pas le développement d'une relation stable et sécurisée et va donc maintenir des troubles de l'attachement qui sont délétères pour le développement ainsi que l'état psychologique des enfants.

Comme nous l'avons vu, la Belgique fait partie du peloton de tête des pays d'Europe occidentale qui se caractérisent par le nombre le plus important d'enfants en bas âge placés en institution¹. La proportion d'enfants placés en institution en Fédération Wallonie-Bruxelles reste très importante (45%) et, contrairement à nos pays voisins d'Europe occidentale, la moitié de ces enfants ont moins de 5 ans².

Nos résultats ainsi qu'un grand nombre de recherches internationales s'accordent sur le fait que le placement en famille d'accueil contribue à une meilleure santé mentale des enfants, notamment en favorisant la récupération d'un attachement

¹ 2 950 enfants sont placés en institution, contre 2000 enfants placés dans des familles d'accueil suivies par un service de placement familial (aide à la jeunesse, 2020) et 2000 enfants placés en famille d'accueil non suivis par un service de placement

² Rappelons que nous avons observé que 52% des placements en institution ont lieu avant l'âge de cinq ans, tandis que 20% des placements arrivent au cours des douze premiers mois et 33% des placements entre trois et six ans.

sécurisé. Par conséquent, **le nombre d'enfants placés en famille d'accueil devrait être augmenté de manière significative.**

Nos résultats montrent également que les enfants plus âgés (cinq ans et plus) ont une probabilité plus importante d'avoir un parcours institutionnel que les enfants en bas âge.

S'il existe actuellement une pénurie de famille d'accueil, il est encore plus difficile de trouver des familles prêtes à accueillir des fratries, des enfants souffrant de problèmes émotionnels, comportementaux, cognitifs ou de santé, ainsi que des enfants plus âgés (McGuinness et Arney, 2012). Ces données soulignent l'importance de développer des campagnes de recrutement adaptées et surtout d'assurer une rétention des familles d'accueil sélectionnées (Sellick et Howell, 2003). Pour recruter des familles d'accueil, il est nécessaire de bien comprendre leurs motivations pour s'engager dans l'accueil d'un enfant.

La motivation principale pour les parents qui se portent candidats est une motivation altruiste et la volonté de faire une différence dans la vie d'un enfant (MacGregor et al., 2006). Le fait d'offrir un refuge aux enfants victimes d'abus ou de négligence et d'offrir une stabilité aux enfants est une raison essentielle pour se porter candidat à l'accueil familial (Davis-Sowers, 2012 ; Rodger et al., 2006).

Beaucoup d'accueillants familiaux indiquent qu'un amour sincère et le plaisir qu'ils éprouvent à s'occuper d'enfants sont une raison suffisante de devenir accueillant familial (McHugh, 2007 ; Martin et al., 1992 ; Wilson et al., 2007 ; Rodger et al., 2006).

À ces raisons s'ajoute la possibilité de faire preuve de qualités positives telles que l'amour, le désintéressement ou la sollicitude (Davis-Sowers, 2012 , Randle & Dolnicar, 2010), et de tirer quelque chose de l'expérience en fondant une famille ou en l'agrandissant (Randle & Dolnicar, 2010, Tyebjee, 2003).

Dans ce cadre, il serait nécessaire de revoir les campagnes de recrutement, car en Fédération Wallonie-Bruxelles, celles-ci utilisent les médias de masse alors que si ces campagnes sont très utiles pour informer le grand public sur le rôle de l'accueil familial, elles ne semblent pas être le moyen le plus efficace d'attirer de nouveaux accueillants familiaux (Delfabbro et al., 2008 ; Moore et al., 1988 ; Lawrence, 1994 ; Smith & Gutheil, 1988). Les méthodes les plus efficaces pour recruter des familles d'accueil sont le bouche-à-oreille provenant de familles d'accueil qui communiquent sur les avantages (y compris le plaisir et la satisfaction) qu'ils retirent de l'accueil d'un enfant (Martin et al., 1992). Les campagnes devraient donc cibler les amis ainsi que

l'entourage des familles d'accueil actuelles, car ils sont plus susceptibles d'avoir une compréhension réaliste de ce qu'est l'accueil familial.

De plus, la littérature souligne l'importance de développer des campagnes spécifiquement adressées aux communautés lesbiennes et homosexuelles, car celles-ci considèrent le placement familial comme une première option pour fonder une famille. Ils parviennent en outre souvent à s'occuper avec succès d'enfants ayant des besoins élevés (Riggs & Augoustinos, 2009). Pour certains enfants, le placement chez un parent d'accueil homosexuel ou lesbien peut être plus approprié, comme par exemple des jeunes hommes qui connaissent des difficultés avec leur mère ou une femme qui pourraient tirer grand bénéfice d'un placement auprès d'un homme. Les parents biologiques pourraient se sentir moins menacés, les parents d'accueil homosexuels étant dans une moindre mesure susceptibles d'être perçus comme "remplaçant" leur rôle parental (Riggs & Augoustinos, 2009).

Enfin, Moore (1988) propose de mettre en place des campagnes de recrutement pour les enfants avec des besoins spéciaux, comme les enfants plus âgés, les enfants avec un handicap ou des troubles du comportement. Il suggère de cibler des professionnels (par exemple : infirmiers, psychologues...) qui seraient plus à même de prendre en charge des enfants qui peuvent avoir des comportements difficiles. Une autre stratégie possible consisterait à approcher les adultes qui entretiennent déjà une relation personnelle avec l'enfant (Moore et al., 1988).

10.2 L'impact du type de placement familial sur l'état psychologique des enfants

Dans notre étude 5, nous avons évalué si l'état psychologique des enfants pouvait être influencé par le fait qu'ils soient placés dans une famille d'accueil intrafamiliale, « réseau élargi » ou sélectionnée. Nos résultats indiquent que les enfants placés en famille d'accueil sélectionnée ont un meilleur état psychologique que les enfants placés dans une famille d'accueil intrafamiliale. Or, ces résultats divergent avec plusieurs études qui mettent en avant que les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale ont, en général, une meilleure santé mentale que ceux placés en famille d'accueil sélectionnée (Dregan et Gulliford, 2012 ; Smyke et al., 2012).

Plusieurs auteurs ont avancé différentes hypothèses pour expliquer le fait que les enfants semblent se porter mieux lorsqu'ils sont placés dans une famille d'accueil intrafamiliale par rapport à une famille sélectionnée. Berrick et al. (1994) constatent que les recherches qui mettent en avant cette différence positive entre les familles d'accueil intrafamiliales et sélectionnées se basent sur des statistiques de recours aux soins de santé. En effet, celles-ci permettent de mettre en avant que les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale (15%) ont moins recours au

soin de santé mentale que ceux placés en famille d'accueil sélectionnée (25%). Cependant, le fait que les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale bénéficient moins de suivis psychologiques que ceux qui se trouvent en famille d'accueil sélectionnée ne signifie pas nécessairement qu'ils en ont moins besoin. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les familles d'accueil intrafamiliales ne sont pas encadrées de la même manière par les services de protection de l'enfance que les familles d'accueil sélectionnées (Scannapieco et Hegar, 2002).

Un autre facteur qui explique les différences entre les familles d'accueil intrafamiliales et les familles sélectionnées tient au fait que les premières ont une vision plus positive des comportements de l'enfant avec une tendance à considérer comme normaux les comportements problématiques de l'enfant. À l'inverse, les familles d'accueil sélectionnées tendent très vite à pathologiser les comportements de l'enfant et à recourir aux soins de santé mentale (Berrick et al., 1994 ; Le Prohn, 1994).

À cela s'ajoutent, les difficultés financières des familles intrafamiliales qui vont également limiter le recours aux soins de santé mentale (Ehrle et Green, 2002).

Le contexte belge peut pour partie expliquer la différence d'état psychologique que nous avons observée entre les enfants placés en familles d'accueil sélectionnées et ceux placés en familles d'accueil intrafamiliales.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale le sont en moyenne à l'âge de 3 ans, tandis que les enfants placés en famille sélectionnée le sont en moyenne à 2 ans (Chartier et Blavier, 2018). Nous avons vu à quel point le placement en bas âge constitue un élément clé pour le développement d'un attachement sécurisé qui influence fortement l'état psychologique des enfants placés (Paugam et al., 2010 ; Zeanah et al., 2017 ; van den Dries et al., 2009). De plus, le fait d'être placé plus tard est souvent lié au fait que l'enfant a vécu plus de maltraitance et de négligence, ce qui a également un impact important sur son état psychologique (McMillen et al., 2005 ; Pecora et al., 2003 ; Salazar et al., 2013).

Les services de placement familiaux ont tendance à privilégier le placement d'enfant en très bas âge, car cela répond à la demande des parents candidats à l'accueil et parce que cela maximise les chances de réussite du placement (Dozier et coll., 2001 ; Paugam et al., 2010 ; Wade et al., 2018)

De plus, toujours afin de maximiser les chances de réussite des placements, les services sélectionnent les enfants, écartant ceux qui souffrent de difficultés relationnelles ou mentales trop importantes (Chartier et Blavier, 2018). Cette

sélection n'a évidemment pas lieu pour les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale.

D'un autre côté, toutes les familles d'accueil intrafamiliales ne bénéficient pas d'un accompagnement par les services de placement. Vu le manque de place au sein de ces services pour effectuer le suivi des familles d'accueil intrafamiliales, les mandants réservent la priorité aux familles pour lesquelles les relations entre l'enfant et sa famille sont les plus compliquées et difficiles. Nos résultats ont mis en évidence l'importance de ces relations sur l'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil. Il existe probablement un biais, car dans notre échantillon, les enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale connaissent probablement plus de relations difficiles et compliquées que dans la population générale des enfants placés en famille d'accueil intrafamiliale.

Nos résultats ont également mis en évidence que les enfants placés dans des familles d'accueil « réseau élargi » se démarquent par un moins bon état psychologique que les autres enfants placés en famille d'accueil. À nouveau, nous pouvons expliquer cette différence par leur âge au moment du placement en famille d'accueil « réseau élargi », car ces enfants sont placés en moyenne vers 5 ans (Chartier et Blavier, 2018). Plus enclins à souffrir de troubles de l'attachement, ils ont été exposés à davantage de maltraitance et de négligence, ce qui influence fortement l'état psychologique de ces enfants (McMillen et al., 2005 ; Pecora et al., 2003 ; Salazar et al., 2013). De plus, étant donné qu'ils ont été placés plus tard, ceux-ci ont probablement connu plusieurs placements avant de se stabiliser dans une famille d'accueil, ce qui entraîne également un fort impact sur l'état psychologique des enfants (Rubin et al., 2007 ; Newton et al., 2000). Une autre explication tient au fait que les familles d'accueil « réseau élargi » se proposent de manière réactive à la situation d'une famille ou d'un enfant sans pour autant être animées au départ par le projet de devenir famille d'accueil. Elles n'ont peut-être pas toujours le temps de mûrir le projet d'accueil et de se préparer aux difficultés et conséquences du placement.

Nos résultats tendent donc à montrer que le placement en famille d'accueil intrafamiliale s'avère légèrement moins bon pour le bien-être psychologique des enfants placés. Cela s'explique selon nous par le fait que ces familles provenant du même milieu socio-économique que les parents, celles-ci rencontrent davantage de difficultés économiques que les familles sélectionnées. Conséquemment, elles recourent moins fréquemment à des soins de santé mentale pour l'enfant. Elles reçoivent également moins de ressources ou de moyens venant des services de protection de l'enfance (Farmer, 2009). Les services ont par ailleurs développé plus d'expertise dans l'accompagnement des familles d'accueil sélectionnées que dans celui des familles intrafamiliales (Scannapieco et Hegar, 2002). Cependant, ces familles jouent un rôle clé dans le système de protection de l'enfance. Il est donc

indispensable de développer des politiques ainsi que des services destinés à les soutenir qui soient susceptibles de répondre à leurs besoins et à veiller au bien-être des enfants placés chez elles (Ehrle et Green, 2002). Étant donné que ces familles ont moins tendance à signaler les difficultés (Berrick et al., 1994), il serait nécessaire de procéder à une évaluation du milieu intrafamilial et de mettre en place un plan de soutien, car celles-ci sont très souvent en proie à de multiples difficultés.

Les données que nous avons récoltées auprès des intervenants ont mis en évidence que les SAAF interviennent souvent en situation de crise dans le cas des placements intrafamiliaux. Or, nos observations montrent qu'il est indispensable de mettre en place un suivi par les SAJ ou SPJ dès qu'ils ont pris connaissance du placement. Il est en effet beaucoup plus facile de fixer un cadre ainsi que des modalités d'intervention en dehors des périodes de crise. Si après un temps déterminé, ce suivi ne s'avérait plus nécessaire, son arrêt ou sa suspension pourraient alors être envisagés.

Nos données montrent également que les familles d'accueil « réseau élargi » devraient systématiquement suivre un processus inspiré de celui des familles d'accueil « sélectionnées » afin de vérifier que celles-ci puissent mûrir le projet et prendre le temps de mesurer toutes les répercussions que celui-ci pourrait avoir sur leur famille.

La nécessité d'accompagner et de former les familles tout au long de l'accueil :

Dans de nombreux pays dont notamment la France, la Suède, les Pays-Bas, l'Espagne, la Pologne, mais également dans les pays anglo-saxons qui sont précurseurs en la matière comme l'Angleterre, les États-Unis ou l'Australie, il existe des plans de formation pour les parents d'accueil (Corbillon, 2006 ; Hansson & Olsson, 2012 ; Maaskant, 2016 ; López et al., 2011 ; Stelmaszuk, 2006 ; Roberts et al., 2016 ; Cooley et Petren, 2011 ; McGuinness et Arney, 2012). En Fédération Wallonie-Bruxelles, chaque SAAF est responsable de mettre en œuvre une formation. Il y a quelques services qui ont développé un programme de formation initiale ainsi que des groupes de soutiens entre parents d'accueil. Il n'existe cependant ni de plan de formation commun et mutualisé entre les services ni de plan de formation continue. Les groupes de soutien entre parents d'accueil ne sont d'ailleurs pas présents dans tous les services, tandis qu'aucun plan de formation n'est proposé aux familles intrafamiliales. **Il serait donc indispensable de développer une politique de formation initiale et continue** pour les familles d'accueil, qu'elles soient sélectionnées ou intrafamiliales, car plusieurs études montrent que la formation des parents d'accueil leur permet de développer un sentiment de bien-être, d'accroître la satisfaction qu'ils trouvent dans leur rôle et de diminuer l'animosité qu'ils peuvent parfois ressentir envers les parents biologiques (Fees et al., 1998 ; Sanchirico &

Jablonka, 2000 ; Whenan et al., 2009). De plus, la formation des parents d'accueil permet de limiter leur épuisement et les ruptures de placement, mais aussi d'améliorer la collaboration entre les services et les parents visés ainsi que la relation de ces derniers avec les enfants (Whiting et al., 2007). Les parents formés se sentent en outre plus soutenus, ce qui est d'autant plus important que le manque de soutien constitue l'une des raisons majeures pour lesquelles les familles mettent fin à l'accueil (MacGregor, 2006).

Les services de placement en Fédération Wallonie-Bruxelles devraient s'inspirer des différentes recherches qui ont été mises en place dans les autres pays pour développer ce plan de formation. À titre d'exemple, voici quelques initiatives qui pourraient servir d'inspiration :

Le programme PRIDE (Parent Resources for Information Development and Education) est un programme de formation initiale des familles d'accueil sélectionnées et intrafamiliales. Ce programme de 27 heures de formation permet de développer les compétences des familles dans cinq domaines : la protection et l'éducation des enfants (1), la satisfaction des besoins de développement des enfants et la prise en charge des retards de développement (2), le soutien des relations des enfants avec leur famille d'origine (3), l'établissement de relations stables et sécurisées pour les enfants (4), et la collaboration avec les intervenants autour de l'enfant (5). Les résultats indiquent que PRIDE est un programme efficace de formation pour développer les compétences de la famille d'accueil (Child Welfare League of America., 1996).

Le programme intitulé « Incredible Years » étudié par Linares et al. (2006) nous semble particulièrement intéressant à explorer, car il inclut le travail sur la coparentalité partagée entre les parents de la famille d'accueil et de la famille biologique. Ce programme développe les compétences des parents sur le jeu, le renforcement positif, l'établissement de limites claires ainsi que la gestion des comportements problématiques. Les résultats indiquent que les parents d'accueil ont fait des progrès significatifs dans l'utilisation de stratégies parentales positives ainsi que dans la réduction du comportement perturbateur de l'enfant, tandis qu'ils rapportent un meilleur fonctionnement de leur coparentalité.

Un autre programme intéressant, car déjà connu de certains services en Fédération Wallonie-Bruxelles, est le programme Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC), qui vise à aider les parents d'accueil à interpréter les comportements des enfants placés et à leur fournir un environnement familial structuré. L'intervention ABC développe les compétences du parent à encourager l'expression et la compréhension des émotions par les enfants. Les parents formés à l'ABC ont signalé moins de

problèmes de comportement de l'enfant tandis que les taux de cortisol de ces derniers étaient plus bas qu'avant la formation (Dozier et al., 2006).

Un autre programme intéressant à investiguer est le programme KEEP (Keeping foster and kinship carers trained and supported) qui est conçu pour développer les compétences parentales des parents des familles d'accueil intrafamiliales et sélectionnées afin de réduire les difficultés comportementales et émotionnelles des enfants accueillis et d'éviter les ruptures de placement. Sur les 572 enfants dont les parents ont suivi le programme KEEP, il a été observé une diminution significative des comportements problématiques de l'enfant, du stress des parents d'accueil et une meilleure discipline parentale (Roberts et al., 2016).

Un autre programme de formation intéressant est la formation expérientielle et interactive à la thérapie d'interaction parent-enfant (PCIT) qui est une intervention cliniquement efficace pour gérer les problèmes d'extériorisation des enfants. La PCIT atténue également le stress parental et améliore les attitudes ainsi que les comportements parentaux (Mersky et al., 2015).

10.3 L'impact des modalités de rencontres parents-enfants sur l'état psychologique des enfants

Notre troisième étude avait comme objectif d'évaluer l'effet des visites parentales sur l'état psychologique des enfants placés en famille d'accueil et en institution.

Nous avons déjà vu que les enfants placés en institution ont moins d'interdiction de contact avec leur parent que ceux placés en famille d'accueil. Cependant, ils ont deux fois plus de visites considérées comme étant de mauvaise qualité par rapport à ceux placés en famille d'accueil. Rappelons que nous avons identifié un effet significatif de la qualité de relation parent-enfant sur l'état psychologique des enfants placés.

L'impact de la fréquence des rencontres

Nous n'avons pas identifié d'effet significatif de la fréquence des rencontres parent-enfant sur l'état psychologique des enfants placés. Ces résultats sont similaires à d'autres études qui montrent que ce n'est pas la fréquence des contacts, mais leur qualité qui influence positivement ou négativement l'état psychologique des enfants (Hukkanen et al., 1999 ; Attar-Schwartz, 2008).

En famille d'accueil, 48,7% des mères et 41,5 % des pères rencontrent une fois par mois leur enfant. Cette fréquence est établie en fonction d'une politique des services et repose rarement sur une analyse au cas par cas. Durant nos entretiens

de captation de données, les autorités et les intervenants dans les institutions ont partagé leur regret face au fait que le placement en famille d'accueil s'accompagne systématiquement d'une réduction de la fréquence des rencontres qui passent d'une échéance hebdomadaire à mensuelle. Cela entraîne pour conséquence que de nombreux parents refusent le placement en famille d'accueil, car ils n'acceptent pas la réduction de contact associée à celui-ci.

Il y a donc un grand nombre d'enfants dont les parents sont présents notamment, les parents limités intellectuellement restent placés plus longtemps en institution que les autres.

Notre étude 3 a montré que 36,7% des mères et 35,8 % des pères avaient des rencontres toutes les semaines. De manière générale, nous n'avons pas constaté d'effet significatif de la fréquence des rencontres sur les enfants placés en famille d'accueil ou en institution. Nos résultats ne vont donc pas dans le sens des études qui montrent qu'une fréquence élevée de contact aurait un effet positif sur le bien-être de l'enfant. Nous avons seulement constaté que lorsque les pères ont une fréquence de visite élevée avec leur enfant placé en institution, ceux-ci avaient un meilleur état psychologique (Borgman, 1985 ; Fanshel et Shinn, 1979).

L'impact du lieu des rencontres

Les lieux privilégiés des rencontres entre les parents et les enfants placés en famille d'accueil sont en premier le service de placement familial, suivis ensuite par le domicile des parents de l'enfant. Tandis que le lieu privilégié des rencontres des parents avec leurs enfants placés en institution reste l'institution, et dans une moindre mesure le domicile des parents biologiques. Les enfants placés en institution vont avoir significativement plus de retours au domicile des parents que les enfants placés en famille d'accueil. Nous avons constaté que les enfants placés en institution qui ont des visites avec leur mère à l'extérieur ou qui alternent ces rencontres entre son domicile et l'institution ont en moyenne un meilleur état psychologique.

L'impact du type d'accompagnement des rencontres

Nos résultats montrent également que les enfants placés qui ont des rencontres semi-encadrées ou des rencontres à l'extérieur ainsi qu'une alternance entre le domicile et l'institution ont un meilleur état psychologique que les autres. Faute de moyens, les institutions tendent à favoriser les rencontres parent-enfant sans encadrement et à ne maintenir une supervision que dans les situations les plus problématiques. Or la présence, même à distance, d'un assistant social dans les réunions semi-supervisées semble bénéfique pour l'état psychologique des enfants.

Nos résultats indiquent donc que les enfants vont mieux lorsque des balises de sécurité existent en vue d'encadrer ces rencontres (intervenant à proximité, retour à l'institution). Ces constats doivent être mis en relation avec ceux de Beek et Schofield (2004) qui ont mis en évidence que les enfants qui avaient des contacts non supervisés avec leurs parents pouvaient être exposés à des relations stressantes, voire préjudiciables. En effet, Berger (2011) a mis en évidence que le parent peut profiter des visites avec son enfant pour prolonger les abus, à l'insu des personnes qui encadrent les visites. Il insiste sur le fait que certaines visites doivent être supervisées de la première à la dernière minute (Barnum, 1987; Carignan, 2007; Deprez & Antoine, 2011).

Nos résultats (étude 3) montrent que les enfants placés en institution sont plus nombreux à avoir de visites de mauvaise qualité avec leur parent ; tandis que celles-ci sont moins encadrées par rapport à celles qui sont organisées pour les enfants placés en famille d'accueil, ces deux éléments expliquent également pourquoi ceux-ci ont un moins bon état psychologique par rapport aux enfants placés en famille d'accueil.

Le fait que les enfants placés en institution bénéficient de moins de visites supervisées que ceux qui sont placés en famille d'accueil expliquerait également leur moins bon état psychologique.

Nos résultats rejoignent ceux de Deprez et Wendland (2015) qui soulignent qu'il est impossible de tirer une règle générale pour statuer sur les effets positifs ou négatifs des rencontres des parents avec leur enfant placé. Il faut plutôt déterminer pour quels enfants ces rencontres sont positives, bénéfiques, et identifier ceux pour lesquels elles sont susceptibles de générer davantage de problèmes et nécessitent soit une diminution de la fréquence des rencontres et/ou l'intensification de l'encadrement ainsi que le cas échéant envisager la suspension de celles-ci .

Vers un outil méthodologique pour fixer les modalités de rencontres

Les résultats de notre troisième étude montrent qu'il est indispensable de dépasser l'opposition entre l'idéologie de maintien du lien à tout prix et celle de la limitation au maximum, voire de la suspension, des contacts afin de préserver l'enfant. En effet, il est impossible de définir une ligne générale pour tous les types de situations. **Nos études montrent que l'intervenant doit analyser au cas par cas la situation de chaque enfant en prenant en compte différents facteurs.**

Les intervenants travaillant dans les services familiaux devraient pouvoir établir une fréquence de rencontres identique à celle des institutions, afin que les parents acceptent le placement en famille d'accueil que des enfants ne restent pas placés en institution plus longtemps que nécessaire. Tandis que les intervenants travaillant

dans les institutions devraient réduire la fréquence et/ou renforcer l'encadrement, voire le cas échéant suspendre les rencontres, si la qualité de la relation entre l'enfant et le parent est mauvaise et donc si celle-ci a des effets négatifs sur l'état psychologique de l'enfant.

Afin de réaliser cette analyse au cas par cas, il est nécessaire de développer un outil pour guider les intervenants dans ce processus et cette prise de décision qui n'est pas sans conséquence sur le bien-être comme l'avenir des enfants placés. Cet outil permettrait à tous les intervenants d'évaluer et de se doter à cette fin de références communes, objectivables et partagées, ce qui ressort comme une nécessité dans le secteur de la protection de l'enfance (Robin, 2010).

Voici les différents facteurs qui devraient selon nos analyses être pris en compte dans cet outil.

En premier lieu, il est essentiel de prendre en compte **le contexte** dans lequel s'inscrivent les rencontres:

Les intervenants sont-ils dans une **phase d'évaluation de la qualité de relation parent-enfant** ? Dans ce cas, si les rencontres n'ont pas d'effets négatifs et que le traumatisme de l'enfant n'est pas trop important, il y aurait lieu d'avoir des rencontres fréquentes et encadrées. Orlando et al. (2019) mettent en évidence que les visites en début de placement sont une opportunité cruciale qui doit être exploitée en faveur des interventions parentales. Ils ajoutent que ces premières visites constituent un moment clé, et qu'avec le soutien des travailleurs sociaux, elles peuvent renforcer l'engagement des parents dans le processus des visites. Cela semble d'autant plus pertinent et nécessaire que nous avons mis en évidence qu'un parent sur cinq se désengage dès la première année de placement.

Si l'enfant est dans **un projet de création du lien**, la fréquence devra être plus ou moins élevée, en fonction de son âge (Deprez et Wendland, 2015).

Si l'enfant est dans **un projet de réintégration**, la fréquence et la durée doivent être augmentées au fur et à mesure, tandis que l'encadrement devra progressivement disparaître.

Les visites sont-elles suspendues ? Dans ce cas de figure, il est parfois nécessaire de réintroduire des contacts de manière très peu fréquente et très encadrée lorsque les enfants idéalisent trop leur parent. Selon Berger (2011), l'absence totale de contacts avec le parent biologique peut laisser place à un sentiment d'idéalisation de celui-ci. Or, la visite parentale encadrée permet à l'enfant de constater l'inadéquation ou les difficultés de ses parents, ce qui lui permet de mieux assimiler les raisons de son placement.

Enfin, la plupart du temps, les visites parent-enfant s'inscrivent plutôt dans un contexte **de maintien du lien**. Dans ce cadre, les visites permettent de maintenir un attachement et un sentiment d'appartenance à long terme de l'enfant placé envers sa famille d'origine (Cantos, 1997; Delfabbro et al., 2002; Deprez et Wendland, 2015). Cela permet de limiter chez lui le sentiment d'être abandonné, tout en favorisant une meilleure compréhension de son identité comme de son histoire (Borgman, 1985 ; Cantos., 1997; Delfabbro et al., 2002; Deprez et Wendland, 2015).

Ensuite, il nous semble essentiel de prendre en compte **la parole de l'enfant** dans ce processus décisionnel. Sinclair et al. (2001) ont mis en évidence qu'il n'y avait pas d'uniformité chez les enfants concernant la fréquence de contact parent-enfant souhaitée. Certains souhaitent même ne plus en avoir. Par contre, les enfants sont unanimes sur le fait qu'ils souhaitent être consultés sur les modalités de ces contacts. De plus, cela s'inscrit dans la Convention relative aux droits de l'enfant adoptée le 20 novembre 1989, dont l'un des quatre principes généraux est le droit à la participation ou le droit de l'enfant d'exprimer son opinion. Or, il faut que celle-ci soit prise en considération dans toutes les décisions qui le concernent (Huon et al., 2020).

Cet outil devrait prendre en compte **l'état psychologique de l'enfant** ainsi que **l'impact du traumatisme** lié au placement, car dans certaines situations, les visites réveillent des souvenirs traumatiques qui se manifestent par des réactions de détresse émotionnelle. Howe et Steele (2004) soutiennent que les enfants qui ont un modèle d'attachement désorganisé sont susceptibles d'être retraumatisés s'ils sont à nouveau en contact avec les adultes qui les ont maltraités. Ils recommandent dans ce cas de figure d'interrompre les visites le temps que les enfants se sentent en sécurité et soient capables de gérer le stress lié à ce contact.

Un autre élément qui devrait être pris en considération est l'effet des rencontres parent-enfant sur l'enfant. Sont-elles vécues positivement par celui-ci, ou au contraire sont-elles source d'anxiété, voire même parfois d'angoisse? Selon Barnum (1987), il est essentiel d'identifier la **source de cette anxiété**. Il identifie trois sources possibles : est-elle l'expression de la tristesse éprouvée suite à la séparation ? L'enfant étant attaché à son parent, la séparation représente pour lui une souffrance qui sera vécue comme une succession de micros-deuils. Au contraire, est-elle une réaction face au stress intense qui résulte de la rencontre ? En effet, certaines rencontres peuvent s'avérer néfastes, voire même toxiques, pour l'enfant. Le parent peut notamment profiter de ces moments pour prolonger des abus qui avaient démarré au sein du milieu familial. Enfin, est-elle le résultat non pas de la visite parentale en soi, mais de l'influence négative du lieu de vie actuel ? La perception chez l'enfant du désaccord affiché par la personne qui prend soin de

lui face à la visite du parent biologique peut engendrer un sentiment d'angoisse ainsi que des comportements régressifs (Barnum, 1987).

Il est important de noter que la fréquence des visites doit également tenir compte de **l'âge de l'enfant**. Les enfants de moins de trois ans qui doivent construire plutôt que maintenir un lien avec leur parent devraient pouvoir bénéficier de visites quotidiennes et répétées (Deprez et Wendland, 2015).

La régularité du parent aux rencontres avec son enfant est également un élément que les intervenants doivent prendre en compte lorsqu'ils établissent les modalités de visites parent-enfant. Browne et Moloney (2001) ont mis en évidence que les enfants qui avaient des rencontres irrégulières sont les plus susceptibles d'être confus quant à leur avenir en comparaison de ceux qui ont des visites régulières et fréquentes, ou qui au contraire ont été abandonnés par leur famille naturelle. Il y a donc lieu d'adapter la fréquence des rencontres en fonction de la capacité des parents afin de leur permettre d'être réguliers ou de les suspendre dans le cas contraire. Par exemple, si un parent a une fréquence de rencontre toutes les semaines et que celui-ci n'est présent qu'une fois toutes les trois semaines. Il est alors important que l'intervenant analyse la difficulté de celui-ci à être présent toutes les semaines et mette en place un plan d'action pour lui permettre d'être régulier. Cependant, si suite à l'implémentation d'un plan d'action, le parent ne parvient toujours pas à être régulier, il est préférable d'adapter la fréquence à ses capacités, donc pour cet exemple une fois toutes les trois semaines. Dans de tels cas, il est essentiel d'adapter la fréquence aux capacités des parents afin que ceux-ci ne sentent sans cesse mis en échec face à un objectif trop ambitieux au regard de leurs capacités du moment ; et en vue d'éviter que les enfants ne soient en attente ou déçus de ne pas avoir la visite de leur parent.

De même que la parole de l'enfant, **la demande et les capacités du parent** doivent également être prises en compte. Demande-t-il à voir plus son enfant ? Les intervenants lors de nos rencontres ont mis en évidence qu'il existe une dissonance entre les paroles et les actes des parents. Ils demandent plus, mais ils ne sont pas présents aux rencontres. Aussi, il apparaît indispensable que la demande des parents soit récoltée par un intervenant de confiance, car la plupart du temps, la relation entre les intervenants et les parents est une relation de pouvoir particulièrement déséquilibrée (Mackiewicz, 1998). En effet, cette relation poursuit deux objectifs qui sont dans certains cas antinomiques. À la fois, ils doivent aider et soutenir le parent en difficulté, tout en assurant la protection de l'enfant. Les intervenants endossent donc le rôle de soutien et d'aide, ainsi que le rôle de contrôle de l'éducation parentale qui peut être perçu comme une menace pour le parent (Join-Lambert et al., 2014). Join-Lambert et al. (2014) insistent donc sur le fait qu'il est indispensable de créer une relation de confiance entre l'intervenant et le parent notamment en s'intéressant à ce qu'ils pensent être le mieux pour eux et

pour leur enfant. Il pourrait être envisagé que cette parole ne soit pas nécessairement récoltée par les intervenants travaillant au sein des services, mais peut-être par d'autres intervenants de leur réseau qui n'endossent pas cette double casquette.

10.4 Un projet de vie adapté aux capacités des parents et aux besoins des enfants

10.4.1 La réintégration familiale : utopie ou réalité ?

Dans notre quatrième étude, nous avons évalué sur base des perceptions des intervenants si les enfants placés en institution avaient plus de chances de retourner vivre chez un de leurs parents biologiques que ceux qui sont placés en famille d'accueil. Conformément à d'autres études sur le sujet, nous avons montré que les enfants dont les parents leur rendent régulièrement visite et restent présents dans leur vie ont plus de possibilités de réintégrer leur famille d'origine, quel que soit le type de placement (Cantos, 1997 ; Davis et al., 1996 ; Delfabbro et al., 2002 ; Haight et al., 2005).

Nos données confirment que, **au fur et à mesure que les enfants placés en famille d'accueil grandissent, leurs possibilités de réunification avec leur famille diminuent** (Courtney, 1994 ; Courtney et Wong, 1996 ; Finch et al., 1986 ; Goerge, 1990 ; Sinclair et al., 2006). Ceci est expliqué en partie par le fait que plus les enfants grandissent, plus les parents disparaissent de leur vie. Rappelons que nous avons d'ailleurs observé que 10% des mères cessent de rencontrer leur enfant au cours de la première année de placement. De plus, après un certain temps de placement en famille d'accueil, nous avons constaté que les intervenants se retrouvent confrontés à un dilemme : doivent-ils s'engager dans un processus de réintégration alors que l'enfant a développé des liens d'attachement sécurisé avec sa famille d'accueil (Gauthier et al., 2004) ? **En effet, engager un tel processus de réintégration équivaudrait à une nouvelle séparation traumatique** qui recréerait le traumatisme de la séparation avec les figures d'attachement de l'enfant et s'avérerait vraisemblablement délétère pour lui (Vanderfaellie et al., 2015).

En revanche, **il n'existe pas de relation significative entre l'âge et les possibilités de réintégration des enfants en institution**. Nous avons constaté que les intervenants estiment que les possibilités de réintégration sont plus grandes pour les enfants placés en institution, alors qu'en réalité, le pourcentage d'enfants qui étaient dans un processus de réintégration au moment de notre collecte de données était très faible (1%) et équivalait aux deux autres types de placement. Cependant, les intervenants estiment que les enfants en institution ont plus de possibilités de

réintégration (13%) que ceux en famille d'accueil (4%). Malgré ces estimations favorables, lorsque nous avons interrogé les intervenants sociaux sur le projet de vie des enfants placés en institution, ceux-ci estimaient qu'un projet de réintégration familiale serait envisageable uniquement pour 30% des enfants placés en institution. Par conséquent, ce projet était inenvisageable pour 70% des enfants, ce qui est équivalent aux enfants placés en familles d'accueil.

Il faut également noter que les intervenants estimaient que seuls 8% des enfants placés en institution pouvaient retourner vivre au sein de leur famille, contre 6% des enfants placés en famille d'accueil. Nous pouvons donc conclure que même si les perspectives de réintégration familiale sont légèrement plus favorables pour les enfants placés en institution, dans la réalité elles sont équivalentes à celles des enfants placés en famille d'accueil. Nous émettons l'hypothèse que les perspectives de réintégration des enfants placés en institution ont été évaluées à la hausse comparées à la situation des enfants placés en famille d'accueil, car il est difficile pour les intervenants d'envisager que leur enfance puisse se passer dans une institution.

En conclusion, selon les intervenants, un projet de réintégration familiale est inenvisageable pour 70% des enfants en Fédération Wallonie-Bruxelles.

10.4.2 La nécessité d'aider les parents de manière intensive et pluridisciplinaire.

Nous avons constaté que 39% des enfants placés en famille d'accueil n'ont plus aucune rencontre avec l'un de leurs deux parents. Les mères arrêtent d'être présentes dans la vie de l'enfant après 3 ans en moyenne. Notons que 10,3% d'entre elles renoncent aux rencontres avec leur enfant endéans la première année. 26,6% des pères étaient déjà absents avant le placement, tandis que 17,3% d'entre eux sortent de la vie de leur enfant suite au placement en FA à raison d'une moyenne de 2,5 ans. Un peu plus de la moitié (8,5%) des pères arrêtent de voir leur enfant dès la première année de placement en famille d'accueil.

D'un autre côté, 21% des enfants placés en institution n'ont plus aucune rencontre avec l'un des deux parents. Les mères arrêtent en moyenne d'être présentes dans la vie de l'enfant après 2,8 ans. 4,9 % d'entre elles arrêtent les rencontres dès la première année de placement. 16 % des pères sortent de la vie de leur enfant après le placement au sein de l'institution actuelle après en moyenne 2,1 ans. La moitié (8%) d'entre eux arrêtent de voir leur enfant la première année de placement en institution.

La première année est donc cruciale pour maintenir les parents présents dans la vie de leur enfant. Dès que l'enfant est éloigné de son parent, le chronomètre est enclenché. La théorie de l'attachement a mis en évidence l'importance de développer une relation stable et sécurisée dans les premières années de la vie d'un enfant (Letourneau et al., 2015). Or, le temps de l'enfant n'est pas le temps des adultes. Les premiers mois de leur vie sont cruciaux pour le développement de cette relation primordiale qui sera essentielle pour le bon développement mental de l'enfant (Zeanah et al., 2017). Il est donc nécessaire de statuer le plus rapidement possible si le parent est à même de répondre aux besoins de son enfant et, dans le cas contraire, d'envisager un cadre sécurisant et stable pour l'enfant. C'est pourquoi, sur base de la littérature sur le sujet, il serait nécessaire de repenser complètement l'aide actuelle offerte aux parents en Fédération Wallonie-Bruxelles afin de favoriser la réunification familiale dans les faits et non pas seulement dans les volontés théoriques ou idéologiques.

Afin de maximiser la réintégration familiale, il serait pertinent de développer un plan de soutien intensif et multidisciplinaire, c'est-à-dire réunissant les différents acteurs des secteurs du handicap, de la protection de la jeunesse et de la santé mentale. Un tel plan de soutien devrait être mis sur pied dès la première année de prise en charge de l'enfant.

- **Il conviendrait de s'inspirer des programmes qui présentent les meilleurs succès en termes de réunification familiale. Il s'agit de programmes d'aide intensive** des parents qui intègrent une approche multidisciplinaire et qui traitent **les problèmes de santé mentale** dont notamment la toxicomanie et la violence domestique (Farmer et Wijedasa, 2013 ; Jedwab et al., 2018 ; Marsh et al., 2006) ;
- **les difficultés pratiques et économiques** qui peuvent être un manque d'argent, de solution pour garder les enfants ou encore une problématique de logement (Berry, 2002 ; Miller et al., 1984) ;
- **l'isolement social des parents.** Le développement d'un réseau social fort autour des familles est un autre gage de réussite. Des études ont montré qu'un réseau social fort autour de la famille favorise la réalisation et le maintien de la réunification (Balsells et al., 2015 ; Cole et Caron, 2010 ; Talbot, 2008).

De surcroît, il ressort de plusieurs études que les thérapies familiales sont beaucoup plus efficaces que les thérapies individuelles (Brook et al., 2012 ; Horwitz et al., 2010), les thérapies de groupe étant par ailleurs très efficaces avec les parents en vue de favoriser la réintégration (Berry et al., 2007 ; Warsh et al., 1996).

En outre, les programmes d'intervention qui favorisent une participation libre plutôt qu'imposée obtiennent des résultats significativement meilleurs en termes de réunification familiale (Carroll et al., 2001 ; Chaffin et al., 2011).

Dans ce contexte, le développement d'une relation de confiance entre l'équipe d'intervenants et les parents constitue un élément essentiel au succès de l'intervention (Kemp et Turnbull, 2014). Trop souvent, les parents se retrouvent dans des relations au sein desquelles les travailleurs sociaux soulignent leurs échecs et leur incompétence avec pour résultat qu'ils se désengagent des programmes de soutien qui leur sont proposés. C'est pourquoi il est essentiel de former les intervenants sociaux à identifier les forces des parents sur lesquelles ceux-ci peuvent s'appuyer afin de répondre aux besoins de leur enfant dans une démarche participative plutôt que directive (Lessard et al., 2007).

De plus, nous avons vu que les intervenants travaillant au sein des institutions et des SAAF doivent endosser un double rôle parfois antinomique qui conjugue aide et évaluation (Join-Lambert et al., 2014).

C'est pourquoi cette aide intensive devrait être assurée par une équipe indépendante de celle qui assume le suivi de l'enfant.

10.4.3 L'importance de définir un autre projet que celui de la réintégration familiale

À la fin de ce programme d'aide intensive et multidisciplinaire pour accompagner la réunification entre l'enfant et son parent, il serait essentiel de décider si ce projet est possible pour l'enfant et, dans le cas contraire, d'en définir un autre. Les différents projets possibles devraient être les suivants. Ils sont présentés par ordre de priorité à leur accorder.

Le placement à long terme en famille d'accueil avec une coparentalité partagée :

Nous avons déjà longuement abordé les effets traumatiques d'une séparation des enfants de leur famille d'accueil quand ceux-ci ont développé avec elle des liens d'attachement sécurisés. Nous avons également vu que le placement en famille d'accueil s'avère nettement plus bénéfique pour les enfants que le placement en institution. Nos analyses suggèrent donc que dans le cas où un projet de réintégration à court terme n'est pas envisageable, il faudrait s'orienter vers un projet de regroupement familial plutôt que de réunification familiale, c'est-à-dire assurer une place à la famille biologique de l'enfant sans que l'objectif poursuivi soit la réunification avec celle-ci (Maluccio et al., 1996).

Afin d'assurer une place à la famille biologique, il conviendrait de s'orienter vers une coparentalité. Dans les recherches relatives aux familles d'accueil, le terme de coparentalité sert à définir le partenariat complexe entre la famille d'origine et la famille d'accueil, qui est la condition fondamentale au bien-être de l'enfant (Minuchin et al., 2007). La coparentalité est par conséquent le processus de partage des responsabilités de deux familles au sein duquel les actions d'une famille affectent les actions de l'autre et vice versa (Linares et al., 2010). Il existe différentes expériences de partage de la parentalité, notamment dans les kibboutz où les enfants ont plusieurs figures parentales qui assurent leur éducation de manière complémentaire et se soutiennent l'une et l'autre (Bornstein et al., 1997). Linares et al., (2006) mettent en avant que le soutien de la famille d'accueil aux parents biologiques permet une éducation plus efficace des enfants. Cette coparentalité permettrait d'atténuer l'animosité existant entre la famille d'accueil et la famille d'origine, ce qui entraînerait la diminution de l'insécurité émotionnelle dans laquelle les enfants se trouvent lorsque les deux familles sont en conflit et donc d'augmenter leur bien-être (Cummings et al., 2006).

Le projet de l'enfant serait alors un placement à long terme en famille d'accueil avec une coparentalité partagée jusqu'à la majorité entre la famille d'accueil et la famille biologique. Le concept de coparentalité fait référence au partenariat des parents biologiques et de la famille d'accueil dans le rôle parental.

Dans ce projet, l'enfant aurait l'assurance d'avoir les deux familles dans sa vie jusqu'à sa majorité, aussi le placement serait « permanent ». Toutefois, les modalités de garde pourraient être revues chaque année, toutes les possibilités étant envisageables : garde à temps plein par la famille d'accueil avec des rencontres prévues, garde à temps plein par la famille d'accueil avec des week-ends en famille biologique, garde alternée, garde à temps plein par les parents biologiques avec des week-ends en famille d'accueil, etc.

Le fait que le projet soit clair pour tous les protagonistes (parents biologiques, familles d'accueil, intervenants mais aussi et surtout les enfants) permettrait d'apaiser toutes les parties et de développer une plus grande bienveillance envers les parents biologiques, principalement de la part de la famille d'accueil, qui serait en retour rassurée sur sa place auprès de l'enfant par un cadre plus clair et permanent. Rappelons que la bonne entente des deux familles a un impact important sur l'état psychologique des enfants placés (Cummings et al., 2006). Cette situation devrait également apaiser les conflits de loyauté auxquels les enfants sont si souvent confrontés.

En outre, la coparentalité nécessiterait de revoir certaines pratiques actuelles concernant les rencontres parent-enfant. À l'évidence, il serait nécessaire que les SAAF puissent envisager une fréquence hebdomadaire pour les rencontres.

Cependant, faute de moyens, il est difficilement envisageable que les SAAF assurent des visites encadrées toutes les semaines. Les SAAF devraient donc envisager des solutions créatives pour atteindre cet objectif, telles que des ateliers de groupe parent-enfant, laisser à terme l'encadrement de la visite à la famille d'accueil, ou que les parents puissent assister à une activité sportive de l'enfant, etc. Cela permettrait aux mandants de s'orienter plus rapidement vers un placement familial, même lorsque les parents sont présents, notamment pour ceux d'entre eux qui souffrent de limites intellectuelles.

Daniel Coum (2013) propose d'aller au-delà du clivage qui peut opposer les deux familles d'accueil et d'origine, à travers la nécessité de revisiter nos représentations en pensant à une possible co-filiation.

Ce projet cadre avec les travaux de recherche actuels en France qui montrent que l'accueil familial n'est plus dans une logique de substitution, mais dans une combinaison de multiples figures parentales significatives autour de l'enfant (Chapon 2014, Chapon et Siffrein-Blanc 2017). La cohérence des liens devient alors primordiale, le but du placement n'étant plus ici ni le retour en famille ni l'adoption de l'enfant par la famille d'accueil, mais plutôt l'inscription de celui-ci au cœur de l'agencement entre plusieurs figures parentales (Maluccio et al., 1996 ; Coum, 2013). On parle ici de parentalité d'accueil possible dans le cadre d'un vrai partage entre la famille d'accueil et la famille d'origine. Or, c'est un nouveau paradigme qui est présenté.

Le placement à long terme en institution de petite taille avec une coparentalité partagée :

Notre revue de la littérature (Dore, 1994 ; Llosada-Gistau et al., 2015) montre par ailleurs que le placement en famille d'accueil peut s'avérer trop compliqué pour certains enfants, soit parce qu'ils ont besoin d'un programme structuré et ne peuvent tolérer l'intimité émotionnelle d'une famille d'accueil, soit parce qu'ils souffrent de problèmes comportementaux ou émotionnels trop importants (Dore 1994) et/ou ont une relation avec leurs parents biologiques qui génère un conflit de loyauté trop important pour permettre un placement en famille d'accueil (Llosada-Gistau et al. (2017).

Pour ces enfants, il faudrait s'orienter vers des petites structures d'hébergement en s'assurant que le placement puisse être assuré sur le long terme afin de favoriser une stabilité au placement. Rappelons que l'un des effets extrêmement délétères du placement en institution est que celui-ci s'avère généralement synonyme de placements multiples. Ainsi, les enfants placés de façon **stable** dans **des petites structures** récupèrent un attachement sécurisé et une bien meilleure santé mentale que ceux qui sont placés en institution classique (Leloux-Opmeer et al., 2017).

L'adoption

Un dernier projet possible reste l'adoption. En Belgique comme en France, il existe deux formes d'adoption. L'adoption plénière consiste à intégrer parfaitement l'enfant dans sa famille d'adoption et par conséquent de rompre totalement et définitivement tous les liens de droit entre l'enfant adopté et sa famille d'origine. L'adoption simple quant à elle permet aux enfants adoptés de maintenir un lien de filiation avec leur famille d'origine. L'adoption simple est une filiation additive, contrairement à l'adoption plénière qui est une filiation substitutive (Lavallée, 2008). À titre d'exemple, en France, sur les 9 979 jugements statuant sur des adoptions en 2018, 73 % ont été des adoptions simples pour 27 % d'adoptions plénières (Belmokhtar, 2020). De tels chiffres ne sont malheureusement pas disponibles en Belgique. Cependant, le nombre d'enfants adoptés au niveau international a fortement diminué en passant de 169 en 2012 à 54 en 2020 (nombre d'enfants adoptés par pays d'origine, 2020). Or, l'adoption simple et complétive pourrait être un outil intéressant pour répondre aux souhaits des familles souhaitant adopter un enfant d'une part, et aux besoins des enfants dont les parents biologiques sont profondément carencés et pour lesquels un projet de réunification est inenvisageable d'autre part. Cette solution permettrait à l'enfant de maintenir des contacts avec sa famille d'origine et de l'intégrer dans son histoire tout en ayant l'opportunité de développer une relation sécurisée et stable avec sa famille adoptive (Mantz et Mantz, 2012). Nos résultats ont montré que 2,3% des enfants n'ont jamais vu leurs parents et ont été abandonnés à l'hôpital par ceux-ci. Ces enfants sont alors placés dans une famille d'accueil qui ne se destine pas à un projet d'adoption. Cependant, il n'est pas rare que les autorités proposent à la famille d'accueil d'adopter l'enfant après une dizaine d'années. Dans ces cas de figure, il serait donc plus judicieux d'envisager une adoption simple à la place d'un placement en famille d'accueil, permettant ainsi aux parents de reprendre des contacts avec l'enfant s'ils le souhaitent.

Nous avons pu constater au fil de nos entretiens que ce sujet était relativement tabou et peu discuté avec les parents biologiques. Pourtant, même si cette piste n'est clairement pas celle à privilégier de manière systématique, elle peut dans certaines situations être considérée comme l'un des projets possibles, notamment s'il est prévu un maintien du lien entre l'enfant et ses parents biologiques. Cette piste devrait être envisagée avec certains parents biologiques lors de la période de travail intensif.

10.4.4 La nécessité d'adapter la législation à la réalité de terrain et au besoin de stabilité des enfants

Nos données ainsi que notre revue de la littérature démontrent que la stabilité du placement est nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques en termes de développement des enfants comme des jeunes (Pasztor et al., 2006 ; Schmidt et Treinen, 2017 ; Schormans et al., 2006). Elle permet à la fois d'assurer la sécurité des enfants (Lanigan et Burleson, 2017) et de permettre une meilleure communication au sein des familles (Storer et al., 2012). De plus, rappelons également que Gauthier et al. (2004) considèrent que les réintégrations familiales qui ont lieu alors que les enfants ont développé des liens d'attachement sécurisé avec leur famille d'accueil s'avèrent extrêmement délétères pour eux.

À l'heure actuelle, la Loi en Fédération Wallonie-Bruxelles ne permet pas les placements à long terme dès lors que seuls les projets de réunification en famille sont prévus par les textes, et ce alors que selon nos données, les intervenants estiment qu'un projet de réintégration n'est pas envisageable pour 70% des enfants. Or, malgré cette faible perspective de réintégration dans les faits, chaque placement doit être soumis à une réévaluation chaque année. Une situation qui place tous les acteurs dans une position difficile :

- * Les parents chez qui est parfois entretenu le faux espoir de récupérer un jour leur enfant et qui finissent par se décourager face aux difficultés (en moyenne après 3 ans).
- * L'enfant, car après un certain temps passé dans sa famille d'accueil (également après en moyenne plus ou moins 3 ans), le retour dans sa famille d'origine signifierait une nouvelle rupture de ses liens d'attachements principaux, avec les traumatismes qui peuvent y être associés.
- * La famille d'accueil, car même si les mandants sont très clairs sur l'aspect temporaire de leur action, ils reçoivent constamment un double message : occupez-vous-en comme si c'était le vôtre, mais à tout moment nous pouvons le retirer. Ce message crée une insécurité chez certaines familles d'accueil qui adoptent alors une position hostile vis-à-vis des parents biologiques et n'ont de cesse de mettre en avant les défaillances de ceux-ci de peur que l'enfant leur soit repris.
- * Les intervenants qui se sentent constamment mis en échec face à l'unique projet « officiel » de réunification de l'enfant dans sa famille d'origine.

Le nouveau code de la prévention de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse du 18 janvier 2018 a déjà permis une belle avancée en introduisant la notion de projet de l'enfant afin d'assurer la cohérence dans la prise en charge des

enfants placés (fil rouge). Cependant, les résultats obtenus à travers nos différents travaux suggèrent que la législation en Fédération Wallonie-Bruxelles devrait évoluer, notamment comme celle de nos voisins flamands qui prévoit différents types de placement, dont un placement familial offrant une perspective, c'est-à-dire le placement familial à caractère continu (Article 6 du Décret flamand portant organisation du placement familial du 29 juin 2012).

La reconnaissance de la possibilité qu'un projet de réintégration soit inapplicable et que le placement doive donc être envisagé jusqu'à la majorité de l'enfant existe dans plusieurs pays déjà. En France notamment, qui prévoit qu'exceptionnellement, si les parents présentent des difficultés éducatives graves, sévères et continues, le placement dans un service ou une institution peut être prononcé pour une durée supérieure à deux ans (Article 375 du Code civil français du 16 mars 2016).

Les intervenants ont partagé que l'un des freins régulièrement évoqués pour les familles hésitantes à devenir famille d'accueil est la crainte de s'attacher à l'enfant et que celui-ci ne leur soit enlevé. Nos études suggèrent que le fait que la législation prévoit des placements jusqu'à la majorité permettrait d'apaiser une des craintes majeures des familles d'accueil potentielles et donc d'augmenter le nombre de familles d'accueil candidates.

Très souvent, la raison évoquée pour ne pas mettre en œuvre un changement en protection de l'enfance est le manque de moyens humains comme financiers. Cette évolution de la loi aurait le mérite de ne pas exiger de moyens financiers supplémentaires, tout en ayant un impact important sur le recrutement des familles d'accueil. De plus, cette évolution serait beaucoup plus respectueuse pour toutes parties concernées, en premier lieu desquelles les enfants qui pourraient ainsi être sécurisés dans leurs liens d'attachement.

10.5 Limites et perspectives

Une des principales limites des différentes études est qu'elles sont principalement basées sur la parole et les évaluations des intervenants. Les enfants, les familles d'accueil ainsi que les parents n'ont pas été questionnés sur le sujet. Il serait intéressant de compléter cette recherche avec leur point de vue sur la situation.

Une autre limite est qu'elles ont été faites sur base d'une évaluation subjective des intervenants et non sur base d'outil scientifiquement standardisé. Il serait donc nécessaire de continuer à évaluer les différents critères tels que l'état psychologique de l'enfant, la qualité de la relation parent-enfant, la qualité de relation enfant-accueillant, les effets de visites avec des outils scientifiquement standardisés. En outre, cette évaluation a été réalisée à un moment donné, il n'est

donc pas possible de tirer des conclusions sur l'effet de certains facteurs sur la durée. Il serait donc extrêmement intéressant de mener une recherche longitudinale qui mesurerait l'état psychologique des enfants placés en fédération Wallonie-Bruxelles.

Un des grands avantages de l'outil informatique que nous avons développé en co-construction avec les intervenants est qu'il permettrait à la fois d'aider les intervenants dans leur travail journalier, mais également d'alimenter une base de données longitudinale sur les enfants placés et de pouvoir analyser les facteurs qui peuvent influencer leur santé mentale (qualité de relation, fréquence des visites, encadrement, lieu, objectif, etc.).

Nous pensons qu'il serait très intéressant d'évaluer à travers une recherche la mise en place d'un pilote d'un programme d'aide intensive et multidisciplinaire avec les parents des enfants placés afin de mesurer les effets sur la réintégration, les parents et les enfants.

Une autre question de recherche qui nous semblerait essentielle de développer serait d'analyser l'effet d'un projet de coparentalité partagée jusqu'à la majorité sur la santé mentale des enfants placés, leur sentiment de conflit de loyauté, l'acceptation et le bien-être des parents biologiques et de la famille d'accueil.

Il conviendrait également d'analyser combien d'enfants sont effectivement réintégrés au sein de leur famille biologique et l'effet de cette réintégration sur leur santé mentale. Ces retours devraient également être suivis de près afin de mesurer combien de retours se soldent par un nouveau placement.

Nous pensons également qu'il serait intéressant d'évaluer à travers la recherche l'efficacité de mise en place de programme de formation à destination des familles d'accueil intrafamiliales et sélectionnées. Il faudrait évaluer l'impact de ces formations, notamment sur la stabilité du placement et le bien-être des familles d'accueil.

En outre, développer toutes questions de recherche qui permettrait de favoriser l'attachement des enfants avec leur éducateur en institution, notamment ceux qui favorisent le développement de leur sensibilité, nous semble également un axe essentiel pour les prochaines années.

Enfin, mener une recherche pour mieux comprendre quels sont les freins actuels pour devenir famille d'accueil et particulièrement pour les enfants plus grands. Que devrions-nous faire pour avoir plus de famille d'accueil ? La piste d'envisager une rémunération devrait être également analysées dans cette recherche.

CONCLUSION GÉNÉRALE

11 CONCLUSION GÉNÉRALE

Nos résultats ont mis en évidence qu'un grand nombre d'enfants n'avaient plus de contacts avec leurs parents biologiques. Nous avons par ailleurs constaté que ceux-ci se désengagent rapidement une fois que l'enfant est placé. Les trois premières années, et particulièrement la première année de placement, sont critiques pour maintenir les parents dans la vie de leur enfant. Nous avons également constaté que bien que le seul projet prévu par la législation soit la réintégration familiale, les intervenants estiment que celui-ci est inenvisageable pour 70% des enfants placés, que ce soit en famille d'accueil ou en institution. Face à ces deux constats, il est indispensable de mettre en place un plan d'accompagnement intensif des parents le plus tôt possible qui traiterait à la fois des problèmes de santé mentale, dont notamment la toxicomanie et la violence domestique, des difficultés pratiques et économiques, de leurs difficultés liées à la parentalité ainsi que de leur isolement social.

Cependant, à l'issue de ce programme d'aide, il est essentiel de développer un projet pour l'enfant cohérent avec les capacités des parents. Nous avons vu à quel point il est indispensable pour leur santé mentale que les enfants puissent développer un attachement sécurisé. C'est pourquoi ceux-ci ne peuvent pas être mis en attente indéfiniment. Or, si le projet de réintégration auprès de leurs parents n'est pas possible à court terme, il est primordial pour la santé mentale des enfants placés de développer un autre projet. Ce projet peut être un projet de coparentalité partagée jusqu'à la majorité, mais il faudrait aussi pouvoir dans certaines situations envisager l'adoption simple ou plénière. Le fait que le projet soit clair pour tous les protagonistes (parents biologiques, familles d'accueil, intervenants mais aussi et surtout les enfants) permettrait d'apaiser toutes les parties et de développer une plus grande bienveillance envers les parents biologiques, principalement de la part de la famille d'accueil qui serait elle-même rassurée de la place qu'elle occupe auprès de l'enfant grâce à un cadre plus clair et permanent. Rappelons que la bonne entente des deux familles a un impact important sur l'état psychologique des enfants placés (Cummings et al., 2006). Cette situation devrait également apaiser les conflits de loyauté auxquels les enfants sont si souvent confrontés. La coparentalité nécessiterait de revoir certaines pratiques actuelles concernant les rencontres parent-enfant, pour ce faire, il serait nécessaire que les SAAF puissent envisager une fréquence de rencontres hebdomadaire. Cela pourrait notamment permettre de s'orienter plus rapidement vers un placement en famille d'accueil pour les enfants avec des parents déficients intellectuellement.

Il serait donc nécessaire de modifier la législation pour permettre des placements à plus long terme comme cela est prévu dans nos pays voisins.

Nos résultats ont en outre mis en évidence que les enfants placés en institution avaient en moyenne un moins bon état psychologique que ceux placés en institution.

Cette différence peut pour partie s'expliquer par le fait que les enfants placés en institution le sont en moyenne plus tard que ceux qui sont placés en famille d'accueil. Le fait qu'ils soient placés plus tard a notamment pour conséquence qu'ils vivent deux fois plus de maltraitance chez leur mère et trois fois plus chez leur père. Nous avons vu que la maltraitance, voire même simplement des conditions de vie précaires, ont un impact important sur le développement cognitif et psychologique des enfants.

Une autre explication peut provenir du fait que les enfants placés en institution ont moins de visites interdites avec leur parent, en contrepartie ils ont en moyenne plus de visite avec une mauvaise qualité de relation avec leur parent que les enfants placés en familles d'accueil. Si la présence ou non des parents dans la vie de leur enfant n'influence, ni positivement, ni négativement, l'état psychologique de ces derniers, la qualité des relations parent-enfant comporte quant à elle un effet significatif sur celui-ci. En effet, une relation parent-enfant positive influence positivement l'état psychologique. À l'inverse, une relation négative a un impact négatif sur l'état psychologique de l'enfant. Nos résultats ont également mis en évidence que les enfants placés en institution bénéficiaient moins d'un encadrement durant les visites que les enfants placés en familles d'accueil.

Nos résultats suggèrent donc qu'il est impératif de sortir de l'idéologie du maintien du lien à tout prix avec les parents biologiques. En pratique, il est nécessaire d'identifier à quels enfants profitent les rencontres parent-enfant pour le cas échéant augmenter la fréquence de celles-ci en supprimant progressivement l'encadrement. À l'inverse, il est indispensable de protéger les enfants qui ont des rencontres de mauvaise qualité avec leurs parents en augmentant l'encadrement et en diminuant la fréquence des rencontres, voire même en les suspendant. C'est pourquoi, dans le cadre de cette thèse de doctorat, nous avons développé un outil en co-construction avec les intervenants. Cet outil est conçu pour aider les intervenants à analyser au cas par cas la situation de chaque enfant placé afin de fixer des modalités de visite adaptées (fréquence, lieu, encadrement). De sorte que cet outil permettrait aux intervenants de développer de références communes, objectivables et partagées qui sont à ce jour inexistantes dans le secteur de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles.

En outre, nos résultats ont montré que le facteur qui prédit le mieux l'état psychologique des enfants est la relation de ceux-ci avec leur famille d'accueil ou avec leur éducateur-référent. À nouveau, nous avons constaté que les enfants placés en institution avaient en moyenne une moins bonne qualité de relation avec leur

éducateur-référent, que les enfants placés en famille d'accueil avec leur parent d'accueil. Il conviendrait donc de développer des programmes pour favoriser la qualité de la relation entre les éducateurs référents et les enfants placés en institution, notamment en développement de leur sensibilité afin de permettre un meilleur attachement.

Conformément à la littérature, nos résultats mettent donc clairement en évidence que le placement familial est meilleur pour la santé mentale des enfants que le placement en institution. Cependant, malgré une politique qui affiche favoriser le placement familial en Fédération Wallonie-Bruxelles, 45% des enfants sont placés en institution. À cet effet, il conviendrait donc d'augmenter le nombre de places dans les services de placement familiaux et par la même le nombre de familles sélectionnées afin de diminuer le nombre d'enfants placés en institution. Il est indispensable de mettre en place des campagnes ciblées afin de pouvoir recruter beaucoup plus de familles d'accueil dont notamment celles qui seraient prêtes à accueillir des enfants plus grands voire des adolescents.

Enfin, nos résultats montrent que le placement en famille d'accueil intrafamiliale est un placement à investir, car celui-ci permet aux enfants de développer une bonne santé mentale, même si celle-ci s'avère sensiblement inférieure à celle des enfants placés en familles d'accueil sélectionnées. Il conviendrait donc de renforcer l'accompagnement des familles d'accueil intrafamiliales et des familles d'accueil en général. Or, il existe différents programmes de formation qui pourraient accompagner les familles tout au long de l'accueil et servir de source d'inspiration pour les services de placement familiaux de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

12 BIBLIOGRAPHIE

- Accueil spécialisé—Office de la naissance et de l'enfance. (s. d.). Consulté 20 février 2022, à l'adresse <https://www.one.be/professionnel/milieus-daccueil/accueil-specialise/>
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1991). Child behavior checklist. Burlington (Vt), 7, 371-392.
- Ackerman, J. P., & Dozier, M. (2005). The influence of foster parent investment on children's representations of self and attachment figures. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(5), 507-520. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2005.06.003>
- Ainsworth, F., & Thoburn, J. (2014). An exploration of the differential usage of residential childcare across national boundaries. *International Journal of Social Welfare*, 23(1), 16-24. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12025>
- Akin, B. A. (2011). Predictors of foster care exits to permanency: A competing risks analysis of reunification, guardianship, and adoption. *Children and Youth Services Review*, 33(6), 999-1011. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.01.008>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC.
- Anglin, J. P. (2004). Creating "Well-Functioning" Residential Care and Defining Its Place in a System of Care. *Child and Youth Care Forum*, 33(3), 175-192. <https://doi.org/10.1023/B:CCAR.0000029689.70611.0f>
- Aranda, C. (2019). Le point de vue des parents d'enfants placés avant l'âge de trois ans. *Recherches familiales*, 16(1), 51-64.
- Armsden, G., Pecora, P. J., Payne, V. H., & Szatkiewicz, J. P. (2000). Children Placed in Long-Term Foster Care: An Intake Profile Using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(1), 49-64. <https://doi.org/10.1177/106342660000800106>
- Arora, N., Kaltner, M., & Williams, J. (2014). Health needs of regional Australian children in out-of-home care. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50(10), 782-786. <https://doi.org/10.1111/jpc.12637>
- Assistance et suivi en cas de décision judiciaire ... Le Service de la Protection de la jeunesse et l'aide imposée ... - Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles. (s. d.). Consulté 20 février 2022, à l'adresse <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=332>
- Attar-Schwartz, S. (2008). Emotional, behavioral and social problems among Israeli children in residential care: A multi-level analysis. *Children and Youth Services Review*, 30(2), 229-248. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.09.009>
- Atwool, N. R. (2010). *Children in care*. Office of the Children's Commissioner, New Zealand
- Backe-Hansen, E., Egelund, T., & Havik, T. (2010). *Barn og unge i fosterhjem – en kunnskapsstatus*. bufdir.no | Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. <https://bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00001092>
- Backe-Hansen, E., Højer, I., Sjöblom, Y., & Storø, J. (2013). Out of home care in Norway and Sweden – similar and different. *Psychosocial Intervention*, 22(3), 193-202. <https://doi.org/10.5093/in2013a23>
- Baker, A. J. L., Mehta, N., & Chong, J. (2013). Foster Children Caught in Loyalty Conflicts: Implications for Mental Health Treatment Providers. *The American Journal of Family Therapy*, 41(5), 363-375. <https://doi.org/10.1080/01926187.2012.728902>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H. van, & Kroonenberg, P. M. (2004). Differences in attachment security between African-American and white children: Ethnicity or socio-economic status? *Infant Behavior and Development*, 27(3), 417-433. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2004.02.002>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Steele, H., Zeanah, C. H., Muhamedrahimov, R. J., Vorria, P., Dobrova-Krol, N. A., Steele, M., van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., & Gunnar, M. R. (2011). Iii. Attachment and Emotional Development in Institutional Care: Characteristics and Catch Up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 62-91. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00628.x>
- Balsells, M. À., Pastor, C., Mateos, A., Vaquero, E., & Urrea, A. (2015). Exploring the needs of parents for achieving reunification: The views of foster children, birth family and social workers in Spain. *Children and Youth Services Review*, 48, 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.12.016>
- Barber, J. G., & Delfabbro, P. H. (2002). The Plight of Disruptive Children in Out-of-Home Care. *Children's Services*, 5(3), 201-212. https://doi.org/10.1207/S15326918CS0503_5
- Barber, J. G., & Delfabbro, P. H. (2009). The profile and progress of neglected and abused children in long-term foster care. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 421-428. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.013>
- Barber, J. G., Delfabbro, P. H., & Cooper, L. L. (2001). The Predictors of Unsuccessful Transition to Foster Care. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(6), 785-790. <https://doi.org/10.1017/S002196300100751X>
- Bar-Nir, D., & Schmid, H. (1998). Psychosocial treatment and relations between children in residential boarding schools and their parents. *Child and Family Social Work*, 3, 247-257. doi:10. 1046/j.1365-2206.1998.00077.x
- Barnum, R. (1987). Understanding Controversies in Visitation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 788-792. <https://doi.org/10.1097/00004583-198709000-00029>

- Barth, R. P., Biemer, P., Runyan, D., Webb, M. B., Berrick, J. D., Dowd, K., Griffith, J., Kinsey, S., Newman, J., Siebenaler, K., Weeks, M., Byron, M. Z., Cano, G., Green, R., Herget, D., Langer, M., Liu, J., Lunghofer, L., Lytle, T., ... Wallace, I. (2002). Methodological lessons from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being : The first three years of the USA's first national probability study of children and families investigated for abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 24(6-7), 513-541. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(02\)80002-0](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(02)80002-0)
- Barth, R. P., Lloyd, E. C., Green, R. L., James, S., Leslie, L. K., & Landsverk, J. (2007). Predictors of Placement Moves Among Children With and Without Emotional and Behavioral Disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(1), 46-55. <https://doi.org/10.1177/10634266070150010501>
- Bass, S., Shields, M. K., & Behrman, R. E. (2004). Children, Families, and Foster Care : Analysis and Recommendations. *The Future of Children*, 14(1), 5-29. <https://doi.org/10.2307/1602752>
- Becker, M. A., Jordan, N., & Larsen, R. (2007). Predictors of successful permanency planning and length of stay in foster care : The role of race, diagnosis and place of residence. *Children and Youth Services Review*, 29(8), 1102-1113. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.04.009>
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A., Kreppner, J., O'Connor, T. G., Stevens, S., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Scholastic Attainment Following Severe Early Institutional Deprivation : A Study of Children Adopted from Romania. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 1063-1073. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9155-y>
- Bednarz, N., Rinaudo, J.-L., & Roditi, É. (2015). La recherche collaborative. *Carrefours de l'éducation*, 39(1), 171-184.
- Beeman, S. K., Kim, H., & Bullerdick, S. K. (2000). Factors affecting placement of children in kinship and nonkinship foster care. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 37-54. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(99\)00072-9](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(99)00072-9)
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological Function in Children With Maltreatment-Related Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 483-486. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.483>
- Beek, M., & Schofield, G. (2004). Promoting security and managing risk: Contact in long-term foster care. In E. Neil & D. Howe (Eds.), *Contact in adoption and permanent foster care: Research, theory and practice* (pp. 124-143). British Association of Adoption and Fostering.
- Bell, T., Romano, E., & Flynn, R. J. (2015). Profiles and predictors of behavioral resilience among children in child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 48, 92-103. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.04.018>
- Bellamy, J. L., Gopalan, G., & Traube, D. E. (2010). A national study of the impact of outpatient mental health services for children in long-term foster care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 467-479. <https://doi.org/10.1177/1359104510377720>
- Belmokhtar, Z. (2020). *L'adoption en 2018*. Ministère de la Justice
- Benedict, M. I., & White, R. B. (1991). Factors associated with foster care length of stay. *Child Welfare*, 70(1), 45-58.
- Benedict MI, Zuravin S, & Stallings RY. (1996). Adult functioning of children who lived in kin versus nonrelative family foster homes. *Child Welfare*, 75(5), 529-549.
- Berger, M. (2004). *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris. Dunod
- Berger, M. (2014). *Ces enfants qu'on sacrifie....* Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.berge.2014.01>
- Berger, M. (2011). *Les séparations à but thérapeutique—3e éd.* Dunod.
- Berger, M., & Rigaud, C. (2001). Les visites médiatisées. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49(3), 159-170. [https://doi.org/10.1016/S0222-9617\(01\)80076-3](https://doi.org/10.1016/S0222-9617(01)80076-3)
- Bernedo, I. M., García-Martín, M. A., Salas, M. D., & Fuentes, M. J. (2016). Placement stability in non-kinship foster care : Variables associated with placement disruption. *European Journal of Social Work*, 19(6), 917-930. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1076770>
- Bernedo, I. M., Salas, M. D., Fuentes, M. J., & García-Martín, M. Á. (2014). Foster children's behavior problems and impulsivity in the family and school context. *Children and Youth Services Review*, 42, 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.022>
- Bernier, A., Ackerman, J. P., & Stovall-McClough, K. C. (2004). Predicting the quality of attachment relationships in foster care dyads from infants' initial behaviors upon placement. *Infant Behavior and Development*, 27(3), 366-381. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2004.01.001>
- Berrick, J. D. (1997). Assessing Quality of Care in Kinship and Foster Family Care. *Family Relations*, 46(3), 273-280. <https://doi.org/10.2307/585125>
- Berrick, J. D. (1998). When Children Cannot Remain Home : Foster Family Care and Kinship Care. *The Future of Children*, 8(1), 72-87. <https://doi.org/10.2307/1602629>
- Berrick, J. D., Barth, R. P., & Needell, B. (1994). A comparison of kinship foster homes and foster family homes : Implications for kinship foster care as family preservation. *Children and Youth Services Review*, 16(1-2), 33-63. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(94\)90015-9](https://doi.org/10.1016/0190-7409(94)90015-9)
- Berridge, D. (2005) « Fostering Now: Messages from Research - a Summary ». *Adoption & Fostering Journal* 29, n° 4: 6-8. <https://doi.org/10.1177/030857590502900403>.
- Berridge, D. (1997) *Foster Care: A Research Review*. The Stationery Office, London
- Berridge, D., Cleaver, H (1987) *Foster home breakdown*, Blackwell.

- Berry, M. (2002). Promising Practices to Engage Families and Support Family Preservation. *Journal of Family Strengths*, 6(2). <https://digitalcommons.library.tmc.edu/jfs/vol6/iss2/5>
- Berry, M., & Barth, R. (1990). A study of adoptive placements of adolescents. *Child welfare*, 69, 209-225.
- Berry, M., Propp, J., & Martens, P. (2007). The use of intensive family preservation services with adoptive families. *Child & Family Social Work*, 12(1), 43-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00426.x>
- Berzin, S. C. (2008). Difficulties in the Transition to Adulthood : Using Propensity Scoring to Understand What Makes Foster Youth Vulnerable. *Social Service Review*, 82(2), 171-196. <https://doi.org/10.1086/588417>
- Beyer, M. (2004) *Visit Coaching : Building on Family Strengths to Meet Children's Needs*. Administration des services de l'enfance de New York, New York.
- Beyer, M. (2008). Visit Coaching : Building on Family Strengths to Meet Children's Needs. *Juvenile and Family Court Journal*, 59(1), 47-60. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2007.00004.x>
- Biehal, N. (2006). *Reuniting Looked After Children With Their Families : A review of the research*. Jessica Kingsley Publishers.
- Black, D., & Newman, M. (1996). Children and Domestic Violence : A Review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 79-88. <https://doi.org/10.1177/1359104596011007>
- Borgman, R. (1985). The Influence of Family Visiting Upon Boys' Behavior in a Juvenile Correctional Institution. *Child Welfare*, 64(6), 629-638.
- Bornstein, M. H., MAITAL, S. L., & TAL, J. (1997). Contexts of Collaboration in Caregiving : Infant Interactions with Israeli Kibbutz Mothers and Caregivers. *Early Child Development and Care*, 135(1), 145-171. <https://doi.org/10.1080/0300443971350112>
- Boudarse, K., & Dodelin, M. (2011). ON THE MEDIATED VISIT CLINICAL STUDY. *Dialogue*, 193(3), 139-152.
- Bowlby, J. (1944) Forty-Four Juvenile Thieves: Their Characters and Home-Life (II). *International Journal of Psychoanalysis*, 25:107-128
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1*. New York: Basic Books.
- Brand, A. E., & Brinich, P. M. (1999). Behavior Problems and Mental Health Contacts in Adopted, Foster, and Nonadopted Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(8), 1221-1229. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00538>
- Broad, B. (2004). Kinship care for children in the UK : Messages from research, lessons for policy and practice. *European Journal of Social Work*, 7(2), 211-227. <https://doi.org/10.1080/1369145042000237463>
- Brook, J., McDonald, T. P., & Yan, Y. (2012). An analysis of the impact of the Strengthening Families Program on family reunification in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 691-695. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.12.018>
- Browne, D., & Moloney, A. (2002). 'Contact Irregular' : A qualitative analysis of the impact of visiting patterns of natural parents on foster placements. *Child & Family Social Work*, 7(1), 35-45. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.2002.00217.x>
- Browne, K. (2005). A European Survey of the Number and Characteristics of Children Less than Three Years Old in Residential Care at Risk of Harm. *Adoption & Fostering*, 29(4), 23-33. <https://doi.org/10.1177/030857590502900405>
- Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). Le manuel du STAI-Y de CD Spielberger, adaptation française. Paris: ECPA.
- Buehler, C., Orme, J. G., Post, J., & Patterson, D. A. (2000). The long-term correlates of family foster care. *Children and Youth Services Review*, 22(8), 595-625. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(00\)00108-0](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(00)00108-0)
- Bullen, T., Taplin, S., Kertesz, M., Humphreys, C., & McArthur, M. (2015). *Literature review on supervised contact between children in out-of-home care and their parents*. Institute of Child Protection Studies, ACU, Canberra.
- Bullen, T., Taplin, S., McArthur, M., Humphreys, C., & Kertesz, M. (2017). Interventions to improve supervised contact visits between children in out of home care and their parents : A systematic review. *Child & Family Social Work*, 22(2), 822-833. <https://doi.org/10.1111/cfs.12301>
- Bush, M., & Goldman, H. (1982). The psychological parenting and permanency principles in child welfare : A reappraisal and critique. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(2), 223-235. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb02684.x>
- Butler, L. S., & McPherson, P. M. (2007). Is Residential Treatment Misunderstood? *Journal of Child and Family Studies*, 16(4), 465-472. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9101-6>
- Calicis, F. (2006). La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite. *Thérapie Familiale*, 27(3), 229-242.
- Callaghan, J., Young, B., Pace, F., & Vostanis, P. (2004). Evaluation of a New Mental Health Service for Looked after Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 130-148. <https://doi.org/10.1177/1359104504039177>
- Cantos, A. L., Gries, L. T., & Slis, V. (1997). Behavioral correlates of parental visiting during family foster care. *Child Welfare*, 76(2), 309-29. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/behavioral-correlates-parental-visiting-during/docview/213804329/se-2?accountid=14630>

- Carignan, L. (2007). *Analyse de l'adaptation sociale et personnelle des jeunes placés jusqu'à leur majorité en fonction de leur trajectoire de placement et du maintien ou du non maintien des contacts avec leurs parents biologiques*. McGill University. Consulté 16 janvier 2022, à l'adresse <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/f4752m49n>
- Carlson, E. A. (1998). A Prospective Longitudinal Study of Attachment Disorganization/Disorientation. *Child Development, 69*(4), 1107-1128. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x>
- Carpenter, S. C., Clyman, R. B., Davidson, A. J., & Steiner, J. F. (2001). The Association of Foster Care or Kinship Care With Adolescent Sexual Behavior and First Pregnancy. *Pediatrics, 108*(3), e46-e46. <https://doi.org/10.1542/peds.108.3.e46>
- Carroll, K. M., Libby, B., Sheehan, J., & Hyland, N. (2001). Motivational Interviewing to Enhance Treatment Initiation in Substance Abusers: An Effectiveness Study. *The American Journal on Addictions, 10*(4), 335-339. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2001.tb00523.x>
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., & Poulton, R. (2002). Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science, 295*(5503), 851-855. <https://doi.org/10.1126/science.1072290>
- Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A., & Gurwitsch, R. (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(1), 84-95. <https://doi.org/10.1037/a0021227>
- Charles, K., & Nelson, J. (2000). *Permanency planning: Creating life-long connections, what does it mean for adolescents?* Tulsa, OK: The University of Oklahoma, National Resource Center for Youth Development.
- Chamberlain, P., Price, J. M., Reid, J. B., Landsverk, J., Fisher, P. A., & Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care? *Child Abuse & Neglect, 30*(4), 409-424. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.004>
- Chambers, R. M., Crutchfield, R. M., Goddu Harper, S. G., Fatemi, M., & Rodriguez, A. Y. (2018). Family reunification in child welfare practice : A pilot study of parent and staff experiences. *Children and Youth Services Review, 91*, 221-231. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.020>
- Chapon, N. (2014). *Relations affectives et parentalité*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01810277>
- Chartier, S., & Blavier, A. (2018). *Comment améliorer les relations entre les parents et leur enfant placé en famille d'accueil?* Pas diffusé. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/253310>
- Chartier, S., & Blavier, A. (2021). Should the reintegration of children in foster care into their biological families be the only goal of the legislation governing foster care? Factors influencing the relations between parents and their children living in foster care. *Children and Youth Services Review, 121*, Article 105741. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105741>
- Chaumont, J.-M. (2020). Chacun à sa place ? L'éthique de la recherche collaborative en climat de méfiance. *SociologieS, 15*(278). <https://doi.org/10.4000/sociologies.15278>
- Cheng, T. C. (2010). Factors associated with reunification : A longitudinal analysis of long-term foster care. *Children and Youth Services Review, 32*(10), 1311-1316. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.04.023>
- Cheng, T. C., & Li, A. X. (2012). Maltreatment and Families' Receipt of Services : Associations with Reunification, Kinship Care, and Adoption. *Families in Society, 93*(3), 189-195. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4215>
- Chernoff, R., Combs-Orme, T., Risley-Curtiss, C., & Heisler, A. (1994). Assessing the Health Status of Children Entering Foster Care. *Pediatrics, 93*(4), 594-601. <https://doi.org/10.1542/peds.93.4.594>
- Cheung, C., Goodman, D., Leckie, G., & Jenkins, J. M. (2011). Understanding contextual effects on externalizing behaviors in children in out-of-home care : Influence of workers and foster families. *Children and Youth Services Review, 33*(10), 2050-2060. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.036>
- Chervaz Dramé, M., & Demierre, N. (2018). Un état des lieux de la question de l'accueil familial et de la parentalité en Suisse. N. Chapon & S. Premoli (Hg.), *Parentalité d'accueil en Europe. Regards théoriques et pratiques professionnelles*, 95-112
- Child Welfare League of America. (1996). The PRIDE program: About the PRIDE model. Washington, D.C.
- Chisholm, K. (1998). A Three Year Follow-up of Attachment and Indiscriminate Friendliness in Children Adopted from Romanian Orphanages. *Child Development, 69*(4), 1092-1106. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06162.x>
- Choi, B.-S., Kim, B.-K., Kang, S.-J., Shin, J.-S., In, M.-Y., Shin, A.-K., Kim, Y.-S., & Jin, J.-M. (2004). Development and Implementation of Middle School Science Program for Fostering of Students' Creativity Through Partnerships Between University and Local Schools. *Journal of the Korean Chemical Society, 48*(5), 510-518. <https://doi.org/10.5012/jkcs.2004.48.5.510>
- Choi, S., & Ryan, J. P. (2007). Co-occurring problems for substance abusing mothers in child welfare : Matching services to improve family reunification. *Children and Youth Services Review, 29*(11), 1395-1410. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.05.013>
- Cicchetti, D., & Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology, 3*(4), 397-411. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007598>

- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18(3), 623-649. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060329>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00008>
- Coakley, T. M. (2013). The influence of father involvement on child welfare permanency outcomes : A secondary data analysis. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 174-182. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.09.023>
- Coenen, H. (2001). Abstract. *Revue internationale de psychosociologie*, 16, 19-32.
- CODE (La Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant). (s. d.). Consulté 23 février 2022, à l'adresse <https://www.lacode.be/etude-droits-de-l-enfant-et-707.html>
- Cole, M. A., & Caron, S. L. (2010). Exploring Factors Which Lead to Successful Reunification in Domestic Violence Cases : Interviews with Caseworkers. *Journal of Family Violence*, 25(3), 297-310. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9292-x>
- Connell, C. M., Vanderploeg, J. J., Flaspohler, P., Katz, K. H., Saunders, L., & Tebes, J. K. (2006). Changes in Placement among Children in Foster Care : A Longitudinal Study of Child and Case Influences. *Social Service Review*, 80(3), 398-418. <https://doi.org/10.1086/505554>
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (Eds.) (2003). *Complex trauma in children and adolescents*. National Child Traumatic Stress Network, Complex Trauma Taskforce.
- Cooley, M. E., & Petren, R. E. (2011). Foster parent perceptions of competency : Implications for foster parent training. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1968-1974. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.023>
- Cooper, C. S., Peterson, N. L., & Meier, J. H. (1987). Variables associated with disrupted placement in a select sample of abused and neglected children. *Child Abuse & Neglect*, 11(1), 75-86. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(87\)90035-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(87)90035-4)
- Corbillon, M. (2006) 'France', in Colton, M. and Williams, M. (eds), *Global Perspectives in Foster Family Care*, Lyme Regis, Russell House.
- Corcuff, P. (2011). Le savant et le politique. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.3533>
- Costa, M., Melim, B., Tagliabue, S., Mota, C. P., & Matos, P. M. (2020). Predictors of the quality of the relationship with caregivers in residential care. *Children and Youth Services Review*, 108, 104579. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104579>
- Coum, D. (2013). *La famille : Ressource ou handicap?* (Eres).
- Courtney, M. E. (1994). Factors Associated with the Reunification of Foster Children with Their Families. *Social Service Review*, 68(1), 81-108. <https://doi.org/10.1086/604034>
- Courtney, M. E. (1998). Correlates of social worker decisions to seek treatment-oriented out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 20(4), 281-304. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(98\)00008-5](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(98)00008-5)
- Courtney, M. E., Piliavin, I., & Wright, B. R. E. (1997). Transitions from and Returns to Out-of-Home Care. *Social Service Review*, 71(4), 652-667. <https://doi.org/10.1086/604282>
- Courtney, J. R., & Prophet, R. (2011). Predictors of placement stability at the state level: The use of logistic regression to inform practice. *Child Welfare*, 90(2), 127-42. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/predictors-placement-stability-at-state-level-use/docview/918461946/se-2?accountid=14630>
- Courtney, M. E. & Yin-Ling Irene Wong. (1996). Comparing the timing of exits from substitute care. *Children and Youth Services Review*, 18(4), 307-334. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(96\)00008-4](https://doi.org/10.1016/0190-7409(96)00008-4)
- Craven, P. A., & Lee, R. E. (2006). Therapeutic Interventions for Foster Children : A Systematic Research Synthesis. *Research on Social Work Practice*, 16(3), 287-304. <https://doi.org/10.1177/1049731505284863>
- Crittenden, P. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. In *Early prediction and prevention of child abuse* (p. 161-189). John Wiley & Sons.
- Crittenden, P. M. (1985). Social Networks, Quality of Child Rearing, and Child Development. *Child Development*, 56(5), 1299-1313. <https://doi.org/10.2307/1130245>
- Crittenden, P. M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4(2), 209-241. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000110>
- Cuddeback, G. S. (2004). Kinship family foster care : A methodological and substantive synthesis of research. *Children and Youth Services Review*, 26(7), 623-639. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.01.014>
- Cummings, E. M., Schermerhorn, A. C., Davies, P. T., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, J. S. (2006). Interparental Discord and Child Adjustment : Prospective Investigations of Emotional Security as an Explanatory Mechanism. *Child Development*, 77(1), 132-152. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00861.x>
- Curtis, P. A., Alexander, G., & Lunghofer, L. A. (2001). A Literature Review Comparing the Outcomes of Residential Group Care and Therapeutic Foster Care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(5), 377-392. <https://doi.org/10.1023/A:1012507407702>

- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Michel, G., Poulin, C., Pascuzzo, K., Losier, V., . . . Moss, E. (2012). Attachment Theory in the Assessment and Promotion of Parental Competency in Child Protection Cases. Dans A. Muela (Éd.), *Child Abuse and Neglect - A Multidimensional Approach* (pp. 63-88). IntechOpen. doi:DOI: 10.5772/48771
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Ijzendoorn, M. H. V. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- Cyr, K., Clément, M.-È., & Chamberland, C. (2014). Lifetime Prevalence of Multiple Victimizations and Its Impact on Children's Mental Health. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(4), 616-634. <https://doi.org/10.1177/0886260513505220>
- Dale, G., Kendall, J. C., & Sheehan, L. (1999). Screening young foster children for post-traumatic stress disorder and responding to their needs for treatment. *APSAC Advisor*, 12, 6-9.
- Damnjanovic, M., Lakic, A., Stevanovic, D., & Jovanovic, A. (2011). Effects of mental health on quality of life in children and adolescents living in residential and foster care: A cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 257-262. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000291>
- D'Andrade, A. C. (2017). Does fathers' involvement in services affect mothers' likelihood of reunification with children placed in foster care? *Children and Youth Services Review*, 81, 5-9. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.07.018>
- Dave Thomas Foundation for Adoption. 2007. National Foster Care Adoption Attitudes Survey: November 2007, Dublin, OH: Author
- Davidson-Arad, B. (2005). Fifteen-month follow-up of children at risk: Comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Children and Youth Services Review*, 27(1), 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.07.002>
- Davis, I. P., Landsverk, J., Newton, R., & Ganger, W. (1996). Parental visiting and foster care reunification. *Children and Youth Services Review*, 18(4), 363-382. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(96\)00010-2](https://doi.org/10.1016/0190-7409(96)00010-2)
- Davis-Sowers, R. (2012). "It Just Kind of Like Falls in Your Hands": Factors that Influence Black Aunts' Decisions to Parent Their Nieces and Nephews. *Journal of Black Studies*, 43(3), 231-250. <https://doi.org/10.1177/0021934711415243>
- Dawson, K., & Berry, M. (2002). Engaging families in child welfare services: An evidence-based approach to best practice. *Child Welfare*, 81(2), 293-317.
- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150-172. <https://doi.org/10.1177/1077559505275116>
- Deborde, A.-S., Danner Touati, C., Herrero, L., & Touati, A. (2016). Lien entre attachement et estime de soi chez des adolescents placés en famille d'accueil ou en institution: Contribution respective de la mère biologique et de la figure d'attachement secondaire. *L'Année psychologique*, 116(3), 391-418. <https://doi.org/10.4074/S0003503316000385>
- Décret flamand portant organisation du placement familial du 29 juin 2012 retrouvé sur https://etaamb.openjustice.be/fr/decret-du-29-juin-2012_n2012035934.html
- Décret portant le code de la prévention, de l'Aide à la jeunesse et de la protection de la Jeunesse du 18 janvier 2018 retrouvé sur https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2018011832&table_name=loi
- Delens-Ravier, I. (1997). Enfants placés et lien familial. *Enfants placés et lien familial*, 1(1), 37-54
- Delfabbro, P., Borgas, M., Vast, R., & Osborn, A. (2008). The effectiveness of public foster carer recruitment campaigns: The South Australian experience. *Children Australia*, 33(3), 29-36. <https://doi.org/10.1017/S1035077200000298>
- Delfabbro, P. H., Barber, J. G., & Bentham, Y. (2002). Children's satisfaction with out-of-home care in South Australia. *Journal of Adolescence*, 25(5), 523-533. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0497>
- Delgado, P., Carvalho, J. M. S., Pinto, V. S., & Oliveira, J. (2017). Carers and Professionals' Perspectives on Foster Care Outcomes: The Role of Contact. *Journal of Social Service Research*, 43(5), 533-546. <https://doi.org/10.1080/01488376.2017.1340392>
- del Valle, J.F. (2008). *Young People's Transitions from Care to Adulthood. International Research and Practice* (eds M. Stein, H. Ward & E. Munroe), Jessica Kingsley, London.
- del Valle, J. F., López, M., Montserrat, C., & Bravo, A. (2009). Twenty years of foster care in Spain: Profiles, patterns and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 847-853. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.03.007>
- Deprez, A., & Antoine, C. (2011). L'effet des visites parentales chez le bébé placé: Une étude exploratoire des réactions du bébé avant, pendant et après une visite médiatisée. *Devenir*, Vol. 23(3), 239-270.
- Deprez, A., & Wendland, J. (2015). La visite parentale chez l'enfant placé, une revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(6), 494-498. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.07.009>
- Desgagné, S. (1997). Le concept de recherche collaborative: L'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 23(2), 371-393. <https://doi.org/10.7202/031921ar>

- Desgagné, S. (1998). Réflexions sur le concept de recherche collaborative. *Recherche collaborative et partenariat: quelques notes et réflexions*, 31-46.
- De Swart, J. J. W., Van den Broek, H., Stams, G. J. J. M., Asscher, J. J., Van der Laan, P. H., Holsbrink-Engels, G. A., & Van der Helm, G. H. P. (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three decades : A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1818-1824. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.05.015>
- Dinisman, T., Montserrat, C., & Casas, F. (2012). The subjective well-being of Spanish adolescents : Variations according to different living arrangements. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2374-2380. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.09.005>
- Dixon, J. (2008). Young people leaving care: Health, well-being and outcomes. *Child & Family Social Work*, 13(2), 207-217. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2007.00538.x>
- Dore, M. M. (1994). Guidelines for placement decision-making. New York: Child Welfare Administration, Human Resources Administration of the City of New York.
- Doran, L., & Berliner, L. (2001). Placement Decisions for Children in Long-Term Foster Care : Innovative decision et litterature review. *Washington State Institute for Public Policy*, 28.
- dosReis, S., Zito, J. M., Safer, D. J., & Soeken, K. L. (2001). Mental health services for youths in foster care and disabled youths. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1094-1099. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.7.1094>
- Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S., Ackerman, J., Bernier, A., & Levine, S. (2006). Developing Evidence-Based Interventions for Foster Children : An Example of a Randomized Clinical Trial with Infants and Toddlers. *Journal of Social Issues*, 62(4), 767-785. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2006.00486.x>
- Dozier, M., Stoval, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for Infants in Foster Care : The Role of Caregiver State of Mind. *Child Development*, 72(5), 1467-1477. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00360>
- Dregan, A., & Gulliford, M. C. (2012). Foster care, residential care and public care placement patterns are associated with adult life trajectories : Population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1517-1526. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0458-5>
- Drubach, D. (2000). *The brain explained*. Pearson.
- Duschinsky, R. (2018). Disorganization, Fear and Attachment : Working Towards Clarification. *Infant Mental Health Journal*, 39(1), 17-29. <https://doi.org/10.1002/imhj.21689>
- Dworsky, A., & Gitlow, E. (2017). Employment outcomes of young parents who age out of foster care. *Children and Youth Services Review*, 72, 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.09.032>
- Eamon, M. K., & Kopels, S. (2004). 'For reasons of poverty': Court challenges to child welfare. *Children and Youth Services Review*, 26(9), 821-836. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.02.023>
- Eggertsen, L. (2008). Primary factors related to multiple placements for children in out-of-home care. *Child Welfare*, 87(6), 71-90. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/primary-factors-related-multiple-placements/docview/213807595/se-2?accountid=14630>
- Ehrle, J., & Geen, R. (2002). Kin and non-kin foster care—Findings from a National Survey. *Children and Youth Services Review*, 24(1-2), 15-35. [https://doi.org/10.1016/s0190-7409\(01\)00166-9](https://doi.org/10.1016/s0190-7409(01)00166-9)
- Enlow, M. B., Egeland, B., Blood, E. A., Wright, R. O., & Wright, R. J. (2012). Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years : A longitudinal study. *J Epidemiol Community Health*, 66(11), 1005-1010. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200727>
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (1987). A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment. *School Psychology Review*, 16(2), 156-168. <https://doi.org/10.1080/02796015.1987.12085280>
- Erickson, M. F., Egeland, B., & Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. In *Child maltreatment : Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (p. 647-684). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665707.021>
- Esposito, T., Trocmé, N., Chabot, M., Shlonsky, A., Collin-Vézina, D., & Sinha, V. (2013). Placement of children in out-of-home care in Québec, Canada : When and for whom initial out-of-home placement is most likely to occur. *Children and Youth Services Review*, 35(12), 2031-2039. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.10.010>
- Euillet, S. (2010). Les enfants face à la séparation : Une affaire de reconstruction. *Le Journal des psychologues*, n° 277(4), 46-49.
- Eurochild (2015). *Annual Report*. Brussels: Eurochild. Retrieved from: https://www.eurochild.org/fileadmin/public/01_Communications/Annual_Reports/Eurochild_AR15_webFINAL.pdf
- Fanshel, D., & Shinn, E. B. (1979). Children in Foster Care : A Longitudinal Investigation. *Social Work (New York)*. <https://doi.org/10.1093/sw/24.3.251>
- Fanshel, D. (1982). *On the road to permanency: An expanded data base for service to children in foster care*. Child Welfare League of America, Inc., 67 Irving Place, New York, NY 10003
- Farmer, E. (1996). Family reunification with high risk children : Lessons from research. *Children and Youth Services Review*, 18(4), 403-424. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(96\)00012-6](https://doi.org/10.1016/0190-7409(96)00012-6)

- Farmer, E. (2009). How do placements in kinship care compare with those in non-kin foster care : Placement patterns, progress and outcomes? *Child & Family Social Work*, 14(3), 331-342. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00600.x>
- Farmer, E., & Moyers, S. (2008). *Kinship Care : Fostering Effective Family and Friends Placements*. Jessica Kingsley Publishers.
- Farmer, E., & Wijedasa, D. (2013). The Reunification of Looked After Children with Their Parents : What Contributes to Return Stability? *The British Journal of Social Work*, 43(8), 1611-1629. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs066>
- Fédération des Services d'Accompagnement en Accueil Familial (2021). *Vademecum à usage des familles d'accueil*. Calameo. Consulté le 19 septembre 2021, à l'adresse <https://www.calameo.com/read/006741714e8b38c73efb1>
- Fees, B. S., Stockdale, D. F., Crase, S. J., Riggins-caspers, K., Yates, A. M., Lekies, K. S., & Gillis-Arnold, R. (1998). Satisfaction with foster parenting : Assessment one year after training. *Children and Youth Services Review*, 20(4), 347-363. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(98\)00011-5](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(98)00011-5)
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). ADOLESCENT RESILIENCE : A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Fernandez, E. (2009). Children's wellbeing in care : Evidence from a longitudinal study of outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(10), 1092-1100. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.07.010>
- Ferreira, S., Magalhães, E., & Prioste, A. (2020). Social support and mental health of young people in residential care: A qualitative study. *Anuario de Psicología Jurídica*, 30, 29-34.
- Festinger, T. (1996). Going home and returning to foster care. *Children and Youth Services Review*, 18(4), 383-402. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(96\)00011-4](https://doi.org/10.1016/0190-7409(96)00011-4)
- Font, S. A. (2014). Kinship and Nonrelative Foster Care : The Effect of Placement Type on Child Well-Being. *Child Development*, 85(5), 2074-2090. <https://doi.org/10.1111/cdev.12241>
- Ford, M., & Kroll, J. (1995). *There is a better way: Family-based alternatives to institutional care*. North American Council on Adoptable Children
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities : Comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 319-325. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025023>
- Fortin, K. (2020). When Child Neglect Is an Emergency. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 21(3), 100784. <https://doi.org/10.1016/j.cpem.2020.100784>
- Frame, L. (2002). Maltreatment reports and placement outcomes for infants and toddlers in out-of-home care. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 517-540. <https://doi.org/10.1002/imhj.10031>
- Fraser, M. W., Walton, E., Lewis, R. E., Pecora, P. J., & Walton, W. K. (1996). An experiment in family reunification : Correlates of outcomes at one-year follow-up. *Children and Youth Services Review*, 18(4), 335-361. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(96\)00009-6](https://doi.org/10.1016/0190-7409(96)00009-6)
- Frechon, I., & Dumaret, A.-C. (2008). Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(3), 135-147. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.01.015>
- Frodl, T., & O'Keane, V. (2016). Chapter 9—Integrating the Stress Systems and Neuroimaging in Depression (p. 269-308). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802456-0.00009-1>
- Fuentes-Peláez, N., Balsells, M. À., Fernández, J., Vaquero, E., & Amorós, P. (2016). The social support in kinship foster care : A way to enhance resilience. *Child & Family Social Work*, 21(4), 581-590. <https://doi.org/10.1111/cfs.12182>
- Garret-Gloanec, N., & Pernel, A.-S. (2017). 33. *La négligence, une forme de maltraitance*. Dunod. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DUNOD_BAYLE_2017_01_0299&download=1
- Gaudet, S. (2020). Sur le terrain de la sociologie publique : Enjeux éthiques d'une recherche collaborative sur les expériences d'éducation citoyenne des jeunes. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.15416>
- Gauthier, Y., Fortin, G., & Jéliu, G. (2004). Clinical application of attachment theory in permanency planning for children in foster care : The importance of continuity of care. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 379-396. <https://doi.org/10.1002/imhj.20012>
- Gean, M. P., Gillmore, J. L., & Dowler, J. K. (1985). Infants and Toddlers in Supervised Custody : A Pilot Study of Visitation. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(5), 608-612. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60063-7](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60063-7)
- Gerring, C. E., Kemp, S. P., & Marcenko, M. O. (2008). The Connections Project : A Relational Approach to Engaging Birth Parents in Visitation. *Child Welfare*, 87(6), 5-30.
- Gilligan, R. (2000). *Promoting resilience: A resource guide on working with children in the care system*. London.
- Gilman, R., & Handwerk, M. L. (2001). Changes in Life Satisfaction as a Function of Stay in a Residential Setting. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18(4), 47-65. https://doi.org/10.1300/J007v18n04_05
- Glisson, C., Bailey, J. W., & Post, J. A. (2000). Predicting the Time Children Spend in State Custody. *Social Service Review*, 74(2), 253-280. <https://doi.org/10.1086/514479>

- Goemans, A., van Geel, M., van Beem, M., & Vedder, P. (2016). Developmental Outcomes of Foster Children : A Meta-Analytic Comparison With Children From the General Population and Children at Risk Who Remained at Home. *Child Maltreatment, 21*(3), 198-217. <https://doi.org/10.1177/1077559516657637>
- Goerge, R. M. (1990). The Reunification Process in Substitute Care. *Social Service Review, 64*(3), 422-457. <https://doi.org/10.1086/603780>
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I., & Del Valle, J. F. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care : Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review, 73*, 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.12.011>
- Goodman, R., Ford, T., & Meltzer, H. (2002). Mental health problems of children in the community: 18 month follow up. *Bmj, 324*(7352), 1496-1497.
- Granqvist, P., Hesse, E., Fransson, M., Main, M., Hagekull, B., & Bohlin, G. (2016). Prior participation in the strange situation and overstress jointly facilitate disorganized behaviours : Implications for theory, research and practice. *Attachment & Human Development, 18*(3), 235-249. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1151061>
- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., ... Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy : A review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development, 19*(6), 534-558. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1354040>
- Gray, S. S., & Nybell, L. M. (1990). Issues in African-American Family Preservation. *Child Welfare, 69*(6), 513-523.
- Greeson, J. K. P. (2013). Foster Youth and the Transition to Adulthood : The Theoretical and Conceptual Basis for Natural Mentoring. *Emerging Adulthood, 1*(1), 40-51. <https://doi.org/10.1177/2167696812467780>
- Greeson, J. K. P., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., & Layne, C. M. (2011). Complex Trauma and Mental Health in Children and Adolescents Placed in Foster Care : Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare, 90*(6), 20.
- Grizenko, N., & Pawliuk, N. (1994). Risk and Protective Factors for Disruptive Behavior Disorders in Children. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*(4), 534-544. <https://doi.org/10.1037/h0079566>
- Guedeney, A., Matthey, S., & Puura, K. (2013). Social Withdrawal Behavior in Infancy : A History of the Concept and a Review of Published Studies Using the Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal, 34*(6), 516-531. <https://doi.org/10.1002/imhj.21412>
- Guédénéy, N., Tereno, S., Tissier, J., Guédénéy, A., Greacen, T., Saïas, T., Tubach, F., Dugravier, R., & Welniarz, B. (2012). Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : De la théorie à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 60*(5), 362-366. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.03.003>
- Guibord, M., Bell, T., Romano, E., & Rouillard, L. (2011). Risk and protective factors for depression and substance use in an adolescent child welfare sample. *Children and Youth Services Review, 33*(11), 2127-2137. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.06.019>
- Haight, W. L., Black, J. E., Workman, C. L., & Tata, L. (2001). Parent-Child Interaction during Foster Care Visits. *Social Work, 46*(4), 325-338. <https://doi.org/10.1093/sw/46.4.325>
- Haight, W. L., Kagle, J. D., & Black, J. E. (2003). Understanding and Supporting Parent-Child Relationships during Foster Care Visits : Attachment Theory and Research. *Social Work, 48*(2), 195-207. <https://doi.org/10.1093/sw/48.2.195>
- Haight, W. L., Mangelsdorf, S., Black, J., Szweczyk, M., Schoppe, S., Giorgio, G., Madrigal, K., & Tata, L. (2005). Enhancing Parent-Child Interaction during Foster Care Visits : Experimental Assessment of an Intervention. *Child Welfare, 84*(4), 459-481.
- Haight, W., & Mangelsdorf, S. (2002). *Making Visits Better : The Perspectives of Parents, Foster Parents, and Child Welfare Workers*. 36.
- Handwerk, M. L., Field, C. E., & Friman, P. C. (2000). The Iatrogenic Effects of Group Intervention for Antisocial Youth : Premature Extrapolations? *Journal of Behavioral Education, 10*(4), 223-238. <https://doi.org/10.1023/A:1012299716053>
- Han, M., & Osterling, K. L. (2012). Characteristics and factors impacting reunification outcomes among Vietnamese immigrant families in the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 34*(1), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.09.005>
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Kalverboer, M. E. (2013). A secure base? The adolescent-staff relationship in secure residential youth care. *Child & Family Social Work, 18*(3), 305-317. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00846.x>
- Harris, M., & Courtney, M. (2003). The interaction of race, ethnicity, and family Structure with respect to the timing of family reunification. *Children and Youth Services Review, 25*, 409-429. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(03\)00029-X](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(03)00029-X)
- Hansson, K., & Olsson, M. (2012). Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC) : Results from a RCT study in Sweden. *Children and Youth Services Review, 34*(9), 1929-1936. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.06.008>

- Hedin, L., Höjer, I., & Brunnberg, E. (2011). Settling into a new home as a teenager : About establishing social bonds in different types of foster families in Sweden. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2282-2289. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.07.016>
- Hegar, R. L. (1999). The Cultural Roots of Kinship Care. In *Kinship Foster Care*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195109405.003.0002>
- Hélie, S., Turcotte, G., Turcotte, D., & Carignan, A.-J. (2015). Le placement auprès de personnes significatives au Québec : Portrait des enfants placés et du contexte d'intervention. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 32(1-2), 49-72. <https://doi.org/10.7202/1034143ar>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Hess, P. (2003). Visiting between children in care and their families: A look at current policy. *National Resource Center for Foster Care & Permanency Planning. Hunter College School of Social Work*.
- Hess, P. M., Folaron, G., & Jefferson, A. B. (1992). Effectiveness of Family Reunification Services : An Innovative Evaluative Model. *Social Work*, 37(4), 304-311. <https://doi.org/10.1093/sw/37.4.304>
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples : Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18(2), 309-343. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>
- Höjer, I. (2009). Birth parents' perception of sharing the care of their child with foster parents. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 4(2), 161-168.
- Holtan, A., Handegård, B. H., Thørnblad, R., & Vis, S. A. (2013). Placement disruption in long-term kinship and nonkinship foster care. *Children and Youth Services Review*, 35(7), 1087-1094. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.04.022>
- Holtan, A., Rønning, J. A., Handegård, B. H., & Sourander, A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(4), 200-207. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0445-z>
- Howe, D. (1999). *Attachment theory, child maltreatment and family support: A practice and assessment model*. Macmillan international higher education.
- Howe, D. and Steele, M (2004) *Contact in cases in which children have been traumatically abused or neglect by their birth parents*. In: *Contact in Adoption and Permanent Foster Care*. Wiley, London, pp. 203-223.
- Horwitz, S. M., Balestracci, K. M. B., & Simms, M. D. (2001). Foster Care Placement Improves Children's Functioning. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(11), 1255-1260. <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.11.1255>
- Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L., & Piha, J. (1999). Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(4), 268-275. <https://doi.org/10.1007/s007870050101>
- Humphreys, C., & Kiraly, M. (2010.). Developmentally Sensitive Parental Contact for Infants When Families Are Separated. *Family Matters*, 85, 49-59. <https://doi.org/10.3316/informit.242825863050883>
- Hunt, J., Waterhouse, S., & Lutman, E. (2010). Parental Contact for Children Placed in Kinship Care through Care Proceedings Research. *Child and Family Law Quarterly*, 22(1), 71-92.
- Huon, G., Lambert, M., Buvens, V., & Galer, L. (2020). *LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CODE*. 53.
- Hussey, D. L., & Guo, S. (2002). Profile Characteristics and Behavioral Change Trajectories of Young Residential Children. *Journal of Child and Family Studies*, 11(4), 401-410. <https://doi.org/10.1023/A:1020927223517>
- Hussey, J. M., Chang, J. J., & Kotch, J. B. (2006). Child Maltreatment in the United States : Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences. *Pediatrics*, 118(3), 933-942. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2452>
- Huynh, H. V., Limber, S. P., Gray, C. L., Thompson, M. P., Wasonga, A. I., Vann, V., Itemba, D., Eticha, M., Madan, I., & Whetten, K. (2019). Factors affecting the psychosocial well-being of orphan and separated children in five low- and middle-income countries : Which is more important, quality of care or care setting? *PLOS ONE*, 14(6), e0218100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218100>
- Iglehart, A. P. (1994). Kinship foster care : Placement, service, and outcome issues. *Children and Youth Services Review*, 16(1), 107-122. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(94\)90018-3](https://doi.org/10.1016/0190-7409(94)90018-3)
- Iglehart, A. P. (1995). Readiness for independence : Comparison of foster care, kinship care, and non-foster care adolescents. *Children and Youth Services Review*, 17(3), 417-432. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(95\)00026-9](https://doi.org/10.1016/0190-7409(95)00026-9)
- James, S. (2004). Why Do Foster Care Placements Disrupt? An Investigation of Reasons for Placement Change in Foster Care. *Social Service Review*, 78(4), 601-627. <https://doi.org/10.1086/424546>
- James, S., Leslie, L. K., Hurlburt, M. S., Slymen, D. J., Landsverk, J., Davis, I., Mathiesen, S. G., & Zhang, J. (2006). Children in Out-of-Home Care : Entry Into Intensive or Restrictive Mental Health and Residential Care Placements. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(4), 196-208. <https://doi.org/10.1177/10634266060140040301>
- James, S., Roesch, S., & Zhang, J. J. (2012). Characteristics and Behavioral Outcomes for Youth in Group Care and Family-Based Care : A Propensity Score Matching Approach Using National Data. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(3), 144-156. <https://doi.org/10.1177/1063426611409041>
- Jenkins, S., & Norman, E. (1972). *Filial deprivation and foster care*. New York: Columbia University Press.

- Jedwab, M., Chatterjee, A., & Shaw, T. V. (2018). Caseworkers' insights and experiences with successful reunification. *Children and Youth Services Review, 86*, 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.01.017>
- Jimenez, J., & Palacios, J. (2008). *El acogimiento familiar en Andaluc??a : Procesos familiares, perfiles personales*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Join-Lambert, H., Euillet, S., Boddy, J., Statham, J., Danielsen, I., & Geurts, E. (2014). L'implication des parents dans l'éducation de leur enfant placé. Approches européennes. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation, 187*, 71-80. <https://doi.org/10.4000/rfp.4471>
- Jones, A. M., & Morris, T. L. (2012). Psychological Adjustment of Children in Foster Care : Review and Implications for Best Practice. *Journal of Public Child Welfare, 6*(2), 129-148. <https://doi.org/10.1080/15548732.2011.617272>
- Kaufman, J. S., Shah, S., Bowler, S., Whitson, M. L., Feinn, R., Tebes, J. K. (2008). Predictors of adjustment for children served in a system of care. *Paper presented at A System of Care for Children's Mental Health : Expanding the Research Base*, Tampa, FL.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do Abused Children Become Abusive Parents? *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(2), 186-192. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03528.x>
- Keegan Eamon, M., & Kopels, S. (2004). 'For reasons of poverty' : Court challenges to child welfare practices and mandated programs. *Children and Youth Services Review, 26*(9), 821-836. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.02.023>
- Kemp, P., & Turnbull, A. P. (2014). Coaching With Parents in Early Intervention : An Interdisciplinary Research Synthesis. *Infants & Young Children, 27*(4), 305-324. <https://doi.org/10.1097/IYC.0000000000000018>
- Kemp, S. P., & Bodonyi, J. M. (2002). Beyond Termination : Length of Stay and Predictors of Permanency for Legally Free Children. *Child Welfare, 81*(1), 58-86.
- Kenrick, J. (2009). Concurrent Planning : A Retrospective Study of the Continuities and Discontinuities of Care, and Their Impact on the Development of Infants and Young Children Placed for Adoption by the Coram Concurrent Planning Project. *Adoption & Fostering, 33*(4), 5-18. <https://doi.org/10.1177/030857590903300403>
- Kerman, B., Wildfire, J., & Barth, R. (2002). Outcomes for Young Adults Who Experienced Foster Care. *Children and Youth Services Review, 24*, 319-344. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(02\)00180-9](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(02)00180-9)
- Kessler, M. L., & Greene, B. F. (1999). Behavior Analysis in Child Welfare : Competency Training Caseworkers to Manage Visits Between Parents and Their Children in Foster Care. *Research on Social Work Practice, 9*(2), 148-170. <https://doi.org/10.1177/104973159900900202>
- Kilpatrick, K. L., & Williams, L. M. (1997). Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*(4), 639-644. <https://doi.org/10.1037/h0080261>
- Kimberlin, S. E., Anthony, E. K., & Austin, M. J. (2009). Re-entering foster care : Trends, evidence, and implications. *Children and Youth Services Review, 31*(4), 471-481. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.10.003>
- Knorth, E. J., Harder, A. T., Zandberg, T., & Kendrick, A. J. (2008). Under one roof : A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review, 30*(2), 123-140. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.09.001>
- Koh, E., & Testa, M. F. (2008). Propensity Score Matching of Children in Kinship and Nonkinship Foster Care : Do Permanency Outcomes Differ? *Social Work Research, 32*(2), 105-116. <https://doi.org/10.1093/swr/32.2.105>
- Kortenkamp, K., & Ehrle, J. (2002). *The Well-Being of Children Involved with the Child Welfare System : A National Overview. New Federalism: National Survey of America's Families, Series B, No. B-43. Assessing the New Federalism: An Urban Institute Program To Assess Changing Social Policies*. <https://eric.ed.gov/?id=ED462504>
- Lacharité, C. (2007). Abstract. *La revue internationale de l'éducation familiale, 21*(1), 13-28.
- Lafortune, D., & Gilbert, S. (2016). Analyse critique de la littérature sur les enjeux de l'intervention auprès des parents à risque de maltraitance : Cibler le facteur générationnel? *Pratiques Psychologiques, 22*(2), 105-123. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.11.003>
- Lafortune, D., Gilbert, S., Lavallée, G., & Lussier, V. (2017). Generational Continuity of Child maltreatment : An attempt at Conceptualizing Psychological barriers of struggling Parents. *Bulletin de psychologie, 549*(3), 197-213.
- Lambert, M.-F. (2018). Parentalité partagée autour de l'enfant accueilli en Fédération Wallonie-Bruxelles. In *Parentalité d'accueil en Europe : Regards théoriques et pratiques professionnelles*. (p. 167-191). Publications de l'Université de Provence.
- Lanaris, C., & April, J. (2013). *Les statuts des praticiennes et des chercheuses dans une recherche collaborative : Prises de pouvoir et rigueur méthodologique IVe congrès RIFreQ*.
- Lanctôt, N., Lemieux, A., & Mathys, C. (2016). The Value of a Safe, Connected Social Climate for Adolescent Girls in Residential Care. *Residential Treatment for Children & Youth, 33*(3-4), 247-269. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2016.1207218>
- Landsverk, J., Davis, I., Ganger, W., Newton, R., & Johnson, I. (1996). Impact of child psychosocial functioning on reunification from out-of-home placement. *Children and Youth Services Review, 18*(4), 447-462. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(96\)00014-X](https://doi.org/10.1016/0190-7409(96)00014-X)

- Lanigan, J. D., & Burlison, E. (2017). Foster Parent's Perspectives Regarding the Transition of a New Placement into their Home: An Exploratory Study. *Journal of Child and Family Studies*, 26(3), 905-915. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0597-0>
- Larouche, J.-M. (2016). *LES TEMPS DE L'ÉTHIQUE EN RECHERCHE COLLABORATIVE*. Colloque étudiant 2016 sur Colloque étudiant 2016 sur la recherche partenariale, Université du Québec à Montréal.
- Larouche, J.-M., Genard, J.-L., Roca i Escoda, M., & Diaz Venegas, P. A. (2020). Le contexte, les partenaires et le processus: Les contraintes éthiques dans les recherches collaboratives. *SociologieS*. <https://journals.openedition.org/sociologies/15268>
- Lau, A. S., Litrownik, A. J., Newton, R. R., & Landsverk, J. (2003). Going Home: The Complex Effects of Reunification on Internalizing Problems Among Children in Foster Care. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(4), 345-358. <https://doi.org/10.1023/A:1023816000232>
- Lausten, M., & Frederiksen, S. (2016). Do you love me? An empirical analysis of the feeling of love amongst children in out-of-home care. *International Journal of Social Pedagogy*. <https://doi.org/10.14324/111.444.ijsp.2017.07>
- Lavallée, C. (2008). Pour une adoption sans rupture du lien de filiation d'origine. *Informations sociales*, 146(2), 132-140.
- Lavoie, L., Marquis, D., & Laurin, P. (1996). La recherche-action: théorie et pratique. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec
- Lawder, E. A., Poulin, J. E., & Andrews, R. G. (1985). *185 foster children five years after placement*. Research Center, Children's Aid Society of Pennsylvania.
- Lawrence, R. (1994). Recruiting caregivers for children in substitute care: The challenge of program revision. *Australian Social Work*, 47(1), 37-42. <https://doi.org/10.1080/03124079408411121>
- Le Prohn, N. S. (1994). The role of the kinship foster parent: A comparison of the role conceptions of relative and non-relative foster parents. *Children and Youth Services Review*, 16(1), 65-84. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(94\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0190-7409(94)90016-7)
- Leathers, S. J. (2002). Parental Visiting and Family Reunification: Could Inclusive Practice Make a Difference? *Child Welfare*, 81(4), 595-616.
- Leathers, S. J. (2003). Parental Visiting, Conflicting Allegiances, and Emotional and Behavioral Problems Among Foster Children*. *Family Relations*, 52(1), 53-63. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2003.00053.x>
- Leathers, S. J. (2005). Separation from siblings: Associations with placement adaptation and outcomes among adolescents in long-term foster care. *Children and Youth Services Review*, 27(7), 793-819. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.12.015>
- Lee, B. R., Bright, C. L., Svoboda, D. V., Fakunmoju, S., & Barth, R. P. (2011). Outcomes of Group Care for Youth: A Review of Comparative Studies. *Research on Social Work Practice*, 21(2), 177-189. <https://doi.org/10.1177/1049731510386243>
- Lee, B. R., & Thompson, R. (2008). Comparing outcomes for youth in treatment foster care and family-style group care. *Children and Youth Services Review*, 30(7), 746-757. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.12.002>
- Lefrançois, R. (1997). La recherche collaborative: Essai de définition. *Nouvelles pratiques sociales*, 10(1), 81-95. <https://doi.org/10.7202/301388ar>
- Legault, L., Anawati, M., & Flynn, R. (2006). Factors favoring psychological resilience among fostered young people. *Children and Youth Services Review*, 28(9), 1024-1038. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.10.006>
- Légifrance (s. d.). *Code de l'action sociale et des familles: Section 4 Assistants familiaux (Articles L423-29 à L423-35)*. Consulté le 19 septembre 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006174413/
- Législation—Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles. (s. d.). Consulté 20 février 2022, à l'adresse <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=8045>
- Leloux-Opmeer, H., Kuiper, C. H. Z., Swaab, H. T., & Scholte, E. M. (2017). Children referred to foster care, family-style group care, and residential care: (How) do they differ? *Children and Youth Services Review*, 77, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.03.018>
- Les indicateurs de l'aide à la jeunesse: Un nouvel outil de pilotage du secteur. (s. d.). Consulté 20 février 2022, à l'adresse http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=detail_article1&no_cache=1&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront%5Baction%5D=show&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront%5Bcontroller%5D=Document&tx_cfwbarticlefe_cfwbarticlefront%5Bpublication%5D=2861&cHash=fd467e1b1ab3bd1071d5dc2b74673197
- Leslie, L. K., Landsverk, J., Ezzet-Lofstrom, R., Tschann, J. M., Slymen, D. J., & Garland, A. F. (2000). Children in foster care: Factors influencing outpatient mental health service use²¹This project was approved by the University of California, San Francisco's Human Subjects Review Committee and The Children's Hospital San Diego Institutional Review Board.²²Funding for the original data collection was provided by The National Center on Child Abuse and Neglect (90CA145804) and The National Institute of Mental Health (R01-46078-01). *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 465-476. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00116-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00116-2)
- Lessard, D., Chamberland, C., & Leveillé, S. (2007). L'évaluation de l'initiative AIDES: pour changer la culture d'aide à l'enfance et à la famille dans des communautés québécoises. *Les enfants du Canada. Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants*, 38-48.

- Letourneau, N., Tryphonopoulos, P., Giesbrecht, G., Dennis, C.-L., Bhogal, S., & Watson, B. (2015). Narrative and Meta-Analytic Review of Interventions Aiming to Improve Maternal–Child Attachment Security. *Infant Mental Health Journal, 36*(4), 366-387. <https://doi.org/10.1002/imhj.21525>
- Lewis, M. A., Leake, B., Giovannoni, J., Rogers, K., & Monahan, G. (1995). Drugs, poverty, pregnancy, and foster care in Los Angeles, California, 1989 to 1991. *Western Journal of Medicine, 163*(5), 435-440.
- Li, D., Chng, G. S., & Chu, C. M. (2019). Comparing Long-Term Placement Outcomes of Residential and Family Foster Care : A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(5), 653-664. <https://doi.org/10.1177/1524838017726427>
- Lightfoot, E., & DeZelar, S. (2016). The experiences and outcomes of children in foster care who were removed because of a parental disability. *Children and Youth Services Review, 62*, 22-28. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.11.029>
- Linden M., Rotter M., Baumann K., & Lieberei B. (2007). *Posttraumatic embitterment disorder*. Toronto: Hogrefe and Huber
- Linares, L. O., Montalto, D., Rosbruch, N., & Li, M. (2006). Discipline Practices Among Biological and Foster Parents. *Child Maltreatment, 11*(2), 157-167. <https://doi.org/10.1177/1077559505285747>
- Linares, L. O., Rhodes, J., & Montalto, D. (2010). Perceptions of Coparenting in Foster Care. *Family Process, 49*(4), 530-542. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01338.x>
- Linden, D. E. J. (2007). The Working Memory Networks of the Human Brain. *The Neuroscientist, 13*(3), 257-267. <https://doi.org/10.1177/1073858406298480>
- Lips, U. (2014). Maltraitance infantile – protection infantile : Pas uniquement du ressort des pédiatres. *PrimaryCare, 14*(07), 113-116. <https://doi.org/10.4414/pc-f.2014.00654>
- Llosada-Gistau, J., Casas, F., & Montserrat, C. (2017). What Matters in for the Subjective Well-Being of Children in Care? *Child Indicators Research, 10*(3), 735-760. <https://doi.org/10.1007/s12187-016-9405-z>
- Llosada-Gistau, J., Montserrat, C., & Casas, F. (2015). The subjective well-being of adolescents in residential care compared to that of the general population. *Children and Youth Services Review, 52*, 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.11.007>
- Loar, L. (1998). Making visits work. *Child Welfare, 77*(1), 41-58.
- Long, S. J., Evans, R. E., Fletcher, A., Hewitt, G., Murphy, S., Young, H., & Moore, G. F. (2017). Comparison of substance use, subjective well-being and interpersonal relationships among young people in foster care and private households : A cross sectional analysis of the School Health Research Network survey in Wales. *BMJ Open, 7*(2), e014198. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014198>
- López, M., del Valle, J. F., Montserrat, C., & Bravo, A. (2013). Factors associated with family reunification for children in foster care. *Child & Family Social Work, 18*(2), 226-236. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00847.x>
- López, M. L., Valle, J. F. del, Montserrat, C., & Bravo, A. (2011). Factors Affecting Foster Care Breakdown in Spain. *The Spanish Journal of Psychology, 14*(1), 111-122. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.9
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience : A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development, 71*(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1993.tb02929.x>
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M. A., & Cibelli, C. D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms : Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology, 33*(4), 681-692. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.4.681>
- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting : Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal, 25*(4), 318-335. <https://doi.org/10.1002/imhj.20008>
- Lyons-Ruth, K., Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Commentary : Should we move away from an attachment framework for understanding disinhibited social engagement disorder (DSED)? A commentary on Zeanah and Gleason (2015). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(3), 223-227. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12373>
- Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D., & Grunebaum, H. U. (1989). Family deviance and family disruption in childhood : Associations with maternal behavior and infant maltreatment during the first two years of life. *Development and Psychopathology, 1*(3), 219-236. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000420>
- Maaskant, A. M. (2016). *Placement breakdown in foster care: Reducing risks by a foster parent training program?* Universiteit van Amsterdam.
- Maaskant, A. M., van Rooij, F. B., & Hermanns, J. M. A. (2014). Mental health and associated risk factors of Dutch school aged foster children placed in long-term foster care. *Children and Youth Services Review, 44*, 207-216. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.011>
- MacGregor, T. E., Rodger, S., Cummings, A. L., & Leschied, A. W. (2006). The Needs of Foster Parents : A Qualitative Study of Motivation, Support, and Retention. *Qualitative Social Work, 5*(3), 351-368. <https://doi.org/10.1177/1473325006067365>

- Mackiewicz, M.-P. (1998). *Suppléance précoce et parentalité : Une étude de la coopération entre parents et professionnels dans des pouponnières à caractère social* [These de doctorat, Paris 10]. <https://www.theses.fr/1998PA100045>
- McNicholas, F., O'Connor, N. and Bandyopadhyay, G. (2011) 'Looked after children in Dublin and their mental health needs', *Irish Medical Journal*, 104, 4, pp 105-108
- McGuinness, K et Arney, F. (2012). *Foster and kinship care recruitment campaign literature review*. Centre for Child Development and Education, Menzies School of Health Research.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status : Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In *Attachment in the preschool years : Theory, research, and intervention* (p. 161-182). The University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In *Affective development in infancy* (p. 95-124). Ablex Publishing.
- Malm, K. E., & Zielewski, E. H. (2009). Nonresident father support and reunification outcomes for children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 31(9), 1010-1018. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.04.016>
- Maluccio, A. N., Pine, B. A., & Warsh, R. (1996). Incorporating Content on Family Reunification into the Social Work Curriculum. *Journal of Social Work Education*, 32(3), 363-373. <https://doi.org/10.1080/10437797.1996.10778467>
- Mantz, J.-M., & Mantz, J. (2012). L'enfance en danger : Quelle place pour l'adoption nationale? In C. Dreux & J.-F. Mattei (Éds.), *Santé, égalité, solidarité : Des propositions pour humaniser la santé* (p. 235-250). Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0274-9_13
- Mapp, S. C., & Steinberg, C. (2007). Birthfamilies as Permanency Resources for Children in Long-Term Foster Care. *Child Welfare*, 86(1), 29-51.
- Marcus, R. F. (1991). The attachments of children in foster care. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 117(4), 365-.
- Marsh, J. C., Ryan, J. P., Choi, S., & Testa, M. F. (2006). Integrated services for families with multiple problems : Obstacles to family reunification. *Children and Youth Services Review*, 28(9), 1074-1087. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.10.012>
- Martin, E. D., Altemeier, W. A., Hickson, G. B., Davis, A., & Glascoe, F. P. (1992). Improving Resources for Foster Care. *Clinical Pediatrics*, 31(7), 400-404. <https://doi.org/10.1177/000992289203100704>
- Masten, A. S., & Shaffer, A. (2006). How Families Matter in Child Development : Reflections from Research on Risk and Resilience. In *Families count : Effects on child and adolescent development* (p. 5-25). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511616259.002>
- Mathieu, J. (2021). Délégué de l'Aide à la jeunesse . <https://metiers.siep.be/interviews/juliane-mathieu>
- McCann, J. B., James, A., Wilson, S., & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *BMJ*, 313(7071), 1529-1530. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7071.1529>
- McConnell, D., Feldman, M., Aunos, M., & Prasad, N. (2011). Parental cognitive impairment and child maltreatment in Canada. *Child Abuse & Neglect*, 35(8), 621-632. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.04.005>
- McDonald, T. P., Poertner, J., & Jennings, M. A. (2007). Permanency for Children in Foster Care. *Journal of Social Service Research*, 33(4), 45-56. https://doi.org/10.1300/J079v33n04_04
- McGlade, A., Ware, R., & Crawford, M. (2009). Child Protection Outcomes for Infants of Substance-Using Mothers : A Matched-Cohort Study. *Pediatrics*, 124(1), 285-293. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0576>
- McHugh, M. (2007). Indirect Costs of Fostering and Their Impact on Carers. *Communities, Children and Families Australia*, 2(1), 73-85. <https://doi.org/10.3316/informit.294357400960074>
- McMahon, T. J., Winkel, J. D., Luthar, S. S., & Rounsaville, B. J. (2005). Looking for Poppa : Parenting Status of Men Versus Women Seeking Drug Abuse Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(1), 79-91. <https://doi.org/10.1081/ADA-37567>
- McMillen J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T., & Spitznagel, E. L. (2005). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Older Youths in the Foster Care System. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(1), 88-95. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000145806.24274.d2>
- McSherry, D., Fargas Malet, M., & Weatherall, K. (2013). *Comparing long-term placements for young children in care : The care pathways and outcomes study - Northern Ireland*. British Association for Adoption and Fostering.
- McSherry, D., Fargas Malet, M., & Weatherall, K. (2016). Comparing long-term placements for young children in care : Does placement type really matter? *Children and Youth Services Review*, 69, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.07.021>
- McWey, L. M., Acock, A., & Porter, B. E. (2010). The impact of continued contact with biological parents upon the mental health of children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1338-1345. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.05.003>
- McWey, L. M., & Mullis, A. K. (2004). Improving the Lives of Children in Foster Care : The Impact of Supervised Visitation*. *Family Relations*, 53(3), 293-300. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.0005.x>
- Mech, E. (2003). *Uncertain futures: Foster youth in transition to adulthood*. Washington DC: Child Welfare League of America Press.

- Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R., & Ford, T. (2003). *The Mental Health of Young People Looked After by Local Authorities in England: (616412007-001)* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e616412007-001>
- Mersky, J. P., Topitzes, J., Janczewski, C. E., & McNeil, C. B. (2015). Enhancing Foster Parent Training with Parent-Child Interaction Therapy : Evidence from a Randomized Field Experiment. *Journal of the Society for Social Work and Research, 6*(4), 591-616. <https://doi.org/10.1086/684123>
- Messing, J. (2006). From the child's perspective : A qualitative analysis of kinship care placements. *Children and Youth Services Review, 28*, 1415-1434. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2006.03.001>
- Milani, L. (2014). Therapeutic contact between children and their families—A new way forward in out of home care. In *Connections UnitingCare Conference, Melbourne, VIC*.
- Miljkovitch, R., Morange-Majoux, F., & Sander, E. (2017). *Psychologie du développement*. Elsevier Health Sciences.
- Miller, T. I. (1984). The Effects of Employer-Sponsored Child Care on Employee Absenteeism, Turnover, Productivity, Recruitment or Job Satisfaction : What Is Claimed and What Is Known. *Personnel Psychology, 37*(2), 277-289. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1984.tb01450.x>
- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir*. PUQ.
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care : Mental health, service use and costs. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*(2), 63-70. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0452-8>
- Minuchin, P., Colapinto J., Minuchin, S. (2007) *Working with Families of the Poor*. New York Guilford, 259 p
- Mitchell, M. B. & Vann, L. H. (2016). Staying connected with youth in transition: “Thank you for not giving up on me”. *Journal of Social Work*, doi:10.1177/1468017316654342.
- Moore, B., Grandpre, M., & Scoll, B. (1988). Foster Home Recruitment : A Market Research Approach To Attracting and Licensing Applicants. *Child Welfare, 67*(2), 147-160.
- Moore, T. D., McDonald, T. P., & Cronbaugh-Auld, K. (2016). Assessing Risk of Placement Instability to Aid Foster Care Placement Decision Making. *Journal of Public Child Welfare, 10*(2), 117-131. <https://doi.org/10.1080/15548732.2016.1140697>
- Moore, J., & Quintin, E. P. (2001). L'articulation des Attachements Multiples et des Stratégies de Coping chez les Adolescents Placés en Famille d'Accueil. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology, 35*(1), 127-141.
- Moreau, J., Chamberland, C., Oxman-Martinez, J., Roy, C., Léveillé, S., Laporte, L., & Tabakian, N. (2011). Transmission intergénérationnelle de la maltraitance : Étude des liens entre les facteurs de protection et les facteurs de risque auprès d'une population de mères en difficulté. *Institut de recherche pour le développement social des jeunes*
- Morin, S. (2015). *Facteurs d'échec et de réussite du placement: perception des familles d'accueil* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Trois-Rivières).
- Morgan, Z., Brugha, T., Fryers, T., & Stewart-Brown, S. (2012). The effects of parent-child relationships on later life mental health status in two national birth cohorts. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (Vol. 47, Numéro 11, p. 1707-1715). Springer Science and Business Media LLC, Springer-Verlag, Springer Nature BV, DrDietrich Steinkopff Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0481-1>
- Morrison, J., Mishna, F., Cook, C., & Aitken, G. (2011). Access visits : Perceptions of child protection workers, foster parents and children who are Crown wards. *Children and Youth Services Review, 33*(9), 1476-1482. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.03.011>
- Morrisette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative : Quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs? *Nouvelles pratiques sociales, 25*(2), 35-49. <https://doi.org/10.7202/1020820ar>
- Moss, P. (2007). Bringing politics into the nursery : Early childhood education as a democratic practice. *European Early Childhood Education Research Journal, 15*(1), 5-20. <https://doi.org/10.1080/13502930601046620>
- Mota, C. P., Costa, M., & Matos, P. M. (2016). Resilience and Deviant Behavior Among Institutionalized Adolescents : The Relationship with Significant Adults. *Child and Adolescent Social Work Journal, 33*(4), 313-325. <https://doi.org/10.1007/s10560-015-0429-x>
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2015). Adolescents in Institutional Care : Significant Adults, Resilience and Well-Being. *Child & Youth Care Forum, 44*(2), 209-224. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9278-6>
- Mouhot, F. (2003). Separación padres/niño : Impacto de la edad de los niños sobre su evolucionón. *La psiquiatria de l'enfant, 46*(2), 609-629.
- Moyers, S., Farmer, E., & Lipscombe, J. (2006). Contact with Family Members and its Impact on Adolescents and Their Foster Placements. *The British Journal of Social Work, 36*(4), 541-559. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch270>
- Munro, E. R., Stein, M., & Ward, H. (2005). Comparing how different social, political and legal frameworks support or inhibit transitions from public care to independence in Europe, Israel, Canada and the United States. *International Journal of Child & Family Welfare, 8*(4), 191-201. <https://ugp.rug.nl/IJCFW/article/view/37734/35324>
- Murphy, E., & Fairtlough, A. (2015). The Successful Reunification of Abused and Neglected Looked After Children with Their Families : A Case-File Audit. *The British Journal of Social Work, 45*(8), 2261-2280. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu093>

- Nair, P., Black, M. M., Schuler, M., Keane, V., Snow, L., Rigney, B. A., & Magder, L. (1997). Risk factors for disruption in primary caregiving among infants of substance abusing women. *Child Abuse & Neglect*, 21(11), 1039-1051. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00064-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00064-1)
- National Child Traumatic Stress Network, (2015). <http://www.nctsn.org>. [en ligne] at: <http://www.nctsn.org/resources/topics/treatments-that-work/promising-practices>
- Neil, E., Beek, M., & Schofield, G. (2003). Thinking about and Managing Contact in Permanent Placements : The Differences and Similarities between Adoptive Parents and Foster Carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(3), 401-418. <https://doi.org/10.1177/1359104503008003009>
- Neil, E. C., & Howe, D. (2004). *Contact in Adoption and Permanent Foster Care : Research, Theory and Practice*. British Association for Adoption and Fostering (BAAF).
- Nelson, C. A. (2000). The neurobiological bases of early intervention. In *Handbook of early childhood intervention*, 2nd ed (p. 204-227). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.012>
- Nesmith, A. (2013). Parent-Child Visits in Foster Care : Reaching Shared Goals and Expectations to Better Prepare Children and Parents for Visits. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 30(3), 237-255. <https://doi.org/10.1007/s10560-012-0287-8>
- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care : Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363-1374. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00189-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00189-7)
- Neyrand, G., Chapon, N., & Siffrein-blanc, C. (2018). *Les liens affectifs en famille d'accueil*. Eres
- Nombre d'enfants adoptés par pays d'origine. (s. d.). Chiffres Clés. Consulté 17 janvier 2022, à l'adresse <https://statistiques.cfwb.be/aide-a-la-jeunesse/adoption/nombre-denfants-adoptes-par-pays-dorigine/>
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9(4), 855-879. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001478>
- Ogawa, S., Tank, D. W., Menon, R., Ellermann, J. M., Kim, S. G., Merkle, H., & Ugurbil, K. (1992). Intrinsic signal changes accompanying sensory stimulation : Functional brain mapping with magnetic resonance imaging. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 89(13), 5951-5955. <https://doi.org/10.1073/pnas.89.13.5951>
- Ogg, J., Montesino, M., Kozdras, D., Ornduff, R., Lam, G. Y. H., & Takagishi, J. (2015). Perceived Mental Health, Behavioral, and Adaptive Needs for Children in Medical Foster Care. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3610-3622. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0170-2>
- Oosterman, M., Schuengel, C., Wim Slot, N., Bullens, R. A. R., & Doreleijers, T. A. H. (2007). Disruptions in foster care : A review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 29(1), 53-76. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2006.07.003>
- Oriol, X., Sala-Roca, J., & Filella, G. (2014). Emotional competences of adolescents in residential care : Analysis of emotional difficulties for intervention. *Children and Youth Services Review*, 44, 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.009>
- Orlando, L., Barkan, S., & Brennan, K. (2019). Designing an evidence-based intervention for parents involved with child welfare. *Children and Youth Services Review*, 105, 104429. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104429>
- Orme, J. G., & Buehler, C. (2001). Foster Family Characteristics and Behavioral and Emotional Problems of Foster Children : A Narrative Review*. *Family Relations*, 50(1), 3-15. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2001.00003.x>
- Orúzar, H., Miranda, R., Oriol, X., & Montserrat, C. (2019). Self-control and subjective-wellbeing of adolescents in residential care : The moderator role of experienced happiness and daily-life activities with caregivers. *Children and Youth Services Review*, 98, 125-131. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.12.021>
- Oswald, S. H., Heil, K., & Goldbeck, L. (2010). History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children : A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 462-472. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp114>
- Oyserman, D., & Benbenishty, R. (1992). Keeping in touch : Ecological factors related to foster care visitation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 9(6), 541-554. <https://doi.org/10.1007/BF00845413>
- Pabustan-Claar, J. (2007). Achieving Permanence in Foster Care for Young Children : A Comparison of Kinship and Non-Kinship Placements. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 16(1-2), 61-94. https://doi.org/10.1300/J051v16n01_03
- Palacios, J., & Jiménez, J. M. (2007). Acogimiento familiar en Andalucía. *Junta de Andalucía. Sevilla*.
- Palareti, L., & Berti, C. (2009). Relational Climate and Effectiveness of Residential Care : Adolescent Perspectives. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 38(1), 26-40. <https://doi.org/10.1080/10852350903393426>
- Palmer, S. E. (1996). Placement stability and inclusive practice in foster care : An empirical study. *Children and Youth Services Review*, 18(7), 589-601. [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(96\)00025-4](https://doi.org/10.1016/0190-7409(96)00025-4)
- Pardeck, J. T. (1984). Multiple Placement of Children in Foster Family Care : An Empirical Analysis. *Social Work*, 29(6), 506-509. <https://doi.org/10.1093/sw/29.6.506>
- Passtor Mayers, E., Swanson, H. D., Inkelas Moira, & Halfon, N. (2006). Child Welfare : « Health and mental health services for children in foster care: the central role of foster parents ». (Brief article). *Adoption & Fostering*, 30(2), 93-.

- Paugam, S., Zoyem, J.-P., & Touahria-Gaillard, A. (2010). *Le placement durant l'enfance : Quelle influence à l'âge adulte ?* 6.
- Pecora, P. J. (2012). Maximizing educational achievement of youth in foster care and alumni : Factors associated with success. *Children and Youth Services Review*, 34(6), 1121-1129. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.044>
- Perry, B. D. (2006). Applying Principles of Neurodevelopment to Clinical Work with Maltreated and Traumatized Children : The Neurosequential Model of Therapeutics. In *Working with traumatized youth in child welfare* (p. 27-52). The Guilford Press.
- Peters, J. (2005). True ambivalence : Child welfare workers' thoughts, feelings, and beliefs about kinship foster care. *Children and Youth Services Review*, 27(6), 595-614. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.11.012>
- Petr, C. G., & Enriken, C. (1995). Service System Barriers to Reunification. *Families in Society*, 76(9), 523-533. <https://doi.org/10.1177/104438949507600902>
- Pilowsky, D. (1995). Psychopathology among children placed in family foster care. *Psychiatric Services*, 46(9), 906-910. <https://doi.org/10.1176/ps.46.9.906>
- Polansky, N. A., Chalmers, M., Bittenweiser, E., et Williams, D. P. (1981). *Damaged Parents : Anatomy of Child Neglect*, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2011). Subjective well-being in socially vulnerable children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 476-484. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000300008>
- Ponciano, L. (2010). Attachment in Foster Care : The Role of Maternal Sensitivity, Adoption, and Foster Mother Experience. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 27(2), 97-114. <https://doi.org/10.1007/s10560-010-0192-y>
- Potin, E. (2009). Vivre un parcours de placement. Un champ des possibles pour l'enfant, les parents et la famille d'accueil. *Sociétés et jeunesse en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, n°8, Article n°8. <https://journals.openedition.org/sejed/6428>
- Proch, K., & Howard, J. A. (1986). Parental Visiting of Children in Foster Care. *Social Work*, 31(3), 178-181. <https://doi.org/10.1093/sw/31.3.178>
- Proch, K., & Taber, M. A. (1985). Placement disruption : A review of research. *Children and Youth Services Review*, 7(4), 309-320. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(85\)80004-9](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(85)80004-9)
- Proctor, L. J., Skinner, L. C., Roesch, S., & Litrownik, A. J. (2010). Trajectories of Behavioral Adjustment Following Early Placement in Foster Care : Predicting Stability and Change Over 8 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 464-473. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.022>
- Quinton, D., Rushton, C., Dance, C., & Mayes, D. (1997). Contact between children placed away from home and their birth parents : Research, issues and evidence. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 2(3), 393-413.
- Rabuka, M. (2013). Strengthening contact: through psychoeducation, modelling and coaching: a program for parents whose children are in out-of-home care. In *13th Australasian Conference On Child Abuse And Neglect, Melbourne, Australia*.
- Randle, M., & Dolnicar, S. (2010). Using targeted marketing to increase foster carers : Making smarter use of limited marketing dollars. *Faculty of Commerce - Papers (Archive)*, 1-7.
- Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies (sur la base du rapport de la Troisième commission (A/64/434) —65E séance plénière—18 décembre 2009—64/142. (2010). *Journal du droit des jeunes*, 298(8), 43-48.
- Riggs, D. W., & Augoustinos, M. (2009). Institutional Stressors and Individual Strengths : Policy and Practice Directions for Working with Australian Lesbian and Gay Foster Carers. *Practice*, 21(2), 77-90. <https://doi.org/10.1080/09503150902875919>
- Roberts, R., Glynn, G., & Waterman, C. (2016). 'We know it works but does it last?' The implementation of the KEEP foster and kinship carer training programme in England. *Adoption & Fostering*, 40(3), 247-263. <https://doi.org/10.1177/0308575916657956>
- Robin, P. (2010). Un changement de regard sur l'évaluation et ses outils. *Les Cahiers Dynamiques*, n° 49(4), 64-69.
- Rock, S., Michelson, D., Thomson, S., & Day, C. (2015). Understanding Foster Placement Instability for Looked After Children : A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative and Qualitative Evidence. *The British Journal of Social Work*, 45(1), 177-203. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct084>
- Rodger, S., Cummings, A., & Leschied, A. W. (2006). Who is caring for our most vulnerable children? : The motivation to foster in child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1129-1142. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.005>
- Rogosch, F. A., Dackis, M. N., & Cicchetti, D. (2011). Child maltreatment and allostatic load : Consequences for physical and mental health in children from low-income families. *Development and Psychopathology*, 23(4), 1107-1124. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000587>
- Rosenfeld, A. A., Pilowsky, D. J., Fine, P., Thorpe, M., Fein, E., Simms, M. D., Halfon, N., Irwin, M., Alfaro, J., Saletsky, R., & Nickman, S. (1997). Foster Care : An Update. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 448-457. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00006>
- Rowe, J., Hundleby, M., & Garnett, L. (1989). *Child care now : A survey of placement patterns*. London, UK: BAAF
- Rubin, D. M., O'Reilly, A. L. R., Luan, X., & Localio, A. R. (2007). The Impact of Placement Stability on Behavioral Well-being for Children in Foster Care. *Pediatrics*, 119(2), 336-344. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1995>

- Rutter, M., Sonuga-Barke, E. J., Beckett, C., Castle, J., Kreppner, J., Kumsta, R., Schlotz, W., Stevens, S., Bell, C. A., & Gunnar, M. R. (2010). DEPRIVATION-SPECIFIC PSYCHOLOGICAL PATTERNS: EFFECTS OF INSTITUTIONAL DEPRIVATION. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75(1), i-253.
- Ryan, J. P., Marsh, J. C., Testa, M. F., & Louderman, R. (2006). Integrating Substance Abuse Treatment and Child Welfare Services : Findings from the Illinois Alcohol and Other Drug Abuse Waiver Demonstration. *Social Work Research*, 30(2), 95-107. <https://doi.org/10.1093/swr/30.2.95>
- Saint-Pierre, A. (2016). *Attachement des enfants en famille d'accueil : Contribution de la santé mentale et de la sensibilité interactive du parent d'accueil ainsi que des caractéristiques du placement*. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/27264>
- SAJ/SPJ (Service de l'aide à la jeunesse / Service de la protection de la jeunesse)—Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles. (s. d.). Consulté 20 février 2022, à l'adresse <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=6485>
- Salahu-Din, S. N., & Bollman, S. R. (1994). Identity development and self-esteem of young adolescents in foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 11(2), 123-135. <https://doi.org/10.1007/BF01875771>
- Salas Martínez, M. D., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., & Garcia-Martín, M. A. (2016). Contact visits between foster children and their birth family : The views of foster children, foster parents and social workers. *Child & Family Social Work*, 21(4), 473-483. <https://doi.org/10.1111/cfs.12163>
- Salazar, A. M., Keller, T. E., Gowen, L. K., & Courtney, M. E. (2013). Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), 545-551. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0563-0>
- Saluwé, A. (2013) *Le placement d'enfants : Définir pour mieux quantifier*. En'jeux, n°1, OEJAJ, Bruxelles
- Salveron, M., Lewig, K., & Arney, F. (2009). Parenting groups for parents whose children are in care. *Child Abuse Review*, 18(4), 267-288. <https://doi.org/10.1002/car.1070>
- Sanchez, R. M. (2004). *Youth perspectives on permanency*. San Francisco, CA: California Permanency for Youth Project
- Sanchirico, A., & Jablonka, K. (2000). Keeping Foster Children Connected to Their Biological Parents : The Impact of Foster Parent Training and Support. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.1023/A:1007583813448>
- Sapolsky, R. M. (1994). Individual differences and the stress response. *Seminars in Neuroscience*, 6(4), 261-269. <https://doi.org/10.1006/smns.1994.1033>
- Sastre, M. T. M., & Ferrière, G. (2000). Family « Decline » and the Subjective Well-being of Adolescents. *Social Indicators Research*, 49(1), 69-82. <https://doi.org/10.1023/A:1006935129243>
- Sattler, K. M. P., Font, S. A., & Gershoff, E. T. (2018). Age-specific risk factors associated with placement instability among foster children. *Child Abuse & Neglect*, 84, 157-169. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.024>
- Scannapieco, M., & Hegar, R. (2002). Kinship Care Providers : Designing an Array of Supportive Services. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 315-327. <https://doi.org/10.1023/A:1016305929569>
- Scannapieco, M., Hegar, R. L., & McAlpine, C. (1997). Kinship Care and Foster Care : A Comparison of Characteristics and Outcomes. *Families in Society*, 78(5), 480-488. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.817>
- Scherrer. (1994). *A meta-analysis of the effectiveness of residential treatment programs for children and adolescents*. <https://doi.org/info:doi/>
- Schmidt, M. C., & Treinen, J. (2017). Using Kinship Navigation Services to Support the Family Resource Needs, Caregiver Self-Efficacy, and Placement Stability of Children in Informal and Formal Kinship Care. *Child Welfare*, 95(4), 69-89.
- Schofield, G. (2000) 'Parental responsibility and parenting: The needs of accommodated children in long-term foster care', *Child and Family Law Quarterly*, 12(4), pp. 345-61.
- Schofield, G., Beek, M., Sargent, K. & Thoburn, J. (2000) *Crowing up in foster care*, London: British Agencies for Adoption and Fostering
- Schofield, G., & Ward, E. (2011). *Understanding and Working with Parents of Children in Long-term Foster Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Scholte, E. M. (1997). Exploration of Criteria for Residential and Foster Care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(6), 657-666. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01693.x>
- Scholte, E. M., & Van der Ploeg, J. D. (2010). Effectiviteit in de residentiele jeugdzorg: Doelgroepen en werkwijze van Horizon [Effectiveness in residential youth care: Target group and process in Horizon]. *Leiden: Universiteit Leiden afdeling Orthopedagogiek*.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Schormans, A. F., Coniega, M., & Renwick, R. (2006). Placement Stability : Enhancing Quality of Life for Children with Developmental Disabilities. *Families in Society*, 87(4), 521-528. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3567>

- Schütz, F. F., Castellá Sarriera, J., Bedin, L. M., & Montserrat, C. (2015). *Subjective well-being of children in residential care centers: Comparison between children in institutional care and children living with their families*. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/159306>
- Scozzaro, C., & Janikowski, T. P. (2015). Mental Health Diagnosis, Medication, Treatment and Placement Milieu of Children in Foster Care. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), 2560-2567. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0058-6>
- Sen, R. (2010) Managing contact in Scotland for children outside parental care in non permanent-placement. *Child Abuse Review*, Early View Articles, DOI: 10.1002/car.1139
- Sellick, C., & Howell, D. (2003). *Innovative, tried and tested: A review of good practice in fostering*. Social Care Institute for Excellence.
- Selwyn, J., & Quinton, D. (2004). Stability, Permanence, Outcomes and Support : Foster Care and Adoption Compared. *Adoption & Fostering*, 28(4), 6-15. <https://doi.org/10.1177/030857590402800403>
- Services agréés—Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles. (s. d.). Consulté 20 février 2022, à l'adresse <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=servicesagrees>
- Service Public Fédéral (2018). *Placement*. Consulté le 20 septembre 2021, à l'adresse https://www.belgium.be/fr/famille/enfants/familles_d_accueil
- Service-Public (2020, 3 avril). *Famille d'accueil (assistant familial)*. Consulté le 19 septembre 2021, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1260>
- Shah, M. F., Liu, Q., Mark Eddy, J., Barkan, S., Marshall, D., Mancuso, D., Lucenko, B., & Huber, A. (2017). Predicting Homelessness among Emerging Adults Aging Out of Foster Care. *American Journal of Community Psychology*, 60(1-2), 33-43. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12098>
- Siffrein-Blanc, C., BONIFAY, E., CHAPON, N., Neyrand, G., & Rosingana, M. (2017). *La question des liens en accueil familial "Qu'est-ce qui fait famille en accueil familial ?* <https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01791981>
- Sim, F., Li, D., & Chu, C. M. (2016). The moderating effect between strengths and placement on children's needs in out-of-home care: A follow-up study. *Children and Youth Services Review*, 60, 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.11.012>
- Simmat-Durand, L., Genest, L., & Lejeune, C. (2012). Children separated from their drug-addicted mothers : Results from a French retrospective cohort. *Psychotropes*, 18(3), 123-149.
- Sinclair, I. (2005). *Foster Children : Where They Go and how They Get on*. Jessica Kingsley Publishers.
- Sinclair, I. (2006). *Fostering Now : Messages from Research*. Jessica Kingsley Publishers.
- Sinclair, I., Gibbs, I., & Wilson, K. (2004). *Foster Carers: Why they stay and why they leave*. Jessica Kingsley Publishers
- Sinclair, I., Wilson, K., & Gibbs, I. (2001). 'A Life More Ordinary' : What Children Want from Foster Placements. *Adoption & Fostering*, 25(4), 17-26. <https://doi.org/10.1177/030857590102500404>
- Siqueira, A. C., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Crianças e adolescentes institucionalizados: desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 26(3), 407-415.
- Slyater, E. M., & Jensen, J. (2019). Parents with intellectual disabilities in the child protection system. *Children and Youth Services Review*, 98, 297-304. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.01.013>
- Smith, D. K., Johnson, A. B., Pears, K. C., Fisher, P. A., & DeGarmo, D. S. (2007). Child Maltreatment and Foster Care : Unpacking the Effects of Prenatal and Postnatal Parental Substance Use. *Child Maltreatment*, 12(2), 150-160. <https://doi.org/10.1177/1077559507300129>
- Smith, E. P., & Gutheil, R. H. (1988). Successful Foster Parent Recruiting : A Voluntary Agency Effort. *Child Welfare*, 67(2), 137-146.
- Smith, G. T., Shapiro, V. B., Sperry, R. W., & LeBuffé, P. A. (2014). A Strengths-based Approach to Supervised Visitation in Child Welfare. *Child Care in Practice*, 20(1), 98-119. <https://doi.org/10.1080/13575279.2013.847056>
- Smith, M., McKay, E., & Chakrabarti, M. (2004). What Works for us – Boys' Views of Their Experiences in a Former List D School. *British Journal of Special Education*, 31(2), 89-93. <https://doi.org/10.1111/j.0952-3383.2004.00334.x>
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Gleason, M. M., Drury, S. S., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2012). A Randomized Controlled Trial Comparing Foster Care and Institutional Care for Children With Signs of Reactive Attachment Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 508-514. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11050748>
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P., & Penninx, B. W. J. H. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1), 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.132>
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1(1), 53-74. <https://doi.org/10.1080/00797308.1945.11823126>
- Stams, G.-J. J. M., Juffer, F., Rispen, J., & Hoksbergen, R. A. C. (2000). The Development and Adjustment of 7-year-old Children Adopted in Infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(8), 1025-1037. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00690>
- Steinhauer, P. (1991). *The Least Detrimental Alternative: A Systematic Guide to Case Planning and Decision Making for Children in Care*, Toronto, University of Toronto Press.

- Stelmaszuk, Z. W. (2006) 'Poland', in Colton, M. and Williams, M. (eds), *Global Perspectives in Foster Family Care*, Lyme Regis, Russell House.
- Stewart, D., Gossop, M., & Trakada, K. (2007). Drug dependent parents : Childcare responsibilities, involvement with treatment services, and treatment outcomes. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1657-1668. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.11.019>
- Stone, N. M., & Stone, S. F. (1983). The Prediction of Successful Foster Placement. *Social Casework*, 64(1), 11-17. <https://doi.org/10.1177/104438948306400102>
- Storer, H. L., Barkan, S. E., Sherman, E. L., Haggerty, K. P., & Mattos, L. M. (2012). Promoting relationship building and connection : Adapting an evidence-based parenting program for families involved in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1853-1861. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.05.017>
- Strijker, J. (2009). Validation d'une échelle d'évaluation des mères d'accueil aux Pays-Bas. *La revue internationale de l'éducation familiale*, n° 26(2), 75-93.
- Strijker, J., Knorth, E. J., & Knot-Dickscheit, J. (2008). Placement History of Foster Children : A Study of Placement History and Outcomes in Long-Term Family Foster Care. *CHILD WELFARE*, 87, 20.
- Strijker, J., Zandberg, T., & van der Meulen, B. F. (2003). Kinship foster care and foster care in the Netherlands. *Children and Youth Services Review*, 25(11), 843-862. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(03\)00089-6](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(03)00089-6)
- Stringer, E.T. (1996). *Action research : A handbook for practitioners*. Thousand Oaks : Sage Publications
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities : A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257-1273. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3)
- Sullivan, D. J., & van Zyl, M. A. (2008). The well-being of children in foster care : Exploring physical and mental health needs. *Children and Youth Services Review*, 30(7), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.12.005>
- Sykes, J., Sinclair, I., Gibbs, I., & Wilson, K. (2002). Kinship and Stranger Foster Carers : How do they Compare? *Adoption & Fostering*, 26(2), 38-48. <https://doi.org/10.1177/030857590202600206>
- Tarabulsky, G., Provost, M., Lemelin, J.-P., Moss, E., Moran, G., Bernier, A., . . . Dubé, J. (2008). L'observation de la sensibilité parentale et la sécurité d'attachement lors de visites à domicile. Dans G. Tarabulsky, M. Provost, S. Drapeau, E. Rochette, & L. p. Québec (Éd.), *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* (pp. 111-144). Québec.
- Takahashi, K. (1986). Examining the strange-situation procedure with Japanese mothers and 12-month-old infants. *Developmental Psychology*, 22(2), 265-270. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.2.265>
- Talbot, P. E. (2008). Successful Family Reunification : Looking at the Decision-Making Process. *Social Work & Christianity*, 35, 48-72.
- Taplin, S., & Mattick, R. P. (2014). Supervised contact visits : Results from a study of women in drug treatment with children in care. *Children and Youth Services Review*, 39, 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.01.023>
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.05.014>
- Tarren-Sweeney, M. (2013). An Investigation of Complex Attachment- and Trauma-Related Symptomatology Among Children in Foster and Kinship Care. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(6), 727-741. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0366-x>
- Taussig, H. N. (2002). Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care : A longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child Abuse & Neglect*, 26(11), 1179-1199. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00391-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00391-5)
- Taussig, H. N., Clyman, R. B., & Landsverk, J. (2001). Children Who Return Home From Foster Care : A 6-Year Prospective Study of Behavioral Health Outcomes in Adolescence. *Pediatrics*, 108(1), e10. <https://doi.org/10.1542/peds.108.1.e10>
- Taylor, B. J., & McQuillan, K. (2014). Perspectives of Foster Parents and Social Workers on Foster Placement Disruption. *Child Care in Practice*, 20(2), 232-249. <https://doi.org/10.1080/13575279.2013.859567>
- Teare, J. F., Becker-Wilson, C., & Larzelere, R. E. (2001). Identifying Risk Factors for Disrupted Family Reunifications Following Short-Term Shelter Care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9(2), 116-122. <https://doi.org/10.1177/106342660100900206>
- Tereno, S., Guedeney, N., Dugravier, R., Greacen, T., Sañas, T., Tubach, F., Ulgen, S., Matos, I., & Guédeney, A. (2017). Sécurité de l'attachement des jeunes enfants dans une population française vulnérable. *L'Encéphale*, 43(2), 99-103. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.11.006>
- Terling, T. (1999). The efficacy of family reunification practices : Reentry rates and correlates of reentry for abused and neglected children reunited with their families. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1359-1370. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00103-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00103-9)
- Terr, L. C. (1991). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. In *Child and adolescent psychiatry : A comprehensive textbook* (p. 755-763). Williams & Wilkins Co.
- Thoburn, J., University of East Anglia, & School of Social Work and Psychosocial Studies. (2007). *Globalisation and child welfare : Some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care*. School of Social Work and Psychosocial Studies, University of East Anglia.

- Thomlison, B., Maluccio, A. N., & Wright, L. W. (1996). Protecting children by preserving their families : A selective research perspective on family reunification. *International Journal of Child & Family Welfare*, 1(2), 127-136.
- Three, Z. T., & Perret, P. (2019). *DC : 0-5: Classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance*. Médecine & Hygiène, RMS édition.
- Tillard, B., Sità, C., Cadei, L., & Mosca, S. (2018). Enfants confiés aux proches : Comparaison France - Italie. *La revue internationale de l'éducation familiale*, n° 43(1), 23-45.
- Tilmans-Ostyn, E. (2004). The Little Prince Said. . . And the Adults Have Heard. *Thérapie Familiale*, 25(4), 417-432.
- Tilmans-Ostyn, E. (2007). 5. *Les adultes et leur fratrie*. Érès. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=ERES_MEYNC_2007_02_0111&download=1
- Tilmans-Ostyn E. & Meynckens-Fourez M. (1999). Les ressources de la fratrie, Érès, Toulouse.
- Tonheim, M., & Iversen, A. C. (2019). "We felt completely left to ourselves." Foster parents' views on placement disruption. *Child & Family Social Work*, 24(1), 90-97. <https://doi.org/10.1111/cfs.12585>
- Trejos-Castillo, E., Davis, G., & Hipps, T. (2015). Economic well-being and independent living in foster youth: Paving the road to effective transitioning out of care. *Child Welfare*, 94(1), 53-71. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/economic-well-being-independent-living-foster/docview/1949560713/se-2?accountid=14630>
- Triseliotis, J. (2010). Contact between Looked after Children and Their Parents : A Level Playing Field? *Adoption & Fostering*, 34(3), 59-66. <https://doi.org/10.1177/030857591003400311>
- Triseliotis, J., Borland M.; Hill, M. (2000) Delivering Foster Care. *British Agencies for Adoption and Fostering*, London.
- Tronick, E. D., Als, H., & Brazelton, T. B. (1977). Mutuality in Mother-Infant Interaction. *Journal of Communication*, 27(2), 74-79. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1977.tb01829.x>
- Turcotte, D., Drapeau, S., Hélie, S., Turcotte, G., Saint-Jacques, M. C., Goyette, M., ... & Poulit, E. (2011). *Les impacts de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse: Un premier bilan*. Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR), Université Laval.
- Twardosz, S. (2007). Exploring Neuroscience : A Guide for Getting Started. *Early Education and Development*, 18(2), 171-182. <https://doi.org/10.1080/10409280701280516>
- Twardosz, S., & Lutzker, J. R. (2010). Child maltreatment and the developing brain : A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.003>
- Tyebjee, T. (2003). Attitude, Interest, and Motivation for Adoption and Foster Care. *Child Welfare*, 82(6), 685-706.
- Tymchuk, A. J., & Andron, L. (1990). Mothers with mental retardation who do or do not abuse or neglect their children. *Child Abuse & Neglect*, 14(3), 313-323. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90003-C](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90003-C)
- U.S. Department of Health and Human Services. (2012). *The AFCARS report: Preliminary FY2011 estimates as of July 2012*. Author. Consulté le 23 septembre 2021, à l'adresse <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/afcarsreport19.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2020a). *The AFCARS report: Preliminary FY 2019 estimates as of June 23, 2020*. Author. Consulté le 23 septembre 2021, à l'adresse <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/afcarsreport27.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2020b). *Trends in Foster Care and Adoption: FY 2010 – FY 2019*. Author. Consulté le 23 septembre 2021, à l'adresse https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/trends_fostercare_adoption_10thru19.pdf
- Vacca, J. S. (2008). Breaking the cycle of academic failure for foster children—What can the schools do to help? *Children and Youth Services Review*, 30(9), 1081-1087. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.02.003>
- Van Den Bergh, P., & Weterings, A.-M. (2010). De ontwikkeling van kinderen in een pleeggezin. *Pleegzorg in perspectief: Ontwikkelingen in theorie en praktijk*, 58-81.
- Van den Bergh, P., Weterings, T., & Schoenmakers, M. (2011). Gehechtheid en loyaliteit bij pleegkinderen: een analyse vanuit de theorie en de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedag Kinderpsych en Klinische Kinderpsych*, 36(3), 128.
- van den Dries, L., Juffer, F., van IJendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31(3), 410-421. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.09.008>
- Vanderfaellie, J., Pijnenburg, H., Damen, H., & Van Holen, F. (2015). Foster care assessment : A study of the placement decision process in Flanders. *Child Abuse & Neglect*, 49, 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.04.002>
- Vanderfaellie, J., Van Holen, F., Trogh, L., & Andries, C. (2012). The impact of foster children's behavioural problems on Flemish foster mothers' parenting behaviour. *Child & Family Social Work*, 17(1), 34-42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00770.x>
- Vanderfaellie, J., Van Holen, F., Vanschoonlandt, F., Robberechts, M., & Stroobants, T. (2013). Children placed in long-term family foster care : A longitudinal study into the development of problem behavior and associated factors. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 587-593. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.12.012>
- Vanderfaellie, J., Vanderfaellie, J., Van Holen, F., Van Holen, F., Carlier, E., Carlier, E., Fransen, H., & Fransen, H. (2018). Breakdown of foster care placements in Flanders : Incidence and associated factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(2), 209-220. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1034-7>

- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. penguin UK.
- Van der Steege, M. (2012). *Gezinshuizen in de jeugdzorg: De kennis verzameld en de stand van zaken* [Family-style group homes in youth care: Current knowledge and status quo]. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Vanderwill, L. A., Salazar, A. M., Jenkins, G., Larwelle, J., McMahon, A. K., Day, A., & Haggerty, K. (2021). Systematic literature review of foster and adoptive caregiver factors for increasing placement stability and permanency. *Journal of Public Child Welfare*, 15(4), 487-527. <https://doi.org/10.1080/15548732.2020.1760176>
- Van IJzendoorn, M. H. V., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-250. <https://doi.org/10.1017/S0954579499002035>
- van Santen, E. (2010). Predictors of exit type and length of stay in non-kinship family foster care—The German experience. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1211-1222. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.04.001>
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S., & Robberechts, M. (2013). Parenting stress and parenting behavior among foster mothers of foster children with externalizing problems. *Children and Youth Services Review*, 35(10), 1742-1750. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.07.012>
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., Maeyer, S. D., & Andries, C. (2012). Mental Health of Foster Children: Do Biological Fathers Matter? *Child Welfare*, 91(6), 149-166.
- Victor, B. G., Ryan, J. P., Moore, A., Mowbray, O., Evangelist, M., & Perron, B. E. (2016). Foster home licensing and risk of reentry to out-of-home care following family reunification. *Children and Youth Services Review*, 70, 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.09.015>
- Villodas, M. T., Litrownik, A. J., Thompson, R., Jones, D., Roesch, S. C., Hussey, J. M., Block, S., English, D. J., & Dubowitz, H. (2015). Developmental transitions in presentations of externalizing problems among boys and girls at risk for child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 27(1), 205-219. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000728>
- Villodas, M. T., Litrownik, A. J., Newton, R. R., & Davis, I. P. (2016). Long-Term Placement Trajectories of Children Who Were Maltreated and Entered the Child Welfare System at an Early Age: Consequences for Physical and Behavioral Well-Being. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(1), 46-54. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv031>
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M., & Berlin, M. (2017). Placement breakdowns in long-term foster care – a regional Swedish study. *Child & Family Social Work*, 22(1), 15-25. <https://doi.org/10.1111/cfs.12189>
- Vitte, L. (2015) *Troubles psychiatriques des enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance: une revue de la littérature.*, Thèse de doctorat, Université de Rouen,
- Vogel, C. A. (1999). Using Administrative Databases to Examine Factors Affecting Length of Stay in Substitute Care. *Children and Youth Services Review*, 21(8), 677-690. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(99\)00046-8](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(99)00046-8)
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., Van IJzendoorn, M. H., Steele, H., Kontopoulou, A., & Sarafidou, Y. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1208-1220. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00202>
- Wade, J., Biehal, N., Farrelly, N., & Sinclair, I. (2010). *Maltreated children in the looked after system: A comparison of outcomes for those who go home and those who do not – Research brief*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wade, M., Fox, N. A., Zeanah, C. H., & Nelson, C. A. (2018). Effect of Foster Care Intervention on Trajectories of General and Specific Psychopathology Among Children With Histories of Institutional Rearing: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 75(11), 1137-1145. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2556>
- Warsh, R., Pine, B. A., & Maluccio, A. N. (1996). *Reconnecting Families: A Guide To Strengthening Family Reunification Services*. Child Welfare League of America, Inc.
- Webster, D., Barth, R., & Needell, B. (2000). Placement Stability for Children in Out-of-Home Care: A Longitudinal Analysis. *Child welfare*, 79, 614-632.
- Wells, K., & Guo, S. (1999). Reunification and reentry of foster children. *Children and Youth Services Review*, 21(4), 273-294. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(99\)00021-3](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(99)00021-3)
- Wendland, J., & Gaugue-Finot, J. (2008). Le développement du sentiment d'affiliation des enfants placés en famille d'accueil pendant ou après leur petite enfance. *Devenir*, 20(4), 319-345. <https://doi.org/10.3917/dev.084.0319>
- Westat, Inc. (1995). *A review of family preservation and family reunification programs*. <https://aspe.hhs.gov/basic-report/review-family-preservation-and-family-reunification-programs>
- Whenan, R., Oxlad, M., & Lushington, K. (2009). Factors associated with foster carer well-being, satisfaction and intention to continue providing out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 31(7), 752-760. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.02.001>
- Whitman, B. Y., et Accardo, P. (1990). Mentally retarded parents in the community. Dans Whitman, B. Y., et Accardo, P. (eds), *When a Parent is Mentally Retarded*, Paul. H. Brookes, Baltimore, pp. 3-10.
- Whitman, B. Y., Graves, B., et Accardo, P. (1987). Mentally retarded parents in the community: Méthode d'identification et évaluation des besoins-enquête sur la santé. *Am. J. Ment. Def.* 91: 636-648.
- Whiting, J., Hither, P., & Koech, A. (2007). Foster parent pre-service training programs: A content analysis of four common curricula. *Relational Child & Youth Care Practice*, 20(3), 64-2.

- Wilson, K., Fyson, R., & Newstone, S. (2007). Foster fathers : Their experiences and contributions to fostering. *Child & Family Social Work, 12*(1), 22-31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00443.x>
- Winokur, M. A., Crawford, G. A., Longobardi, R. C., & Valentine, D. P. (2008). Matched Comparison of Children in Kinship Care and Foster Care on Child Welfare Outcomes. *Families in Society, 89*(3), 338-346. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3759>
- Winokur, M., Holtan, A., & Batchelder, K. E. (2014). Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006546.pub3>
- Winokur, M., Holtan, A., & Valentine, D. (2009). Kinship Care for the Safety, Permanency, and Well-being of Children Removed from the Home for Maltreatment. *Campbell Systematic Reviews, 5*(1), 1-171. <https://doi.org/10.4073/csr.2009.1>
- Wolfe, D. A., & Wekerle, C. (1993). Treatment strategies for child physical abuse and neglect : A critical progress report. *Clinical Psychology Review, 13*(6), 473-500. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(93\)90043-L](https://doi.org/10.1016/0272-7358(93)90043-L)
- Wulczyn, F. (2004). Family Reunification. *The Future of Children, 14*(1), 95-113. <https://doi.org/10.2307/1602756>
- Wulczyn, F., Hislop, K. B., & Harden, B. J. (2002). The placement of infants in foster care. *Infant Mental Health Journal, 23*(5), 454-475. <https://doi.org/10.1002/imhj.10028>
- Yampolskaya, S., Armstrong, M. I., & Vargo, A. C. (2007). Factors associated with exiting and reentry into out-of-home care under Community-Based Care in Florida. *Children and Youth Services Review, 29*(10), 1352-1367. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.05.010>
- Yampolskaya, S., Sharrock, P., Armstrong, M. I., Strozier, A., & Swanke, J. (2014). Profile of children placed in out-of-home care : Association with permanency outcomes. *Children and Youth Services Review, 36*, 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.11.018>
- Yazawa, A., Takada, S., Suzuki, H., Fujisawa, T. X., & Tomoda, A. (2019). Association between parental visitation and depressive symptoms among institutionalized children in Japan : A cross-sectional study. *BMC Psychiatry, 19*(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2111-x>
- Zeanah, C. H., Berlin, L. J., & Boris, N. W. (2011). Practitioner Review : Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(8), 819-833. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02399.x>
- Zeanah, C. H., Humphreys, K. L., Fox, N. A., & Nelson, C. A. (2017). Alternatives for abandoned children : Insights from the Bucharest Early Intervention Project. *Current Opinion in Psychology, 15*, 182-188. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.024>
- Zemach-Marom, T., Fleishman, R., & Hauslich, Z. (2002). Improving quality of care in residential settings in Israel through the RAF method. *Changing care: Enhancing professional quality and client involvement in child and youth care services*, 30-41.
- Zilberstein, K. (2014). The use and limitations of attachment theory in child psychotherapy. *Psychotherapy, 51*(1), 93-103. <https://doi.org/10.1037/a0030930>
- Zima, B. T., Bussing, R., Freeman, S., Yang, X., Belin, T. R., & Forness, S. R. (2000). Behavior Problems, Academic Skill Delays and School Failure Among School-Aged Children in Foster Care : Their Relationship to Placement Characteristics. *Journal of Child and Family Studies, 9*(1), 87-103. <https://doi.org/10.1023/A:1009415800475>
- Ziv, Y., & Hotam, Y. (2015). Theory and measure in the psychological field : The case of attachment theory and the strange situation procedure. *Theory & Psychology, 25*(3), 274-291. <https://doi.org/10.1177/0959354315577970>
- Zlotnick, C., Robertson, M. J., & Wright, M. A. (1999). The impact of childhood foster care and other out-of-home placement on homeless women and their children. *Child Abuse & Neglect, 23*(11), 1057-1068. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00082-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00082-4)