



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La santé mentale des mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance :
Revue narrative de la littérature française et série de cas cliniques**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Octobre 2024 à 14h30 au
Pôle Recherche

Par Fatima BENHAMMOU

JURY

Président :

Madame le Professeur Mathilde HORN

Asseseurs :

Madame le Docteur Marie-Laure GAMET

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marine DRION

Abréviations

AED : Aide éducative à domicile

AEMO : Aide éducative en milieu ouvert

ASE : Aide sociale à l'enfance

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CIDE : Convention internationale des droits de l'enfant

Ciivise : Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants

CIM : Classification internationale des maladies

CMP : centre médico-psychologique

CNPE : Conseil national de protection de l'enfance

CRIP : Cellule de recueil des informations préoccupantes

CRP : Centres régionaux du psychotraumatisme

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAS : Haute autorité de santé

ODAS : Observatoire de l'action sociale

ODPE : Observatoire départemental de la protection de l'enfance

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONED : Observatoire national de la protection de l'enfance

ONPE : Observatoire national de la protection de l'enfance

ONU : Organisation des Nations unies

OPP : ordonnance de placement provisoire

PMI : protection maternelle infantile

PPE : Projet pour l'enfant

SNATED : Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger

UAPED : Unités d'accueils pédiatriques de l'enfance en danger

Table des matières

Introduction	9
Partie 1 : La protection de l'enfance	10
1. La protection de l'enfance, c'est quoi ?	10
1.1. Quelques repères historiques	10
1.2. Missions et cadre	11
2. L'enfant en danger ou à risque de l'être	12
2.1. Les besoins fondamentaux de l'enfant	12
2.2. La maltraitance infantile	14
2.2.1. Définitions	14
2.2.2. Différentes formes de maltraitements	15
2.2.3. Quelques données chiffrées	17
2.2.4. Facteurs de risques de maltraitance	17
2.3. Reconnaître et signaler les situations à risque	19
2.3.1. 119	19
2.3.2. L'information préoccupante ^{8,25}	20
2.3.3. Le signalement	21
2.3.4. L'hospitalisation : UAPED	23
2.3.5. Secret professionnel	23
3. Organisation de la protection de l'enfance	24
3.1. Mesure de protection administrative ⁶	25
3.1.1. Aides financières et d'accompagnement social	26
3.1.2. Aides éducatives	27
3.1.3. Mesure administrative de placement	27
3.2. Mesure de protection judiciaire	28
3.2.1. Mesure judiciaire d'investigation éducative	28
3.2.2. Aides éducatives	29
3.2.3. Mesure judiciaire de placement	29
3.3. Caractéristiques des différents lieux d'accueil	30

3.4.	La santé des enfants protégés	32
3.4.1.	Le projet pour l'enfant	32
3.4.2.	Les actes usuels et non usuels	33
Partie 2 : La santé mentale des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance		35
1. Quelques apports théoriques pour mieux comprendre		35
1.1.	La théorie de l'attachement et les systèmes d'attachement	35
1.1.1.	Le concept de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1958)	35
1.1.2.	Stades de développement du système d'attachement de l'enfant.....	36
1.1.3.	Les modèles internes opérants	37
1.1.4.	Les différents styles d'attachement.....	38
1.2.	Stress et vulnérabilité	40
1.2.1.	Résilience.....	40
1.2.2.	Stratégies de coping	41
1.3.	Impact développemental des traumatismes répétés	42
1.3.1.	Neurobiologie : épigénétique et développement cérébral.....	42
1.3.2.	Le trouble de stress post-traumatique.....	43
1.3.3.	Le trouble de stress post-traumatique complexe ou développemental	44
2. Revue narrative de la littérature		45
2.1.	Méthode.....	45
2.1.1.	Contexte.....	45
2.1.2.	Littérature française	45
2.1.3.	Limites	50
2.1.4.	Revue de la littérature et méta-analyse Bronsard ⁵⁶	50
2.2.	Caractéristiques de la population d'étude.....	51
2.2.1.	Répartition par sexe et par âge.....	51
2.2.2.	Répartition par type d'accueil.....	52
2.2.3.	Modèles familiaux	53
2.2.3.1.	La fratrie.....	53
2.2.3.2.	Les parents	53
2.2.3.3.	En globalité	54
2.2.4.	Antécédents de maltraitance et motifs de placement	55

2.2.5. Antécédents	57
2.2.5.1. Grossesse et accouchement	57
2.2.5.2. Socialisation	57
2.2.5.3. Santé physique	58
2.2.6. Scolarité et insertion professionnelle	59
2.3. Santé mentale : résultats	60
2.3.1. État psychique à l'entrée	60
2.3.2. Troubles du neurodéveloppement (TND).....	61
2.3.2.1. Retard global de développement	62
2.3.2.1.1. Définition	62
2.3.2.1.2. Chez les enfants confiés à l'ASE	63
2.3.2.2. Trouble du développement intellectuel (TDI)	64
2.3.2.3. Troubles des apprentissages et de la communication	65
2.3.2.4. Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	66
2.3.2.5. Trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	67
2.3.3. Troubles internalisés	68
2.3.3.1. Troubles dépressifs et conduite suicidaire	68
2.3.3.1.1. Définition	68
2.3.3.1.2. Chez les enfants confiés à l'ASE	69
2.3.3.2. Troubles anxieux.....	69
2.3.4. Troubles externalisés	70
2.3.4.1. Trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites : définition ..	71
2.3.4.2. Chez les enfants confiés à l'ASE.....	72
2.3.4.2.1. TOP et TC.....	72
2.3.4.2.2. Autres troubles du comportement.....	73
2.3.5. Troubles addictifs	73
2.3.6. Troubles psychotiques	74
2.3.7. Trouble de stress post-traumatique	74
2.3.8. Troubles de l'attachement.....	75
2.3.8.1. Définition	75
2.3.8.2. Chez les enfants confiés à l'ASE	76
2.3.9. Autres symptômes	77
2.3.9.1. Trouble du sommeil	77
2.3.9.2. Troubles alimentaires.....	78

2.3.10. Plaintes physiques.....	78
2.4. Le point de vue des enfants protégés.....	79
2.4.1. Sur leur santé mentale	79
2.4.2. Sur leur qualité de vie	80
2.5. Parcours en protection de l'enfance et devenir à long terme	81
2.5.1. Contexte.....	81
2.5.2. Typologie des parcours.....	82
2.5.3. Facteurs prédictifs d'évolution négative	82
2.5.3.1. Délai alerte-placement	83
2.5.3.2. Gravité du danger	83
2.5.3.3. Échec de retour à domicile	84
2.5.3.4. Autres facteurs de risque	84
2.5.4. Facteurs de protection	84
2.5.4.1. Stabilité du placement.....	85
2.5.4.2. Capacité de résilience ³⁰	85
2.5.4.3. Accompagnement précoce	86
2.5.5. Handicap psychique et social.....	86
2.6. Soins psychologiques et psychiatriques	87
2.6.1. Accès aux soins	87
2.6.2. En pratique.....	88
2.6.3. Prise en charge médicamenteuse.....	88
Partie 3 : Présentation de cas cliniques	90
1. Cas clinique 1	90
1.1. Contexte de notre rencontre	90
1.2. Éléments biographiques	90
1.3. Mesures d'aides sociales.....	91
1.4. Première demande : à l'âge de 6 ans	91
1.5. Reprise de contact : A l'âge de 9 ans	92
1.6. Lors de notre rencontre	92
1.7. Hypothèses diagnostiques.....	93
1.8. Prise en charge.....	94
2. Cas clinique 2.....	94

2.1.	Contexte de notre rencontre	94
2.2.	Première rencontre	95
2.3.	Histoire des troubles	95
2.4.	Poursuite de l'évaluation.....	96
2.5.	Bilans	97
2.6.	Diagnostic et prise en charge	97
3.	Cas clinique 3.....	98
3.1.	Contexte de notre rencontre	98
3.2.	Éléments biographiques	98
3.3.	Antécédents pédopsychiatriques	99
3.4.	Motif de la demande	99
3.5.	Évaluation et proposition de piste de travail	100
	Conclusion.....	102
	Bibliographie	104

Introduction

En France, en 2020, 380 562 mineurs et jeunes majeurs ont bénéficié d'une prestation ou d'une mesure relevant de la protection de l'enfance. Parmi eux, 172 498 étaient accompagnés à domicile et 208 064 accueillis à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ces mineurs ont tous en commun d'avoir à un moment donné de leur existence été confrontés à un environnement familial qui n'était pas propice à leur bon développement. Carences éducatives, carences affectives, défaut de soins, violences physiques, sexuelles... autant de situations d'adversité qui peuvent faire l'objet d'une intervention des services en protection de l'enfance.

Ces événements ne sont pas sans conséquence sur la vie d'un jeune et peuvent être source de souffrances psychiques et d'installation de troubles psychiatriques. Les mineurs pris en charge en protection de l'enfance constituent donc une population à risque de développer des troubles psychiques. Pour autant, l'état de leur santé mentale est mal connu et peu étudié. Dans cette thèse, nous nous attacherons à décrire les connaissances actuelles sur l'existence de troubles psychiques chez les enfants confiés à l'ASE en France à l'aide d'une revue de la littérature.

En première partie, nous rappellerons le cadre d'intervention et les missions de la protection de l'enfance, ainsi que les situations de danger auxquelles les mineurs peuvent être exposés. Puis nous aborderons à l'aide d'une approche théorique les conséquences psychiques et développementales que peuvent avoir les traumatismes précoces et répétés, avant d'exposer les résultats de notre revue de littérature. Dans une dernière partie, nous viendrons illustrer nos propos avec la présentation de trois cas cliniques.

Partie 1 : La protection de l'enfance

1. La protection de l'enfance, c'est quoi ?

1.1. Quelques repères historiques

La protection de l'enfance est définie selon l'article L112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) comme une action qui « *vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits* »¹.

Le concept de protection de l'enfance est une notion ancienne qui a grandement évolué au cours du temps pour aboutir aux fondements actuels. Les prémices d'une réglementation pour protéger les enfants délaissés, orphelins, abandonnés se diffusent après la Révolution française puis continuent d'évoluer en élargissant les catégories d'enfants à secourir en incluant notamment les « enfants moralement abandonnés ». La protection des enfants est alors gérée par l'administration de l'Assistance Publique. En 1956, un service spécifique confié à l'État est créé afin de permettre une meilleure coordination des services prenant en charge les enfants, il s'agit de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ce service va subir une première grande réforme de décentralisation en 1983 où la gestion va être confiée aux départements, placé sous l'autorité du président conseil départemental, dans le but de se rapprocher au plus près du citoyen.

En 1990, la France ratifie le traité des droits de l'enfant qui sont énoncés dans la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) par l'Organisation des Nations Unies (ONU). Ce texte vient affirmer les principes fondamentaux en protection de l'enfance tels que la nécessité de prendre en compte l'intérêt supérieur de l'enfant dans les décisions qui le concerne, de prendre en compte sa parole, d'assurer son bon développement etc.

Depuis 2007, deux lois majeures ont réformé la protection de l'enfance, notamment en clarifiant les droits et besoins des enfants, mais également en rappelant les missions

des différents acteurs de la protection de l'enfance qui jusque-là faisaient l'objet d'une grande disparité entre les départements.

En 2007, se met également en place un Observatoire De la Protection de l'Enfance (ODPE)² dans chaque département permettant de recueillir en permanence les informations concernant les mineurs en danger. Ces informations sont centralisées sur le plan national par l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE).

1.2. Missions et cadre

Comme énoncé dans l'article 27 de la CIDE, « *c'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant* ».

En matière de protection de l'enfance, les parents rencontrent des difficultés dans l'exercice de leurs fonctions parentales et c'est le rôle de l'État de les accompagner et d'assurer, grâce à un ensemble d'interventions la sécurité et le bon développement de leurs enfants. L'État se doit au titre de l'article 19 de la CIDE de prendre « *toutes mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence* ».

Afin de définir le cadre d'action et les missions relatives aux services de protection de l'enfance plusieurs lois se succèdent.

La première loi réformant la protection de l'enfance est celle du 5 mars 2007⁴. Cette loi fixe plus clairement les objectifs et le champ d'application de cette politique. Le terme de « *besoins fondamentaux de l'enfant* » est inclus pour la première fois. Dans cette loi, l'accent est mis sur la mission de prévention et le rôle central du département. Elle apporte comme changement majeur la création d'une Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), le but étant d'améliorer le dispositif d'alerte des situations à risque de danger. Un Projet Pour l'Enfant (PPE) est mis en place où l'on y trouve notamment une évaluation médicale et psychologique. Les modes d'accueils et d'interventions se diversifient.

La loi du 14 mars 2016 modifie celle de 2007 et répond aux manquements soulignés dans différents rapports gouvernementaux. Elle permet la création d'un Conseil National de Protection de l'Enfance (CNPE) pour améliorer la coordination des différents acteurs. Un médecin référent est désigné dans chaque département. Le rôle du PPE devient une pièce centrale qui doit suivre l'enfant durant son parcours et une plus grande stabilité des parcours de placement est visée. La saisine directe du parquet par la CRIP devient possible s'il existe une situation de danger immédiat.

La dernière loi en vigueur est la loi dite « Taquet » du 7 février 2022⁵. Elle intervient suite à plusieurs observations faites sur les dysfonctionnements dont souffre encore la protection de l'enfance. Cette dernière réforme permet le développement d'outils pour améliorer le repérage et la prise en charge des situations à risque : déploiement des Unités d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger (UAPED), des Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP), d'un dépistage systématique des violences sexuelles à l'école. L'accent est mis sur la prise en compte de la parole de l'enfant, et l'amélioration des conditions d'accueil et d'accompagnement avant, pendant et après le placement.

A l'heure actuelle, la prise en charge des enfants protégés fait toujours l'objet de discussions et d'évolution. Les assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant publiées en mai 2024¹⁰ font état d'une nécessité « *d'améliorer l'accès aux soins pour les enfants victimes de violence et protégés* ».

2. L'enfant en danger ou à risque de l'être

2.1. Les besoins fondamentaux de l'enfant

Introduit dans la loi de 2007 relative à la protection de l'enfance, le concept de « besoins fondamentaux de l'enfant » est constamment mentionné dans la littérature. Pour autant, il est difficile de trouver une définition collective et consensuelle sur laquelle s'appuyer.

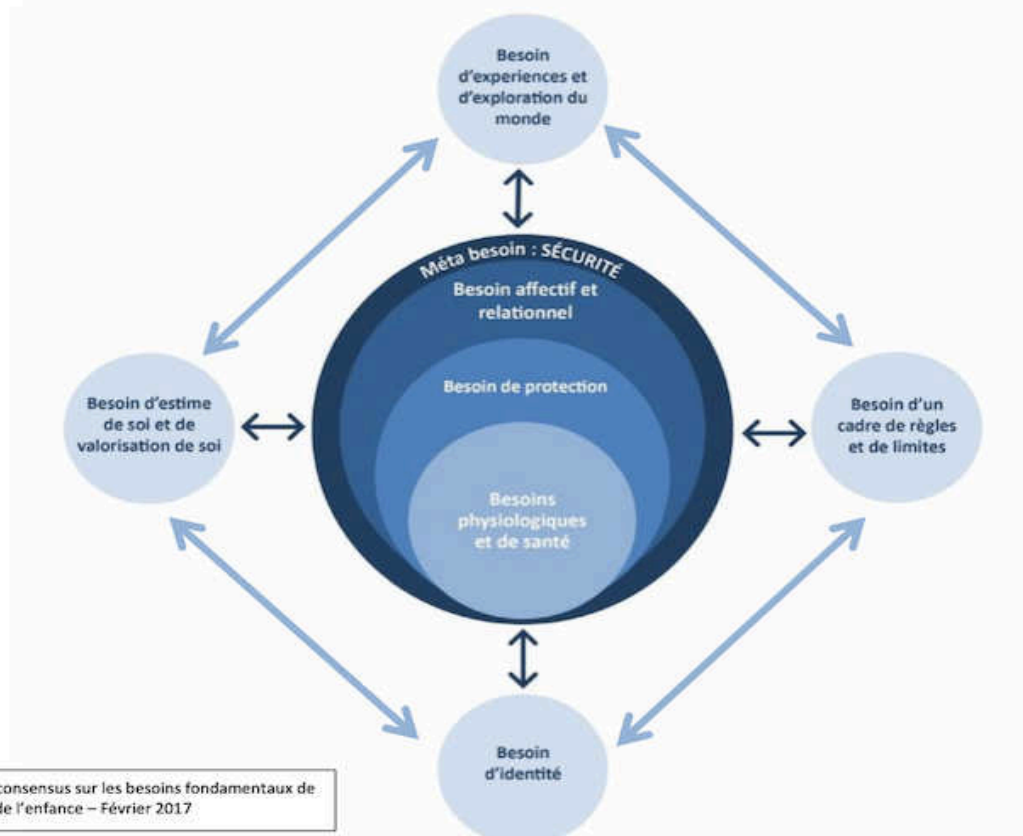
Dans une démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, un corpus scientifique sous la direction du Dr Marie-Paule

Martin-Blachais a produit en 2017 un rapport permettant de définir les besoins nécessaires au bon développement de l'enfant et plus particulièrement aux enfants protégés.⁹

Dans ce rapport, les auteurs définissent deux niveaux de besoins. En premier lieu, le « méta-besoin » ou besoin de sécurité qui surplombe les autres besoins fondamentaux. Il correspond à la satisfaction des besoins affectif et relationnel, du besoin de protection et des besoins physiologiques et de santé. Si ce besoin de sécurité est en danger, les autres besoins fondamentaux ne peuvent être satisfaits. Secondairement, si ce besoin de sécurité est assuré, quatre autres besoins fondamentaux indispensables et étroitement liés entre eux pourront être à leur tour satisfaits pour permettre le bon développement d'un enfant. Ces quatre besoins fondamentaux sont les suivants :

- Les besoins d'expériences et d'exploration du monde,
- Le besoin d'un cadre de règles et de limites,
- Le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi,
- Le besoin d'identité.

La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



En matière de protection de l'enfance, le besoin de sécurité est généralement celui qui est le plus en danger. Ces jeunes sont confrontés à des carences affectives, des réactions parentales inadaptées, des comportements violents ou maltraitants, des défauts de soins, d'hygiène etc ce qui met en péril leur sentiment de sécurité. Dans ce rapport, il est rappelé que l'absence de sécurité peut gravement entraver le sentiment de sécurité interne et entraîner des difficultés « *d'individuation, de régulation émotionnelle, d'ouverture sur le monde, de capacité d'apprentissage, d'estime de soi* » etc.

En ce sens, les auteurs expliquent que les situations d'adversité auxquelles les enfants pris en charge à l'ASE sont confrontés conduisent à « *une exacerbation des besoins fondamentaux et l'existence de besoins compensateurs* ». Ces besoins compensateurs correspondent à des besoins spécifiques ; l'accompagnement psychologique ou pédopsychiatrique peut en faire partie.

2.2. La maltraitance infantile

2.2.1. Définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la maltraitance de l'enfant comme « *toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, d'abus sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* »

Dans le Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants publié par l'OMS¹¹, les auteurs pointent les difficultés d'élaborer une définition universelle et de définir des limites claires au terme de maltraitance devant la diversité des formes de violences. Dans un article publié en 2023 dans le *Child abuse and Neglect*¹², les auteurs remarquent qu'il est « difficile de satisfaire les exigences de l'article 19 de la CIDE qui stipule que les enfants doivent être protégés face à tout type de violences si les pays ne sont pas en mesure de surveiller et traiter la maltraitance en raison de définitions divergentes ».

Selon les époques et les sociétés, la définition de la maltraitance a évolué. A une époque, les violences physiques envers les enfants ont pu être admises en société et banalisées. C'est avec les premières descriptions cliniques et radiologiques d'enfants battus, l'évolution des droits des enfants, le développement des neurosciences permettant d'étudier l'impact psychologique, que les situations de maltraitance infantile ont pu être de mieux en mieux appréhendées. L'enjeu majeur, dans le fait de définir avec le plus de précisions la maltraitance infantile est de permettre de la repérer et d'en prévenir au mieux les conséquences.

En France, l'Observatoire De l'Action Sociale (ODAS) définit l'enfant maltraité ou à risque de l'être respectivement comme étant « *victime de violence physique, cruauté mentale, abus sexuel, négligence lourde ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* » et comme un enfant qui « *connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité* ».

2.2.2. Différentes formes de maltraitements

L'OMS définit quatre types de maltraitements qui peuvent être classés selon deux catégories : les actes de commissions et les actes d'omissions :

- Les actes de commissions comprennent les violences physiques, sexuelles et psychiques,
- Les actes d'omissions comprennent les négligences/carences.

Les violences physiques correspondent à « *l'usage intentionnel de la force physique contre un enfant* », il peut s'agir d'actes qui consistent à frapper, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures, faire suffoquer etc. Ces actes peuvent être infligés par sanction, par punition, chez des familles aux modes éducatifs violents.

Les violences psychologiques correspondent à des faits « *risquant fortement d'entraîner pour l'enfant des préjudices pour sa santé mentale ou son développement* ». Ils peuvent correspondre à des actes tels que la restriction de

mouvements, les propos dégradants, accusateurs, menaçants, effrayants, humiliants ou encore toutes autres formes de rejet ou de comportement hostile.

Les violences sexuelles englobent toutes les « *situations dans lesquelles une personne impose à autrui un ou des comportements, un ou des propos (oral ou écrit) à caractère sexuel* ». Il peut donc s'agir d'attouchements, de baisers, de pénétrations génitales, de propos à caractère sexuel mais aussi de mutilation des parties intimes (excision), de prostitution etc. Pour les violences sexuelles à l'encontre des enfants, l'OMS précise qu'il s'agit de « *la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre et à laquelle il ne peut consentir* », et pour laquelle « *il n'est pas préparé du point de vue de son développement ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux* ».

Comme le rappelle la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants (Ciivise) dans son rapport en novembre 2023 ²¹, les violences sexuelles à l'encontre des enfants revêtent des enjeux spécifiques. Du fait de l'autorité exercée par les adultes sur l'enfant, il est « difficile pour un enfant, a fortiori un petit enfant, d'identifier les demandes transgressives des adultes (ou des « plus grands ») qui l'entourent – demandes à caractère sexuel par exemple – de leurs demandes légitimes ».

En dernier lieu, les négligences/carences sont le fait pour une personne responsable de l'enfant de le priver d'éléments indispensables à son bien-être : dans le domaine de la santé, l'éducation, l'affection, l'alimentation, les soins, la sécurité du foyer de vie etc.

Depuis la loi du 18 mars 2024¹³ visant à mieux protéger et accompagner les enfants victimes et covictimes de violences intra-familiales, le terme de « covictime » est introduit pour la première fois dans la législation. Cette loi vise notamment à protéger l'enfant exposé aux violences conjugales passant ainsi « du statut de témoin au statut de victime ». La juridiction peut se prononcer sur le retrait de l'autorité parentale du parent auteur de violences conjugales.

Les différentes formes de maltraitance sont fréquemment associées.

2.2.3. Quelques données chiffrées

Les informations concernant la maltraitance infantile ont toujours été complexes à chiffrer du fait des sources multiples et non exhaustives, de définitions divergentes...

Actuellement, les principales sources permettant de quantifier la maltraitance infantile intra-familiale sont les enquêtes en population générale (Inserm, Ined, Santé publique France), les sondages, et les données administratives (gendarmerie, Snated, CNAMTS...). Ces données sont disponibles et recensées sur le site internet de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

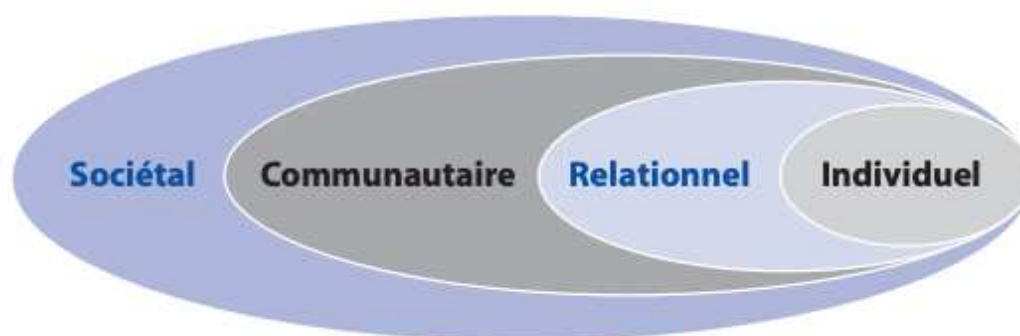
Selon les données des services de gendarmerie et de police, on recense en 2023 « 444 700 victimes de violences physiques dont 96 700 sont mineures (22%) et 114 000 victimes de violences sexuelles dont 65 300 sont mineures (57%) ». Plus de la moitié des violences physiques enregistrées sont commises dans le cadre intra-familial. D'après le rapport publié par la Ciivise en novembre 2023²¹, "160 000 enfants sont victimes chaque année de violences sexuelles, dont 75 200 d'inceste ».

Selon Santé publique France dans leur rapport en 2019, « les violences intra-familiales correspondent à près de 80% des situations de maltraitance ». Une centaine d'infanticides sont enregistrés chaque année et ont lieu majoritairement dans le cadre intrafamilial.

2.2.4. Facteurs de risques de maltraitance

Inspiré du « *modèle écologique pour comprendre les phénomènes de violence* » (OMS, 2002), le Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants¹¹ reprend ce modèle explicatif pour présenter les différents facteurs de risques de maltraitance des enfants.

Figure 1.2 Modèle écologique décrivant les facteurs de risque en matière de maltraitance des enfants



Les facteurs de risques individuels correspondent aux caractéristiques des parents, de l'entourage et à celles de l'enfant.

Concernant les parents, la difficulté à établir un lien affectif avec son nouveau-né, les antécédents de maltraitance dans l'enfance, le manque de connaissances sur le développement de l'enfant, la présence d'un trouble psychiatrique ou d'un déficit intellectuel, la difficulté à contrôler sa colère, le recours aux punitions excessives, les comportements antisociaux, un jeune âge, la présence de difficultés financières ... constituent une liste non exhaustive de facteurs de risques de maltraitance.

Concernant les facteurs tenant à l'enfant, le rapport précise « qu'il ne signifie pas que cet enfant soit responsable des mauvais traitements dont il souffre, mais plutôt que la situation est plus difficile pour les parents », notamment du fait du jeune âge de l'enfant, de difficultés à le calmer, d'un handicap, de trouble pédopsychiatrique, de traits de caractères perçus comme problématiques pour les parents (impulsivité, hyperactivité...), de fratrie multiples et proches en âge.

Les facteurs relationnels concernent la composition familiale et les relations intrafamiliales. Les facteurs de risques de maltraitance sont notamment « l'éclatement de la cellule familiale, les violences intra-familiales, l'isolement, la perte de soutien de la famille élargie pour l'éducation de l'enfant ».

Les facteurs communautaires et sociétaux correspondent aux « inégalités sexuelles ou sociales, manque de logements appropriés ou de services de soutien, précarité,

facilité d'accès à l'alcool et aux drogues, législation et actions défailtantes de l'État en termes de maltraitance et de criminalité, normes sociales violentes ou liberticides, inégalités socio-économiques ».

Tous ces éléments sont indispensables à prendre en compte dans l'évaluation de la situation des jeunes.

2.3. Reconnaître et signaler les situations à risque

Après avoir défini ce qu'étaient les situations à risque de maltraitance et les situations maltraitantes, nous allons maintenant développer les différentes modalités existantes pour alerter. Plusieurs voies sont possibles et nous allons décrire les trois voies les plus fréquemment empruntées pour alerter sur la situation d'un mineur en danger.

2.3.1. 119

Une des premières voies utilisées est celle de l'appel téléphonique. Introduit dans l'article 71 du Code de la santé et de la famille en 1989, le 119 correspond au Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED). Les missions de ce service sont triples : apporter de l'aide/des conseils à toute personne exposée à une situation d'enfant en danger ; transmettre aux conseils généraux les situations d'enfant en danger ou à risque de l'être ; participer aux études statistiques sur les mineurs en danger. Les appels sont gratuits, l'accueil téléphonique est permanent, national et confidentiel et depuis le dernier plan de lutte contre les violences faites aux enfants¹⁴, un tchat et des formulaires accessibles aux personnes handicapées ont été mis en place.

Dans la dernière étude d'activité du 119¹⁵, 37 217 sollicitations ont été traitées en 2022 dont 21 000 ont nécessité un écrit à la CRIP et 4 043 (19%) ont été classées en situation « d'urgence ». 54% des sollicitations concernaient des situations de maltraitements psychologiques, 48% des négligences et 36% des violences physiques. Les violences sexuelles étaient évoquées dans seulement 8% des cas. Les parents étaient mis en cause dans 8 cas sur 10.

2.3.2. L'information préoccupante^{8,25}

La seconde voie que nous allons détailler est celle de l'information préoccupante. Elle correspond à un écrit envoyé à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP). Il incombe à chaque citoyen de signaler la situation d'un enfant que l'on juge préoccupante, n'importe quel individu peut donc transmettre un écrit alertant sur la situation d'un mineur en danger. Un enfant peut lui aussi signaler sa propre situation ou celle d'un autre enfant (de la fratrie par exemple).

Introduit dans la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance, la CRIP correspond à une cellule à l'échelle départementale qui recueille l'ensemble des informations qui leur sont transmises sur la situation d'un mineur en danger. Le président du conseil général de chaque département est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes. Cette cellule constitue une interface privilégiée entre différents services tels que : le parquet, la PMI, l'éducation nationale, les services de gendarmerie, les hôpitaux... et peut être sollicitée par tout le monde.

Comme le précise l'article L.226-2-1 du Code de l'action sociale et des familles, les parents, ou tuteurs, doivent être informés de la réalisation de cet écrit, « *sauf intérêt contraire de l'enfant* ». Une fois l'information préoccupante réceptionnée par la CRIP, une évaluation va être réalisée en effectuant des observations à trois niveaux :

- L'état de l'enfant au regard des besoins essentiels à son développement,
- L'état des relations entre l'enfant et ses parents et le potentiel de ces derniers à se mobiliser,
- Le contexte familial et environnemental influant sur sa situation et son développement.

L'enquête réalisée a pour but de permettre une observation et une compréhension la plus complète de la situation afin de déterminer les actions de prévention et d'aide dont le mineur et sa famille pourraient avoir besoin. A l'issue de cette évaluation, plusieurs suites sont possibles : un classement sans suite, l'intervention de la PMI ou d'une aide sociale, l'intervention de l'ASE, la transmission de l'IP au procureur de la

République. Lorsqu'une aide est nécessaire, il est d'usage de favoriser la mise en place d'une mesure administrative avec la participation des parents.

2.3.3. Le signalement

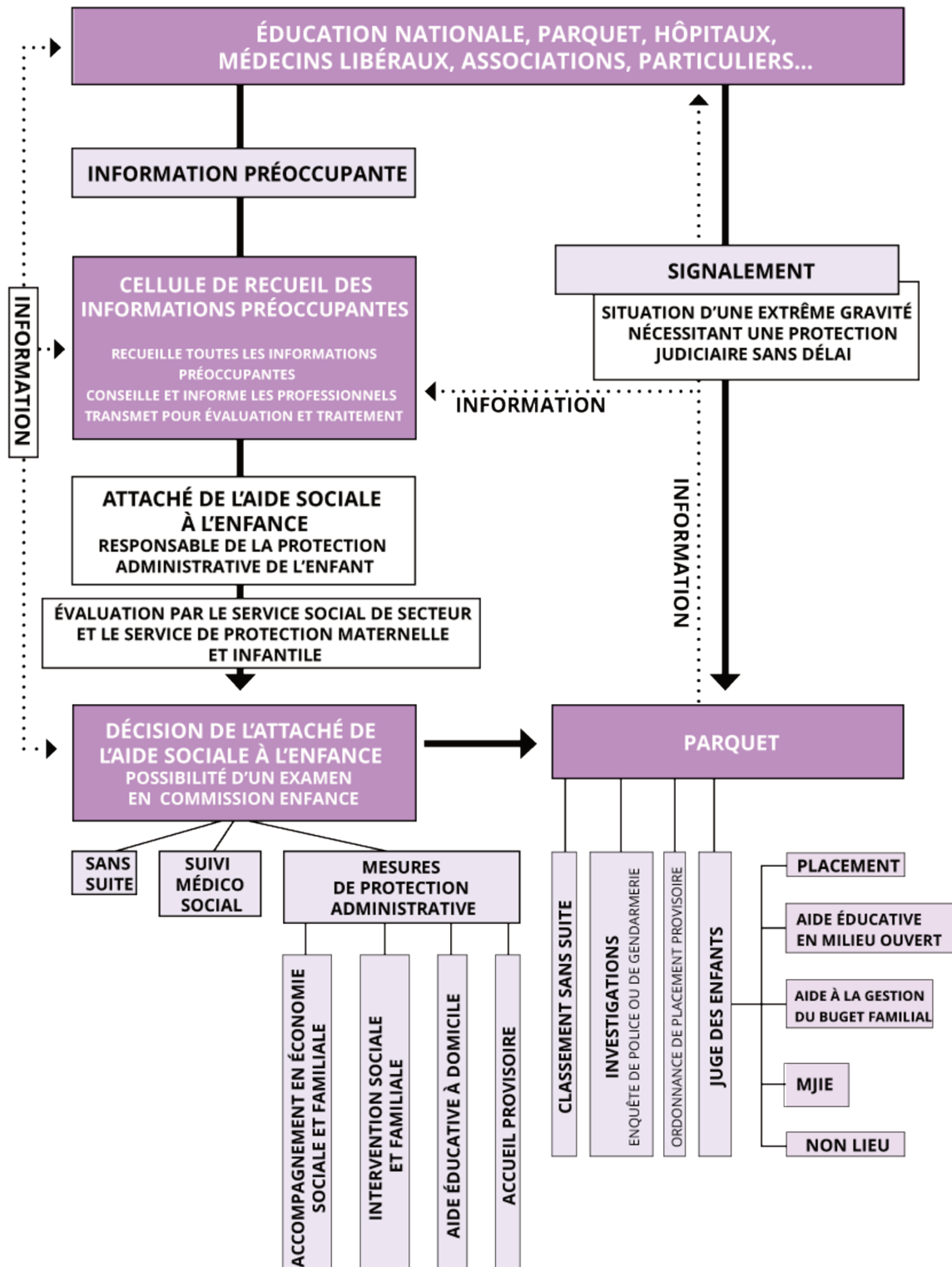
Lorsque la gravité d'une situation le nécessite, un signalement peut être effectué directement au procureur de la République. Le terme de signalement est réservé à la saisine du procureur de la République. Il peut être saisi par n'importe quel citoyen, notamment lorsqu'il existe un danger immédiat et grave pour la sécurité d'un mineur.

Le parquet peut également être saisi par la CRIP dans plusieurs situations mentionnées dans l'article L226-4 du CASF :

- Lorsque le mineur a déjà fait l'objet de mesures administratives qui se sont avérées insuffisantes,
- Lorsque la famille refuse l'intervention des services de l'ASE,
- Lorsque « le danger est grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance »,
- Lorsque le mineur est « présumé être en situation de danger mais qu'il est impossible d'évaluer cette situation ».

De la même manière que pour l'enquête sociale sollicitée par la CRIP, à la suite d'un signalement, celui-ci peut être classé sans suite, il peut faire l'objet d'une enquête pénale par la brigade des mineurs, ou d'une saisine du juge des enfants.

Le guide du Conseil départemental du Puy-de-Dôme nous offre un schéma reprenant le parcours d'alerte que nous venons de détailler :



Source : Le circuit de l'alerte pour les mineurs, d'après le guide du Conseil départemental du Puy-de-Dôme intitulé "Alerter et Protéger", 2011

2.3.4. L'hospitalisation : UAPED

Ne faisant pas vraiment parti des moyens d'alerter sur la situation d'un mineur en danger, la « pédiatrie sociale » est une interface privilégiée pour l'évaluation d'un mineur en risque de danger ou en danger.

Anciennement appelées les Unités d'Accueil Médico-Judiciaires Pédiatriques en milieu hospitalier (UAMJP), depuis 2017 elles sont remplacées par les Unités d'Accueils Pédiatriques de l'Enfance en Danger (UAPED). Ces services ont pour but de créer un lieu d'accueil hospitalier, sécurisant, loin du lieu de vie de l'enfant, pour évaluer lors de consultations ou d'hospitalisation la situation d'un mineur qui nous inquiète. L'ambition de ces services est de regrouper au sein du même lieu un ensemble d'acteurs nécessaires à la prise en charge d'enfants victimes de violences. Nous pouvons ainsi retrouver des pédopsychiatres, pédiatres, psychologues, assistantes sociales etc.

Cet accueil peut être sollicité par exemple pour répondre aux nécessités d'une enquête ou de l'instruction en offrant un lieu sécurisant au mineur pour recueillir sa parole. Actuellement, 88 UAPED existent. Dans le dernier plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2023-2027¹⁴, le déploiement d'une UAPED par juridiction est dans les objectifs avec la création de 27 UAPED supplémentaires.

2.3.5. Secret professionnel

Le secret professionnel concerne les professionnels de santé et un ensemble d'autres professions définies dans la loi (avocats, policiers, gendarmes...). Ce secret permet à chaque personne de pouvoir se confier librement auprès du professionnel sans craindre que les informations concernant sa vie privée soient divulguées ou relayées. La violation de celui-ci est réprimée par l'article 226-13 du Code pénal.

Dans le cadre de son exercice, le professionnel peut être destinataire d'informations qui révèlent la mise en péril d'un mineur ou d'une personne vulnérable. Dans ce contexte, l'article 226-14 du Code pénal prévoit plusieurs situations dans lesquelles la loi impose ou autorise la levée de ce secret.

Parmi elles, nous en retrouvons deux qui concernent les mineurs :

- Les situations de privations ou sévices, atteintes ou mutilations sexuelles, infligées à un mineur et dont le professionnel a eu connaissance,
- Les situations de sévices, privations, sur le plan physique ou psychique que le professionnel a constaté par lui-même et qui présument qu'il y a eu des violences physiques, psychiques ou sexuelles sur un mineur.

La loi précise que dans ce cas, l'accord du mineur n'est pas nécessaire à la levée du secret. C'est grâce à ce cadre légal que nous pouvons transmettre des éléments concernant la situation d'un mineur en danger ou à risque de l'être (par le biais d'informations préoccupantes et signalements), sans risquer d'être sanctionnés.

Ainsi, le secret professionnel ne constitue pas un obstacle à la protection de l'enfance.

3. Organisation de la protection de l'enfance

Chaque année depuis 1996, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) transmet un rapport relatif à la Protection de l'enfance. En 2022, plus de 380 000 mesures d'Aide sociale à l'enfance sont enregistrées. Selon leur rapport, ils font état « d'une hausse régulière des mesures ASE depuis sa création ».

L'ensemble des mesures enregistrées en 2022 et leur répartition sont détaillées dans le tableau ci-dessous :

Les mesures d'aide sociale à l'enfance en 2022	
<i>Source : DREES, enquête Aide sociale</i>	
Aide sociale à l'enfance (ASE)	380 562
Enfants accueillis à l'ASE	208 064
Enfants confiés à l'ASE	191 514
Mesures administratives dont :	45 513
Pupilles	4 203
Accueil provisoire de mineurs	10 099
Accueil provisoire de jeunes majeurs	31 211
Mesures judiciaires dont :	146 001
DAP à l'ASE	3 837
Tutelle	10 645
Placement à l'ASE par le juge	131 519
Placements directs par un juge	16 550
Actions éducatives	172 498
Actions éducatives à domicile	51 192
Actions éducatives en milieu ouvert	121 306

Nous allons maintenant décrire les différents types de mesures qui peuvent être mises en place à la suite d'une intervention de l'ASE.

3.1. Mesure de protection administrative ⁶

Les mesures administratives doivent être privilégiées lorsque cela est possible. Ces décisions sont prises par le président du Conseil général de chaque département et n'incluent pas d'intervention du juge des enfants. Elles font activement participer les détenteurs de l'autorité parentale, l'objectif étant de les rendre acteurs de ces mesures et de favoriser au plus le maintien des mineurs dans leur milieu de vie.

Les modes d'interventions peuvent être divers et mis en place par l'ASE et d'autres services départementaux tels que le service départemental de l'action sociale, la protection maternelle infantile, les services associatifs etc. Les mesures d'aides

peuvent être demandées suite à une évaluation par la CRIP, mais elles peuvent également l'être directement par les parents. Elles peuvent consister en un accompagnement sur le plan financier, éducatif ou encore matériel.

3.1.1. Aides financières et d'accompagnement social

Ces interventions sont possibles depuis la loi de 2007 relative à la protection de l'enfance. Elles sont assurées essentiellement par des services associatifs habilités et elles correspondent à deux types d'interventions :

- Un accompagnement à domicile par un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF),
- Une aide spécifique à la gestion du budget familial.

L'accompagnement par un TISF a pour objectif principal d'aider les parents dans leurs fonctions parentales telles que : l'alimentation, l'hygiène, la sécurité, la scolarisation, les loisirs... et leur permettre de retrouver une autonomie dans l'accompagnement au quotidien de leur enfant.

L'aide spécifique à la gestion du budget familial a pour objectif d'aider les familles à mieux utiliser les finances familiales dans l'intérêt du bien-être de leur(s) enfant(s). Elle peut faire partie d'une protection administrative, on parle de mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAAESF) ou être ordonnée par un juge, on parle alors de mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF).

Selon la DREES, au cours de l'année 2020, « 30 000 à 40 000 familles ont bénéficié de l'intervention d'un TISF ; plus de 10 000 familles ont bénéficié d'une MJAGBF et 2000 à 3000 d'une MAAESF ».

3.1.2. Aides éducatives

Ces mesures font suite à des difficultés importantes observées sur le plan éducatif. Anciennement appelée Assistance Educative en Milieu Ouvert administrative (AEMO-a), dorénavant l'aide éducative sur décision administrative se nomme l'Aide Educative à Domicile (AED). L'intervention au domicile est réalisée par des éducateurs spécialisés ou des psychologues exerçant au sein de l'ASE (ou dans des services associatifs privés ou publics habilités).

Comme toutes les aides éducatives, le projet est construit sur mesure avec le jeune, sa famille et la fréquence des interventions est déterminée selon les besoins. Les mesures administratives correspondent à 30% des actions éducatives.

3.1.3. Mesure administrative de placement

Lorsque l'intervention au domicile n'a pas produit les effets attendus, qu'il persiste un danger pour le mineur, que les parents ne se sont pas saisis de l'aide apportée, alors une décision de placement peut être proposée aux familles. Nous sommes encore dans le cadre de mesure administrative donc prise sur décision du conseil départemental.

L'objectif de cette séparation avec le milieu familial est d'élaborer avec la famille un lien moins pathogène et permettre aux parents une élaboration et une mobilisation suffisante pour envisager un retour de l'enfant dans son foyer.

Le placement peut être effectué à temps complet ou partiel selon plusieurs modalités :

- Un placement au domicile, qui correspond à un maintien au domicile familial avec une place réservée au sein d'une famille d'accueil ou d'un établissement en cas de crise,
- Un accueil de jour au sein des locaux de l'ASE, avec une prise en charge éducative sur tout ou une partie de la journée,
- Un placement à temps complet ou partiel en famille d'accueil, établissement ou tiers digne de confiance.

Parmi les enfants placés sur décision administrative, nous retrouvons également les pupilles de l'État^{7,20}. Ces enfants n'ont plus de lien avec leurs parents, soit par abandon, par décès, ou par demande d'un juge à la suite du retrait total de l'autorité parentale. Ils peuvent faire l'objet d'une adoption, ou d'un placement en famille d'accueil ou en institution. Les parents peuvent « se rétracter » de leurs décisions d'abandon dans un délai de deux mois, ce qui impliquera par la suite un « *accompagnement médical, psychologique éducatif et social du parent et de l'enfant pour une durée de 3 ans* ».

3.2. Mesure de protection judiciaire

Plus nombreuses que les mesures administratives, les mesures au titre de la protection judiciaire font intervenir un juge des enfants. Pour beaucoup, elles ont été précédées d'une ou plusieurs interventions administratives qui n'ont pas été suffisantes, bien investies, ou alors qui ont permis aux professionnels d'observer la persistance d'un danger pour le mineur.

Elles peuvent être de trois types : soit le Juge des enfants ordonne une investigation supplémentaire, soit il ordonne des aides éducatives, soit il ordonne un placement.

3.2.1. Mesure judiciaire d'investigation éducative

Avant la mise en place d'une procédure d'assistance éducative judiciaire, le juge des enfants peut avoir besoin d'informations supplémentaires sur la situation familiale, sociale, psychologique du jeune et de sa famille pour guider sa prise de décision. Il peut donc solliciter une investigation complémentaire, qui contrairement à l'enquête réalisée par la CRIP, est contrainte par la décision judiciaire et dont les familles ne peuvent se soustraire. Cette mesure peut également être sollicitée dans le cadre d'une investigation pénale durant la phase d'instruction.

3.2.2. Aides éducatives

Prise sur décision du Juge des enfants, l'Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) peut être simple ou renforcée. Elle peut être mise en place pour un ou plusieurs enfants de la fratrie et elle fait suite à des difficultés majeures sur le plan éducatif. Cette mesure est ordonnée pour deux ans maximum renouvelable jusqu'à la majorité de l'enfant. Le cadre d'intervention, la durée et les motifs sont mentionnés lors de l'audience. L'intervention judiciaire rend la mesure plus contraignante à l'égard des familles.

Michel Manciaux, Marceline Gabel *et al.*, dans leur ouvrage « *Enfance en danger* » mentionnent à juste titre la complexité du travail des différents intervenants dans le cadre des mesures d'AEMO qui doivent s'attacher à « repérer les signes de souffrance, de maltraitance, de carences mais aussi les compétences des uns et des autres qui serviront de leviers éducatifs » tout cela dans un cadre contraint qui peut entraîner de la méfiance de la part des familles.

3.2.3. Mesure judiciaire de placement

Hors placements directs, les mesures judiciaires de placement concernent près de 75% des mesures de placement.

Elles peuvent être ordonnées en urgence lorsque la situation de danger est immédiate, grave, et implique un risque pour le mineur s'il n'est pas mis à distance de son environnement familial rapidement. On parle alors d'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP). Cette décision peut être prise en urgence par le Procureur de la République si la situation ne permet pas d'attendre l'intervention du Juge des enfants.

En dehors de ces mesures de placements directs, les accueils provisoires font l'objet d'une décision par le Juge des enfants lors d'une audience. Le placement peut alors se faire au sein d'une famille d'accueil, en institution ou auprès d'un tiers digne de confiance.

Le retrait d'un mineur de son domicile familial n'est pas une décision facile à prendre. Elle implique de peser avec précision la balance bénéfice/risque de cette décision dans la vie de l'enfant. C'est pourquoi ces mesures prennent parfois du temps à se mettre en place, et une évaluation en amont au domicile est toujours privilégiée pour rechercher les leviers éducatifs les plus pertinents afin d'éviter à ce mineur de subir une séparation avec son milieu familial.

Lorsqu'un maintien au domicile n'est plus possible, l'éloignement doit permettre à l'enfant de grandir dans un lieu de vie plus sécurisant et de bénéficier de relations affectives diversifiées et non violentes. Mais également d'effectuer un travail thérapeutique avec les familles, notamment en observant les conflits qui surgissent entre parents/enfants/équipe, pour comprendre les difficultés de chacun des protagonistes et leur permettre d'y travailler.

3.3. Caractéristiques des différents lieux d'accueil

Après l'annonce de placement, le lieu d'accueil du mineur doit être déterminé. La décision va être prise en fonction de l'âge du mineur, de son « profil », et bien entendu des disponibilités de chaque département. L'accueil en établissement et en famille d'accueil sont les deux modes de gardes principaux mais la répartition sur le territoire français est très hétérogène.

Un placement chez un tiers digne de confiance sera toujours recherché car il constitue un mode d'accueil privilégié limitant les séparations familiales. Il concerne 84% des mineurs en placement en urgence.

Hors placements directs, l'accueil chez un assistant familial constitue le mode d'accueil le plus fréquent. Dans la mesure du possible, ils seront privilégiés pour les plus jeunes, du fait notamment du maternage encore conséquent dont ils ont besoin. Au 31 décembre 2021, 40% des mineurs confiés à l'ASE sont accueillis en famille d'accueil, 39% en établissement public ou associatif relevant de l'ASE. Les 21% restants concernent d'autres modes d'accueil comme l'internat scolaire ou le placement en famille adoptante et les jeunes majeurs autonomes.

Parmi les établissements pouvant accueillir des mineurs placés, nous retrouvons :

- Les maisons d'enfants à caractère social (MECS),
- Les foyers de l'enfance,
- Les pouponnières,
- Les villages d'enfants,
- Les lieux de vie.

Les foyers de l'enfance sont sollicités pour accueillir les jeunes pour une période d'observation et une évaluation afin de mieux préparer leur orientation d'accueil ultérieure. La durée de placement dans ces lieux d'accueil est donc limitée à quelques semaines/mois avant un transfert dans un lieu de vie plus pérenne.

Les MECS sont pour près de 80% d'entre elles gérées par des associations. L'accueil en collectivité est privilégié chez les jeunes présentant des troubles du comportement avec passage à l'acte régulier ou des traits caractérisés difficiles à gérer pour une famille d'accueil. Il peut également mieux convenir à l'accueil de certains enfants qui ont vécu des traumatismes tels qu'ils n'arrivent plus à créer de lien d'attachement privilégié avec un tiers et qui peuvent ne pas supporter l'attention trop proche dont ils font l'objet.

Les derniers rapports de la DREES concernant les établissements de l'ASE font état d'une disparité des taux d'occupation par établissement avec notamment « au moins 10 % des MECS qui ont un taux d'occupation inférieur ou égal à 83 %, alors qu'au moins 10 % des foyers de l'enfance ont un taux supérieur ou égal à 104 % ».

Les pouponnières à caractère social accueillent des nourrissons ou enfants de moins de 3 ans. Comme préconisé au sein des derniers Plans d'action pour la protection de l'enfance, l'accueil des fratries est à privilégier au sein des villages d'enfants pour éviter une séparation entre frères et sœurs.

3.4. La santé des enfants protégés

3.4.1. Le projet pour l'enfant

Le projet pour l'enfant (PPE)^{3,22} est un document rendu obligatoire depuis la loi du 5 mars 2007 qui est élaboré en collaboration avec les parents du mineur et l'ensemble des intervenants. Ce document accompagne le jeune tout au long de son parcours ASE et est amené à être régulièrement ajusté en fonction de l'évolution de sa situation.

Il a été créé afin d'avoir une approche globale de la situation du jeune et ainsi favoriser la clarté des interventions et la coordination de son parcours. La loi du 14 mars 2016 en précise les délais de réalisation et les éléments essentiels à y intégrer. Ce document contient des informations concernant tous les aspects de la vie de l'enfant ; son état de santé à son arrivée et au cours du placement, les éléments relatifs à son environnement familial, notamment les ressources potentielles ou les dangers existants, l'état des relations intra-familiales et au sein de la fratrie, les éléments en lien avec sa scolarité mais également les données relatives au jugement et aux objectifs des interventions. Ce PPE doit être mis en place dans les trois mois suivant l'entrée du jeune au sein de l'ASE (sauf exceptions mentionnées dans la loi).

A l'entrée de l'enfant au sein de l'ASE, un bilan de santé obligatoire doit être réalisé. Il comprend une évaluation médicale et psychologique indispensable au parcours de soins ultérieur. Il permet notamment d'identifier les besoins spécifiques en termes de prévention, de soins, ou d'accompagnement (notamment lors de la présence d'un handicap).

Repris dans la Stratégie de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 ou encore dans les assises de la pédiatrie de mai 2024¹⁰, « l'accès aux soins » et « l'amélioration de la prévention des risques en amont et à chaque étape du parcours de protection » des enfants restent un enjeu majeur. La « santé protégée » est mentionnée également comme l'un des quatre chantiers prioritaires par le Comité interministériel à l'enfance de Novembre 2023¹⁸.

3.4.2. Les actes usuels et non usuels

Bien que les enfants soient pris en charge par les services départementaux de l'ASE, dans la majeure partie des cas, les parents restent garants de l'exercice de leur autorité parentale, c'est-à-dire que toute décision à l'égard de leur enfant doit recueillir leur accord.

Mis en place en 2018 par le Ministère des solidarités et de la santé, le guide de « L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance »²³ constitue une base solide de discussion pour définir les actes nécessitant ou non l'accord des parents au préalable.

Dans ce guide, les auteurs font état d'un défaut de définition légale des actes usuels et non usuels. En se référant à la jurisprudence, l'acte usuel est défini comme un acte « qui n'engage pas l'avenir de l'enfant, qui n'engage pas ses droits fondamentaux ou qui s'établit dans une pratique antérieure établie par les parents et non contestée par l'un des deux ». A contrario, un acte non usuel est défini comme un acte « qui rompt avec le passé de l'enfant et/ou qui engage de façon déterminante son avenir ou qui affecte ou garantit ses droits fondamentaux ».

La mise en place du PPE doit servir de support pour discuter avec les parents de la liste des actes usuels pouvant être réalisés sans leur accord préalable afin de faciliter la vie quotidienne de leur enfant. Concernant les actes non usuels, les modalités selon lesquelles les parents souhaitent être informés sont également définies dans le PPE.

Au vu de l'impact majeur que peuvent avoir la réalisation des actes non usuels sur le bien-être de l'enfant ou sur sa santé, la loi prévoit dans l'article 375-7 du Code civil « des dispositions particulières autorisant un tiers à accomplir un acte non usuel sans l'accord des détenteurs de l'autorité parentale ».

En effet, « le juge des enfants peut exceptionnellement, dans tous les cas où l'intérêt de l'enfant le justifie, autoriser la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un ou plusieurs actes déterminés relevant de l'autorité parentale en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité

parentale ou lorsque ceux-ci sont poursuivis ou condamnés, même non définitivement, pour des crimes ou délits commis sur la personne de l'enfant».

Nous pouvons retrouver un certain nombre de recommandations dans le guide pratique mis en place par le Ministère des solidarités et de la santé qui peut aider les professionnels dans leur quotidien lorsqu'un doute subsiste. Concernant la prise en charge psychologique, voici un exemple des recommandations retrouvées dans ce guide :

Actes non usuels	Actes usuels
Consultation psychologique	
<p>Psychothérapie de longue durée avec une grande régularité CA Lyon, 28 fév. 2011, n° 10/03604 2007/00476 (cf. colonne de droite)</p>	<p>Séances ponctuelles et d'une portée limitée avec un psychologue, dans un but de prévention de la santé mentale CA Lyon, 28 fév. 2011, n° 10/03604 2007/00476 : le fait d'avoir eu 4 rencontres en 2009 et 4 en 2010 avec un psychologue ne constitue pas une psychothérapie, qui est un traitement de longue durée avec une grande régularité ; qu'il s'agit de consultations permettant en quelques séances d'exprimer ses angoisses, d'être entendu et rassuré sur ses capacités personnelles à surmonter une difficulté ; qu'il doit être considéré qu'il s'agit là d'un acte usuel de prévention de la santé mentale, qu'un parent peut engager sans être soumis à l'accord de l'autre parent, cet acte restant ponctuel et d'une portée limitée.</p>

Après avoir présenté le cadre d'intervention des services en Protection de l'enfance, leurs missions et la manière dont nous pouvons les solliciter ; puis d'avoir défini ce qu'était la maltraitance infantile et ses facteurs de risques ; nous allons maintenant présenter les résultats de notre revue de littérature sur la santé mentale des enfants confiés à l'ASE.

Dans un premier temps, nous apporterons quelques éléments théoriques pour comprendre l'impact que peuvent avoir les maltraitances sur la santé mentale des enfants ; mais également les séparations au cours d'une mesure de placement.

Partie 2 : La santé mentale des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance

1. Quelques apports théoriques pour mieux comprendre

1.1. La théorie de l'attachement et les systèmes d'attachement

1.1.1. Le concept de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1958)

Le terme **d'attachement** fait référence au lien émotionnel qui existe entre un enfant et sa figure d'attachement, c'est-à-dire la personne qui s'est occupée de lui précocement, qui l'a investi physiquement et émotionnellement et qui va lui apporter une présence régulière et importante. En d'autres termes son « donneur de soins ». Cette figure d'attachement va être pour l'enfant un repère, notamment lorsqu'il sera face à une situation de danger (réel ou potentiel), puisqu'il va alors mettre en place toute une série de comportements pour en rechercher sa proximité, sa protection.

Cette notion d'attachement a été introduite dans les années 1950 par le psychiatre et psychanalyste John Bowlby.

Avant l'apport de sa théorie, le lien parent-enfant était essentiellement vu sous le prisme d'une réponse aux besoins physiologiques alimentaires. On pensait que l'attachement était secondaire à cette fonction de nourrice. Bowlby observe qu'au-delà de rechercher à combler ses besoins physiologiques, un bébé va aussi rechercher un besoin de sécurité et d'affection auprès de son parent et que si ce besoin n'est pas comblé, alors il en va de sa survie. Bowlby se nourrit notamment des travaux de René Spitz sur l'hospitalisme, des expériences d'Harry Harlow sur de jeunes macaques, ou encore de Konrad Lorenz et le phénomène d'empreinte.

Pour Bowlby, le lien d'attachement est indispensable pour que l'enfant puisse explorer le monde extérieur. Il fonctionnerait comme un système d'alarme : quand le bébé se sent en danger, il active son système d'attachement en recherchant la proximité de sa

figure d'attachement (**fonction de protection**) et une fois le sentiment de sécurité retrouvé, il peut se remettre à explorer (**fonction de socialisation**).

En revanche, pour que ce système d'alarme fonctionne correctement, il faut que les réponses apportées lors des situations de stress soient satisfaisantes, c'est-à-dire qu'elles soient non violentes et lui permettent de retrouver un sentiment de sécurité et de calme. Si les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes, c'est-à-dire qu'elles induisent un maintien de sa détresse, de l'anxiété, alors le bébé va intégrer comme schéma qu'il ne peut pas compter sur sa figure d'attachement pour le rassurer et il va chercher d'autres stratégies pour retrouver cette sérénité. Parmi les stratégies mises en place, il va d'abord changer de comportement, puis si cela ne fonctionne toujours pas, il va mettre en place des stratégies plus dysfonctionnelles, comme des pleurs excessifs, de l'agressivité, du rejet...

Dans notre population d'étude, il existe deux particularités à prendre en compte dans l'évaluation de l'attachement des enfants. La première est que ces enfants ont pu être précocement séparés de leur parent, placés en famille d'accueil ou en institution et n'ont donc pour certains pas pu développer ce lien privilégié avec leur(s) parent(s). Dans ce cas, ce lien d'attachement a pu être créé avec un autre « donneur de soins » de substitution comme un parent adoptif, un travailleur social, un assistant familial. La seconde est que lorsque ce lien a pu être créé, il a souvent été malmené par des réponses maltraitantes, ou inadaptées aux besoins de l'enfant.

1.1.2. Stades de développement du système d'attachement de l'enfant

Afin d'évaluer au mieux la qualité du lien d'attachement d'un enfant envers son parent, il est important de connaître les stades de développement de ce système d'attachement. Il se met en place durant la première année de vie de l'enfant selon les phases suivantes :

- De 0 à 2 mois : **phase de pré-attachement**

Le bébé va reconnaître la voix, les odeurs, le visage de sa mère (ou son donneur de soin privilégié) mais son comportement d'attachement ne sera pas encore orienté vers une personne en particulier.

- De 2 mois à 7 mois : **phase de l'émergence de l'attachement**

Le bébé va commencer à créer des comportements d'attachement pour instaurer de la proximité avec ses donneurs de soins. Il va manifester des signes d'agitation ou d'inconfort lorsque sa figure d'attachement quitte la pièce.

- De 7 mois à 24 mois : **phase d'attachement**

La figure d'attachement est intégrée et constitue la base de sécurité de l'enfant. L'enfant va ressentir une peur face à l'étranger et va activer son système d'attachement pour solliciter la protection de sa figure d'attachement. Dans une situation sécurisée, l'enfant est rassuré par le retour de sa figure d'attachement.

- Au-delà de 24 mois : à cet âge, l'enfant a acquis **la permanence de l'objet**.

Il va comprendre les séparations temporaires et être en capacité d'explorer le monde extérieur loin de sa figure d'attachement. Il va pouvoir se représenter le parent absent, ce qui va réussir à le rassurer si l'attachement est perçu comme « sécurisée ». Il va progressivement être en mesure de créer des liens d'attachement multiples.

1.1.3. Les modèles internes opérants

Nous avons vu que la qualité du lien d'attachement d'un enfant envers son parent réside en partie dans les réponses apportées lorsqu'il vient chercher sa proximité. C'est en partie sur cette base que l'enfant va pouvoir développer des qualités relationnelles futures et s'autonomiser progressivement.

Bowlby décrit dans les années 1980 un autre concept, qui selon lui a un rôle majeur dans la mise en place du sentiment de sécurité interne de l'enfant et qui va influencer de façon durable ses relations futures : il s'agit des modèles internes opérants (MIO).

Les MIO correspondent aux modèles intégrés par l'enfant à partir des interactions précoces avec ses figures d'attachement. Dès l'âge de 6 mois, l'enfant va encoder dans sa mémoire des schémas cognitifs à partir des interactions qu'il aura avec sa figure d'attachement et il va enregistrer les réponses les plus fréquemment apportées. Si les interactions précoces permettent la mise en place d'un lien de confiance, l'enfant va avoir des représentations positives de lui-même, celle d'un être digne d'être aimé et dont les besoins sont satisfaits. La figure d'attachement doit notamment être accessible, disponible, affectueuse et non violente. Si le lien de confiance ne se crée pas suffisamment, l'enfant va intégrer des représentations négatives de lui-même et des autres, et développer de la méfiance, une sensibilité exacerbée, le sentiment qu'il ne peut pas compter sur son parent...

Ces schémas cognitifs vont largement influencer les représentations que l'enfant va avoir de lui-même et des autres et avoir un rôle majeur dans les relations interpersonnelles futures, notamment en lui permettant de comprendre le comportement des autres.

1.1.4. Les différents styles d'attachement

Dans la littérature, différents « styles d'attachement » sont décrits. Ils sont qualifiés de « sécure » ou « insécure » et correspondent aux réponses comportementales d'un individu face à une situation de stress. Ils vont se développer en fonction de la qualité des soins que l'enfant aura reçus.^{19,20,21,22}

Les styles d'attachement ont été définis par Mary Ainsworth suite à une expérience qu'elle appelle « la situation étrange ». Le protocole mis en place par Ainsworth consiste à observer le comportement de l'enfant envers sa mère (ou donneur de soins) en sa présence, en son absence, lors de son retour lorsqu'il fait l'expérience d'une

situation troublante comme la présence d'un inconnu dans la pièce. Ainsi, les réactions de l'enfant vont nous informer sur son sentiment de sécurité interne.

Selon ses observations, Mary Ainsworth définit trois styles d'attachement :

- **Les enfants sécures (60%)** : Au départ de la figure d'attachement, il existe une base de sécurité interne suffisante pour que l'enfant explore son environnement. Au retour de sa figure d'attachement, il va se réfugier auprès d'elle en cherchant sa proximité.
- **Les enfants insécures évitants (25%)** : Au départ de la figure d'attachement, l'enfant va explorer l'environnement tout en restant dans un état d'alerte. Au retour de sa figure d'attachement, malgré sa détresse il ne va pas rechercher sa proximité et montrer une certaine indifférence.
- **Les enfants insécures ambivalents (10%)** : Au départ de sa figure d'attachement, l'enfant va manifester une réaction vive, des pleurs intenses. Au retour de sa figure d'attachement, l'enfant va chercher la proximité de sa figure d'attachement tout en manifestant une réaction de rejet.

Ces deux styles d'attachement insécure ne permettent pas une exploration saine de l'environnement et peuvent entraîner des dysfonctionnements ultérieurs comme un défaut de régulation des émotions, une absence de conscience du danger, un manque de confiance en soi.

Un dernier style d'attachement que l'on rencontre de façon privilégiée chez les enfants placés a été défini dans un second temps par Mary Main :

- **Les enfants insécures désorganisés (5%)** : Les enfants ne trouvent pas de stratégies pour gérer leur détresse seul ni pour faire venir leur figure d'attachement. Souvent, faire venir sa figure d'attachement peut être considéré comme dangereux.

Les enfants ayant un attachement désorganisé sont souvent des enfants ayant été victimes de maltraitance, ayant été exposés aux violences conjugales, eu des soins intrusifs, négligents. Ils vont présenter des difficultés de régulation émotionnelle importante et peuvent manifester des comportements hostiles, violents ou à l'inverse une méfiance, un rejet dans leurs relations aux autres. Cette catégorie d'attachement insécure est très souvent associée à des troubles pédopsychiatriques ultérieurs.

1.2. Stress et vulnérabilité

1.2.1. Résilience

Cette première partie nous permet de comprendre l'importance des interactions précoces et de la qualité des soins mis en place pour permettre à un enfant de se construire une base de sécurité interne suffisante pour pouvoir se développer.

Pour autant, le style d'attachement et la qualité de celui-ci ne permet pas à lui seul d'expliquer les différences interindividuelles qui peuvent exister dans les réponses face à une situation d'adversité. Certains enfants, pourtant exposés très tôt à un environnement violent ou instable ne vont pas pour autant développer de trouble psychiatrique. Plusieurs modèles ont cherché à expliquer ces différences interindividuelles et parmi eux, certains auteurs mettent en avant le concept de résilience.

D'après Marie Anaut dans son ouvrage sur « la psychologie de la résilience »³⁰, la résilience se définit comme « *un processus dynamique et évolutif qui inclut une démarche adaptative et le maintien de l'intégrité psychique malgré l'exposition à des contextes pathogènes* ». Ce concept prend en compte les ressources internes de l'individu et permet de définir pour chacun les ressources individuelles qui vont lui permettre de réduire l'impact négatif d'un traumatisme vécu.

Ainsi, ces enfants qui auront un capital de ressources internes conséquent, vont réussir à maintenir un fonctionnement adapté face à des événements de vie adverse. Nous dirons d'eux qu'ils sont résilients. Ce concept a bien entendu ses limites et ne permet pas à lui seul de prédire la réponse qu'un enfant aura face à un événement d'adversité. En revanche, il peut constituer un élément à prendre en compte dans

l'évaluation des facteurs de protection, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs qui vont lui permettre de continuer à évoluer après avoir subi un traumatisme.

1.2.2. Stratégies de coping

En plus des ressources internes que l'enfant va pouvoir mobiliser face à une ou des situations de stress, nous allons retrouver les stratégies de coping (ou d'ajustement). Ces stratégies correspondent aux actions que l'enfant va mettre en place pour s'ajuster aux situations stressantes.

Ces stratégies s'acquièrent au cours du développement, elles vont lui être propres et il pourra les mobiliser lorsqu'il sera face à un stress. Pour que cet enfant puisse développer ces compétences, l'environnement doit être suffisamment sécuritaire et ne pas venir invalider ou empêcher la mise en place de ces stratégies. Elles sont de deux types : celles centrées sur le problème (c'est-à-dire cherchant à résoudre le problème) et celles centrées sur l'émotion (c'est-à-dire cherchant à soulager la tension suscitée par le stress).

Dans une étude descriptive menée dans les Rhône-Alpes⁵² auprès de 318 jeunes placés à l'ASE âgés de 0 à 18 ans, 16 d'entre eux ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire sur leur santé. Dans ce questionnaire, les auteurs les ont questionnés sur les ressources qu'ils pouvaient mobiliser pour aller mieux face à un stress et ont effectué une analyse qualitative des stratégies de coping évoquées. Parmi les stratégies d'ajustement citées par les jeunes, nous retrouvons par exemple le fait de sortir se balader, de lire, de regarder des photos de familles, d'écouter de la musique ou encore d'écrire.

Ces stratégies, lorsqu'elles ne suffisent pas ou plus à résoudre le problème, peuvent être remplacées ou associées à d'autres stratégies plus dysfonctionnelles pour lutter contre l'affect douloureux. Parmi elles, nous pouvons retrouver les comportements d'automutilation, les fugues, de l'hétéro-agressivité, des consommations de toxiques, de la dissociation...

1.3. Impact développemental des traumatismes répétés

Nous avons vu que la réponse au stress de l'enfant va dépendre en partie de ses ressources internes et de l'environnement dans lequel il a évolué et a pu créer, ou non, un sentiment de sécurité interne. Pour autant, bien que certains enfants développent des compétences de réponses au stress plus élevées que d'autres, l'impact au long terme des expositions au stress semble inévitable.

1.3.1. Neurobiologie : épigénétique et développement cérébral

En ce sens, les recherches dans le domaine de la maltraitance infantile se sont penchées sur les conséquences que pourraient avoir la maltraitance sur différents systèmes neurobiologiques (endocrinien, système immunitaire, système nerveux autonome) et sur le développement cérébral.

Parmi les mécanismes les plus étudiés, nous retrouvons ceux qui concernent la régulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HHS). Cet axe permet la régulation du stress. Lorsqu'il est activé, il entraîne une production de glucocorticoïdes (cortisol) qui sont des hormones essentielles en situation de stress car elles vont permettre de réguler nos réponses motrices, sensorielles, cognitives. Néanmoins, ce système nécessite d'être régulé à l'aide d'une boucle de rétrocontrôle négative car une production prolongée entraînerait des conséquences néfastes sur l'organisme, comme une augmentation du risque de maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie...) et de troubles psychiques.^{12,33,34}

Les études montrent que les expériences environnementales négatives précoces vont changer l'expression de certains gènes par des modifications épigénétiques, notamment des gènes impliqués dans la régulation de l'axe du stress (comme le gène NR3C1 qui code pour les récepteurs aux glucocorticoïdes). Ces évolutions épigénétiques pourraient même se transmettre aux générations ultérieures, ce qui impliquerait qu'un stress durant l'enfance des parents pourrait également avoir un impact sur la vulnérabilité de leurs enfants.

Dans le cadre de la maltraitance infantile, l'axe HHS va être perturbé car les enfants vont être en situation de stress chronique ce qui va entraîner une production excessive de cortisol. De par sa neurotoxicité, la production chronique de cortisol chez l'enfant pourrait avoir un impact neurodéveloppemental en altérant les processus de maturation cérébrale et entraîner une altération dans la mise en place de certains processus cognitifs et comportementaux, d'autant plus que l'enfance est une période de grande plasticité cérébrale.

Parmi les anomalies retrouvées, les zones impliquées dans les fonctions exécutives et mnésiques (cortex préfrontal, hippocampe), dans le contrôle des émotions (cortex cingulaire antérieur) ou dans la régulation de la réponse au stress (amygdale) sont concernées. Ces perturbations pourraient avoir un impact sur le long terme avec des enfants qui présentent une hyperanxiété, des difficultés de régulations émotionnelles, des troubles dans les apprentissages...

Ainsi, les antécédents de traumatismes infantiles telles que des violences physiques, psychiques, sexuelles par les modifications endocriniennes et cérébrales qu'elles impliquent, constituent un facteur de risque documenté de trouble psychique.

1.3.2. Le trouble de stress post-traumatique

Parmi les conséquences des traumatismes vécus par ces enfants, nous retrouvons le risque important de développer un trouble de stress post-traumatique.

Le stress est une réaction physiologique adaptative et nécessaire auquel tous les individus sont confrontés. Dans certains cas, un événement stressant peut générer une charge émotionnelle telle qu'elle va surplomber ce que l'individu est en capacité de vivre et créer un traumatisme psychique. Ces événements traumatisants peuvent être des agressions physiques, sexuelles, psychiques ou encore des catastrophes naturelles, le décès d'un proche...

Ces événements traumatisants peuvent générer des réactions comportementales, émotionnelles et cognitives qui vont durer dans le temps, on parle alors de trouble de

stress post-traumatique. Parmi les réactions les plus fréquentes, nous retrouvons une triade symptomatique regroupant les reviviscences de l'événement traumatique (tel que la présence d'images intrusives, de flash-backs, de cauchemars), l'évitement des indices évocateurs de l'événement (éviter par exemple de parler aux hommes qui ressemblent à l'agresseur), et les réactions d'hypervigilance comme s'il persistait une menace (comme par exemple le fait de sursauter aux bruits, aux mouvements brusques).

D'autres signes peuvent exister, notamment chez l'enfant et l'adolescent où la clinique de l'insécurité développementale peut être au premier plan. Ces enfants vont présenter des difficultés de séparation avec l'adulte, l'apparition de nouvelles peurs, le refus de dormir seul, des manifestations somatiques, un agrippement à l'adulte, une anxiété diffuse... tant de signes qui doivent alerter et faire rechercher l'existence d'un psychotraumatisme. Un ensemble de ressources sont disponibles sur le site du Cn2r (centre national de ressources et de résilience) pour expliquer le trouble de stress post-traumatique aux enfants et adolescents, ainsi qu'aux professionnels.

1.3.3. Le trouble de stress post-traumatique complexe ou développemental

En protection de l'enfance, les enfants victimes de maltraitance vont être confrontés de façon répétée à des événements potentiellement traumatiques, c'est-à-dire menaçant leur intégrité physique ou psychique. Cette confrontation régulière à un stress dépassé n'est pas sans conséquence et peut entraîner des troubles dans leur construction. En plus des symptômes précédemment cités, ces enfants vont voir leur vision d'eux-mêmes et des autres altérée par ces traumatismes multiples, on parle alors de trouble de stress post-traumatique complexe.

Ils vont présenter des difficultés de régulation des émotions, des difficultés à entretenir des relations aux autres sans se sentir menacer ou encore avoir l'impression d'être coupable, vaincu ou honteux face à ce qu'ils ont vécu. Ces symptômes chroniques vont faire le lit de fonctionnement problématique ultérieur s'ils ne sont pas repérés et

pris en charge et vont constituer un facteur de risque de développer un trouble psychiatrique comorbide.

Nous avons vu que les mineurs pris en charge en protection de l'enfance sont plus fréquemment confrontés au cours de leur vie aux événements de stress précoce et répétés tels que les maltraitances et négligences. Nous avons observé que l'exposition à ces événements de vie adverse sont associés à une vulnérabilité plus importante aux troubles psychiques. Nous allons dorénavant effectuer une revue de la littérature française sur la santé mentale des mineurs pris en charge à l'ASE.

2. Revue narrative de la littérature

2.1. Méthode

2.1.1. Contexte

L'état de la santé mentale des enfants pris en charge en protection de l'enfance en France est mal connu. Même si l'intérêt est croissant pour ce sujet, le nombre d'études françaises existantes reste pauvre et connaît un certain nombre de limites. Dans un premier temps, notre travail portait sur l'ensemble des mineurs pris en charge à l'ASE. Au cours de nos recherches, nous n'avons pas trouvé de données sur les enfants en protection de l'enfance vivant au domicile parental.

2.1.2. Littérature française

Nous avons effectué une revue narrative de la littérature française, c'est-à-dire qu'un ensemble non exhaustif d'études, d'enquêtes et de publications traitant de la santé mentale des enfants protégés ont été recueillis pour tenter d'effectuer une photographie de l'état psychologique de cette population. Pour obtenir un reflet de la santé mentale des enfants protégés en France au plus près de la réalité actuelle, il aurait fallu inclure les études les plus récentes et postérieures aux lois réformant la protection de l'enfance ainsi que les études les plus robustes. Or, le nombre d'études françaises étant assez pauvre, nous avons décidé d'inclure toutes les études épidémiologiques descriptives et comparatives publiées après l'an 2000. Au total, nous avons inclus 11 études épidémiologiques descriptives et 2 études comparatives. Nous

avons également étayé notre propos à l'aide d'un ensemble de publications mises régulièrement à jour par les dispositifs d'évaluation de la protection de l'enfance tel que l'ONPE, ODPE, la DREES.

Les études recueillies sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Description des études françaises portant sur la santé mentale des enfants pris en charge en protection de l'enfance

Auteurs	Année de publication	Département	Type d'étude	Population	Méthode
Daniel Rousseau <i>et al</i> ⁴³	2006	Maine-et-Loire	Enquête épidémiologique transversale descriptive	92 enfants âgés de moins de 12 ans en institution et en famille d'accueil	Hétéro-questionnaire Description des caractéristiques sociologiques, biographiques, et médico-psychologiques des enfants confiés et leurs parents
Martine Charrel <i>et al</i> ⁴⁴	2009	Maine-et-Loire	Étude transversale descriptive	310 jeunes âgés de 6-18 ans	Hétéro-questionnaires (dimension biographique, psychosociale, somatique) et entretiens individuels des jeunes
Daniel Rousseau <i>et al</i> ⁴⁵	2011-2013	Maine et Loire	Étude catamnestique longitudinale	128 enfants admis en pouponnière avant l'âge de 4 ans	Évaluation du fonctionnement global à l'aide des dossiers médicaux + entretiens des référents de l'enfant
Fabien Bacro <i>et al</i> ⁴⁶	2012-2013	Loire- Atlantique		525 enfants de 4 à 14 ans placés en institution	Dossier médical + hétéro-questionnaire + auto-questionnaire
Anaïs Martin <i>et al</i> ⁴⁷	2017	Bouches-du-Rhône	Étude descriptive et transversale	1092 jeunes âgés de moins de 18 ans confiés en MECS	Données issues de l'enquête ESSPER-ASE 13 réalisée entre 2013 et 2014 : remplissage d'un questionnaire par le médecin habituel de l'enfant pour décrire l'état de santé somatique, psychique, le handicap
Myriem Hammoud <i>et al</i> ⁴⁸	2018	Bouches-du-Rhône	Étude descriptive et transversale	ou chez des assistants familiaux	

Bernard Ledésert, Hafid Boulahtouf ⁴⁹	2016	Languedoc- Roussillon	Étude descriptive transversale	2367 jeunes de 0 à 21 ans	Hétéro-questionnaire : examen médical d'entrée ou de suivi annuel
Guillaume Bronsard <i>et al</i> ⁵⁰	2011	Bouches-du- Rhône		183 enfants âgés de 13 à 17 ans en institution	DISC 2,25 (Diagnostic Interview Schedule for Children) - DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual 3ème version révisée)
Bourdais <i>et al</i> ⁵¹	2003	Paris		100 enfants de 11 à 12 ans placés en institution ou famille d'accueil	Hétéro-questionnaire
Isabelle Bourgeaux <i>et al</i> ⁵²	2012	Rhône-Alpes et Haute-Savoie	Etude descriptive	318 jeunes de 0 à 18 ans	Bilan médical et auto-questionnaire (vécu subjectif des enfants sur leur santé)
Gaëlle Guibert ⁵³	2023	Côtes-d'Armor, du Finistère et du Vaucluse	Etude descriptive	1579 enfants de leur naissance à leur neuvième année	Analyse des parcours en protection de l'enfance
Emmanuelle Toussaint <i>et al</i> ⁵⁴	2017		Étude comparative	40 enfants placés en foyer et 40 enfants non placés âgés de 4 à 10 ans (données issues d'une enquête lancée par UNICEF)	Auto-questionnaire sur leur qualité de vie (KINDL-R et AUQUEI)

<p>Emmanuelle Toussaint <i>et al</i> 55</p>	<p>2023</p>		<p>Étude comparative</p>	<p>477 jeunes protégés âgés de 6 à 18 ans comparés à 23 672 jeunes en population générale (données issues d'une enquête lancée par UNICEF)</p>	<p>Auto- questionnaire</p>
---	-------------	--	--------------------------	--	----------------------------

2.1.3. Limites

Les résultats de notre revue de littérature présentent plusieurs limites. Les enfants pris en charge en protection de l'enfance sont une population d'étude difficile à inclure dans des protocoles de recherche. Plusieurs raisons et freins sont probablement à l'œuvre, mais parmi les raisons les plus évidentes, l'instabilité du parcours de ces enfants et de leurs lieux de vie et les difficultés à obtenir les autorisations parentales sont régulièrement évoquées.

Parmi les limites de notre revue, il s'agit essentiellement de la difficulté d'extrapolation des résultats à l'échelle nationale et de la faiblesse des données recueillies. Ces limites s'expliquent en partie par les raisons suivantes :

- Des échantillons de patients de faible ampleur,
- Des échantillons se limitant à la population d'un voire deux départements,
- Des échantillons aux caractéristiques variables entre les études (âges différents, lieux de placement différents),
- L'absence de comparaison avec la population générale.

Dans les études descriptives, les hétéro-questionnaires étaient en majorité remplis par les médecins ou d'autres acteurs de la protection de l'enfance (éducateurs, référents, assistants familiaux). Cette méthode présente également ses limites :

- Questions peu spécifiques ciblées sur la santé globale,
- Absence d'utilisation d'échelles ou de tests standardisés,
- Absence d'utilisation des classifications employées en psychiatrie par les médecins pour catégoriser les troubles (DSM ; CIM),
- Utilisation des dossiers médicaux ASE des enfants malgré la faiblesse des renseignements sur l'état psychologique (relatées par différents auteurs).

2.1.4. Revue de la littérature et méta-analyse Bronsard⁵⁶

Partant du constat qu'il existait peu de données robustes dans la littérature concernant la prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants protégés, le Dr

Bronsard et son équipe ont publié en 2016 une revue de la littérature et méta-analyse sur la prévalence des troubles mentaux chez les enfants placés.

Dans cette méta-analyse, ils ont effectué une revue exhaustive de la littérature internationale en ne gardant que les études épidémiologiques évaluant la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et adolescents pris en charge en protection de l'enfance et utilisant des critères diagnostiques standardisés à l'aide des classifications internationales ou américaines utilisées en psychiatrie (CIM 8, CIM 9, CIM 10 et DSM III, DSM IV, DSM V). Au final, 8 études ont été incluses dans leur méta-analyse dont une française, trois anglaises, une norvégienne, deux américaines et une allemande.

Nous utiliserons cette méta-analyse pour apporter un éclairage supplémentaire à nos résultats.

2.2. Caractéristiques de la population d'étude

Même si la population des enfants pris en charge en protection de l'enfance constitue une population hétérogène, nous allons tenter d'effectuer une synthèse des caractéristiques communes les plus fréquemment retrouvées.

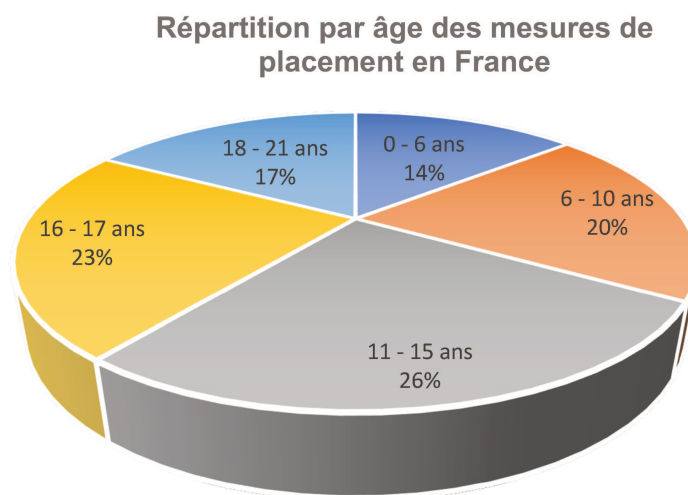
2.2.1. Répartition par sexe et par âge

Le dernier rapport de la DREES publié en 2022 sur les caractéristiques des bénéficiaires de l'ASE⁴² fait état d'une répartition par âge et par sexe relativement stable au cours du temps. Les garçons sont toujours majoritaires qu'il s'agisse de mesure éducative ou de placement : 62 % des mesures de placement et 56 % des mesures éducatives. Sur les lieux de placement, il semblerait y avoir plus de garçons adolescents au sein des établissements tandis que la répartition en famille d'accueil a un sex-ratio plus équilibré.

Concernant la répartition par âge, la classe d'âge des 11-17 ans constitue la part la plus importante des enfants pris en charge à l'ASE. L'âge moyen des enfants faisant l'objet de mesures éducatives est de 10,5 ans et celui des mesures de placement de

12,5 ans. Cette répartition par âge est cohérente avec les lois réformant la protection de l'enfance, les mesures éducatives devant être mises en place précocement et en première intention.

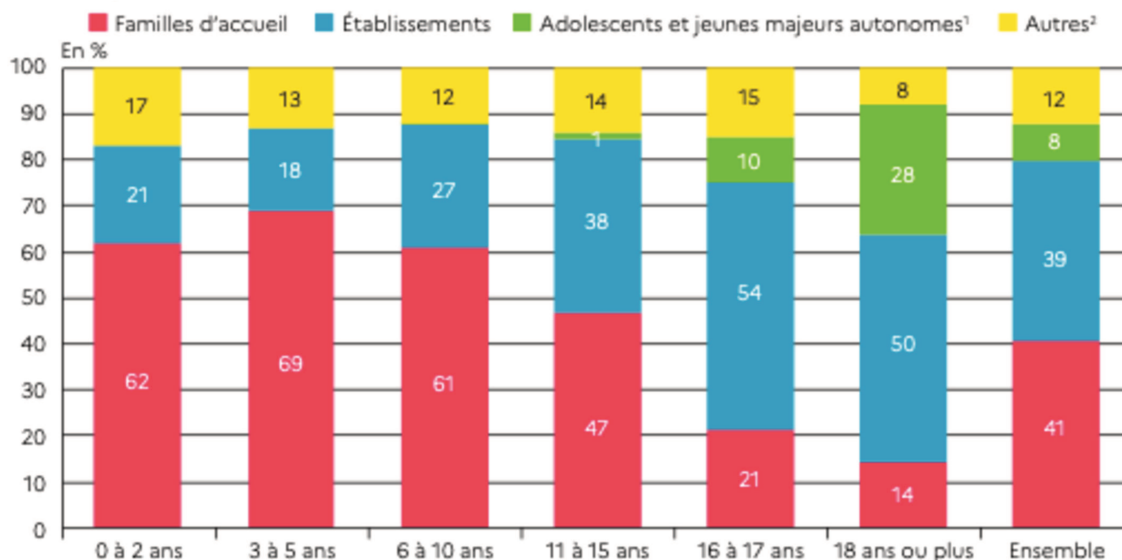
Fin 2020, nous retrouvons la répartition suivante des mesures de placement :



2.2.2. Répartition par type d'accueil

Les enfants accueillis en famille d'accueil sont globalement plus jeunes (60% avant l'âge de 10 ans) que ceux placés en établissement.^{42,44} Selon le rapport de la DREES, la répartition suivante par mode d'accueil était retrouvée en 2020 :

Graphique 3 Répartition par mode d'accueil principal des enfants confiés à l'ASE, selon l'âge, au 31 décembre 2020



2.2.3. Modèles familiaux

Certaines informations concernant les parents et la famille des enfants pris en charge à l'ASE ne sont pas connues. Il est parfois difficile de recueillir ces informations car certains parents refusent de les communiquer, sont absents aux consultations médicales et de références, ou encore car les données ont été délivrées mais perdues au cours du parcours de leur enfant. Dans certaines des études, les parents n'ont simplement pas été intégrés aux enquêtes.

Malgré ce manque de données, certains modèles familiaux rencontrés fréquemment en protection de l'enfance ont pu être identifiés.^{42,43,44,45,52}

2.2.3.1. La fratrie

Dans un premier temps, il est constaté une surreprésentation des familles monoparentales et des fratries nombreuses, avec une moyenne de 5 enfants par fratrie^{42,43,45}. La monoparentalité était assurée dans l'immense majorité des situations par la mère, parfois par le père et dans un certain nombre de situations les enfants étaient orphelins. Dans le rapport de la DREES sur les caractéristiques des bénéficiaires de l'ASE⁴², ils notaient une proportion d'orphelins de 10 fois supérieure à la moyenne nationale.

L'immense majorité des familles étaient déjà connues des services sociaux ou des services de PMI, ils vivaient ou avaient déjà vécu des interventions de l'ASE pour un ou plusieurs autres membres de la fratrie. Au sein des fratries, on retrouvait des mesures de placement plus fréquentes pour les aînés ou second.

2.2.3.2. Les parents

Dans une étude menée en Loire-Atlantique⁴⁶ auprès d'enfants placés en institution, les référents ayant remplis les questionnaires observaient un manque fréquent d'informations sur le père de famille et une focalisation plus importante sur la figure maternelle.

Dans l'ensemble, les parents présentaient un profil global « d'enfance douloureuse » et de précarité. La mère était souvent plus jeune que la moyenne nationale lors de sa première grossesse et plus jeune également que le père. Dans l'étude descriptive⁴³ réalisée dans le Maine-et-Loire sur les caractéristiques de 92 enfants confiés et de leurs parents, 58% des mères avaient des antécédents de maltraitance et 35% avaient déjà été placées. Les pères étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents judiciaires ou des comportements violents.^{42,43}

Dans plusieurs des études, plus de 50% des parents présentaient des troubles psychiatriques, avec un défaut de prise en charge, soit par une absence de prise en charge ou alors par une mauvaise observance des soins. Les mères étaient plus susceptibles de souffrir d'un trouble psychiatrique avec une prédominance des syndromes dépressifs (près de 29% % dans l'étude menée en Loire-Atlantique) et des troubles addictologiques (majoritairement à l'alcool)^{42,43,44}. Concernant les pères, les mêmes difficultés étaient observées avec une prédominance des conduites addictives.

A propos du niveau scolaire et de l'insertion professionnelle, les ménages étaient composés en majorité de mères sans profession avec un faible niveau scolaire, les pères étaient plus susceptibles d'être actifs en tant qu'ouvrier ou employé^{42,44}.

2.2.3.3. En globalité

Ce qui ressort de l'ensemble des études est que ces enfants ont vécu avec des figures parentales fragilisées par leur propre parcours, avec des conduites par moment antisociales, violentes, de la dépression, des addictions et un isolement social important. Globalement, les structures familiales étaient d'une grande fragilité et instabilité et ces enfants avaient pour beaucoup évolué dans un environnement insécure où les réponses à leurs besoins étaient aléatoires voire imprévisibles. Cet ensemble de facteurs psychosociaux constituent des facteurs de risques de maltraitance et sont donc sans surprise surreprésentés dans les familles étudiées.

2.2.4. Antécédents de maltraitance et motifs de placement

Qu'il s'agisse de mesures administratives ou judiciaires, les enfants pris en charge au sein de l'ASE sont susceptibles d'avoir été confrontés à diverses formes de violences. Dans le onzième rapport de l'observatoire national de la protection de l'enfance⁶¹ publié en 2016, 55 % des enfants placés relataient avoir subis des maltraitements avant la mesure de placement.

Au sein des études françaises, les auteurs retrouvaient parmi les enfants placés une proportion plus importante d'enfants « en risque d'être maltraité »^{43,45,46,49}, c'est-à-dire n'ayant pas dénoncé de faits de maltraitance avant leur mesure de placement. Dans un rapport de l'Observatoire de l'action sociale (ODAS) publié en 2005⁷¹ sur l'analyse des signalements fait auprès des conseils généraux, ils retrouvaient une proportion de 20% d'enfants maltraités et 80% d'enfants en risque de l'être.

Parmi les enfants confiés, les motifs d'interventions peuvent être très variables. Dans une étude menée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹ auprès de 2367 jeunes âgés de 0 à 21 ans, la répartition suivante des motifs de placement était retrouvée :

Tableau 7 : Motif du placement actuel et répartition par âge

Motif du placement actuel	0 – 6 ans		7 – 12 ans		13 – 17 ans		18 ans et plus		Tous âges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Education défaillante	410	67,9	446	65,2	462	52,7	56	43,8	1 374	59,9
Négligences lourdes	150	24,8	207	30,3	182	20,8	21	16,4	562	24,5
Violences physiques	44	7,3	93	13,6	101	11,5	9	7,0	247	10,8
Violences psychologiques	41	6,8	78	11,4	93	10,6	14	10,9	226	9,9
Danger résultant de l'enfant	7	1,2	39	5,7	97	11,1	9	7,0	152	6,6
Mineurs étrangers	0	0,0	2	0,3	131	15,0	17	13,3	150	6,5
Violences intra familiales	54	8,9	29	4,2	43	4,9	4	3,1	130	5,7
Absence des parents	37	6,1	34	5,0	31	3,5	6	4,7	108	4,7
Troubles mentaux des parents	26	4,3	28	4,1	27	3,1	2	1,6	83	3,6
Violences sexuelles	9	1,5	25	3,7	27	3,1	1	0,8	62	2,7
Autres	5	0,8	5	0,7	14	1,6	16	12,5	40	1,7

Valeurs manquantes : 75 – 3,2 %

Source : Enquête POSER 2014-2015 / Exploitation : CREAM-ORS LR

Dans plusieurs études, les « carences éducatives » ou « l'éducation défailante » semblait être le motif le plus fréquent de placement, allant jusqu'à 60% des motifs de placement dans certaines cohortes^{43,44,46,49}. Lorsque l'enquête définissait davantage les carences éducatives, elles correspondaient entre autres à des rythmes de vie désorganisés, des difficultés à poser des limites, un manque de stimulations dans les apprentissages, des carences affectives, alimentaires ou encore un défaut d'hygiène.^{43,46}

Parmi les autres motifs faisant l'objet d'une mesure de placement, nous retrouvons un ensemble de difficultés parentales, d'exposition aux violences conjugales ou conflits de couples, aux troubles psychiques du ou des parents ^{44,45,46}. Bien que certaines de ces familles connaissent des conditions de vie précaires, les difficultés socio-économiques n'étaient que très rarement un motif de placement.⁴⁴

Parmi les enfants placés car victimes de violences intra-familiales, les violences psychologiques et les violences physiques étaient majoritaires. Selon les études, certaines retrouvaient une fréquence plus importante de violences psychologiques par rapport aux violences physiques et d'autre l'inverse. Les violences sexuelles intra-familiales étaient toujours les moins représentées. Les violences physiques concernaient davantage les garçons et étaient un motif fréquent d'entrée en placement pour les très jeunes. Dans l'ensemble, les différentes formes de violences étaient fréquemment associées.

Concernant les violences sexuelles intra-familiales, plusieurs études observent que les données recueillies semblent en deçà des données nationales. Notamment avant l'âge de 6 ans, le repérage des maltraitances sexuelles semble minoritaire (ce qui ne veut pas dire qu'elles n'existent pas). Elles étaient particulièrement mieux repérées chez les jeunes filles adolescentes (12-15ans) ^{21,46}

2.2.5. Antécédents

2.2.5.1. Grossesse et accouchement

Pour les mêmes raisons qu'il est parfois complexe d'obtenir des informations sur les parents, les données concernant les premières années de vie et les antécédents périnataux des jeunes étaient souvent défailtantes. Parmi les études ayant interrogés ces antécédents, il existait un faible taux de réponse donc les résultats qui suivent doivent être interprétés avec prudence.^{43,44,45,49,52}

Dans l'ensemble, ces familles vivaient des événements périnataux plus fréquents qu'en population générale. Il existait une surreprésentation des grossesses non suivies, des dénis de grossesses (à dix fois la moyenne observée en population générale) et des consommations de toxiques durant la grossesse. A la naissance, les enfants étaient plus fréquemment prématurés (à deux fois et demi la moyenne observée en population générale), de petits poids de naissance et hospitalisés en service de néonatalogie pour des durées de séjour supérieures à la moyenne.

Les mauvaises conditions psychosociales et les consommations de toxiques peuvent expliquer en partie ces résultats. Il est important de prendre en compte ces données car au vu des antécédents périnataux plus fréquents, la mise en place du lien parent-enfant très précoce et les premières interactions ont pu être affectés et constituer un facteur de vulnérabilité supplémentaire, d'autant plus que nous avons vu antérieurement l'importance de ce portage affectif précoce.

2.2.5.2. Socialisation

Concernant les enfants d'âge préscolaire, les études montrent que peu d'entre eux ont pu bénéficier d'un accueil en dehors du domicile et d'expériences de socialisation précoce avec leurs pairs. Dans l'étude menée en Maine-et-Loire en 2006 sur le parcours de 92 enfants placés⁴³, seulement 26 % des enfants avaient été accueillis en crèche ou en halte-garderie. Dans celle réalisée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹, l'accueil en crèche concernait 18,2 % des enfants et la halte-garderie 5,7 % des enfants.

Concernant les enfants plus âgés, leurs expériences de socialisation notamment dans le cadre d'activités extra-scolaires étaient elles aussi assez limitées. Tout âge confondu, l'étude menée en Loire-Atlantique⁴⁶ retrouvait une absence d'activité extra-scolaire pour plus de la moitié des jeunes et celle menée en Maine-et-Loire⁴⁴ une absence d'activité extra-scolaire pour 43% des enfants.

2.2.5.3. Santé physique

Dans plusieurs des études^{44,46,49}, l'état de santé global des enfants était jugé comme bon et il n'y avait pas de différence significative entre les garçons et les filles. En revanche, dans l'enquête menée en Maine-et-Loire en 2009⁴⁴, les travailleurs sociaux et les médecins observaient une différence selon le type d'accueil, avec des enfants perçus comme en meilleure santé en famille d'accueil plutôt qu'en établissement. L'état de santé somatique à l'entrée dans le dispositif retrouvait une surreprésentation des pathologies bucco-dentaires et dermatologiques.^{43,48} Après placement, ces pathologies communes semblaient faire l'objet d'une vigilance particulière et la santé physique des enfants rejoignait celles de la population générale.

Plusieurs études^{43,45} retrouvaient une croissance staturo-pondérale retardée à l'entrée dans le dispositif, pour la plupart d'entre eux ce retard était présent depuis la naissance, et pour certains il était récupéré après placement (57% des enfants accueillis en pouponnière avant l'âge de 4 ans avaient récupéré ce retard dans un délai de 2,5 ans en moyenne).

L'étude réalisée dans les Bouches-du-Rhône en 2017⁴⁷ note une surreprésentation des pathologies graves neurologiques, des anomalies orthopédiques, des traumatismes crâniens graves, des antécédents d'intoxication et d'un taux élevé de handicap.

2.2.6. Scolarité et insertion professionnelle

L'influence de la situation familiale et sociale des enfants protégés sur leur scolarité est inévitable. Parmi les problèmes les plus fréquemment rencontrés par ces jeunes dans le milieu scolaire, nous retrouvons de façon non exhaustive ^{35,45,48} :

- Le retard scolaire,
- Le redoublement,
- Les troubles des apprentissages,
- La déscolarisation,
- Les troubles de la concentration,
- Les difficultés avec leurs pairs,
- Le défaut d'orientation,
- La stigmatisation.

D'une part, ces enfants n'ont fréquemment pas eu le soutien parental suffisant au domicile pour investir les apprentissages ; soit par carence de leur propre compétence, ou encore par manque d'investissement. Pour beaucoup, leur environnement n'était pas propice aux apprentissages et les difficultés scolaires étaient préexistantes aux mesures de placement ou d'intervention de l'ASE.

En 2013, la DREES publie un rapport sur « l'échec et le retard scolaire des enfants hébergés à l'ASE » ³⁵. Dans ce rapport, ils font état d'une surreprésentation des redoublements et des déscolarisations, notamment l'année de leur placement, « les enfants placés depuis moins d'un an sont six fois plus souvent déscolarisés que ceux placés depuis cinq ans ou plus ». Cette proportion atteint majoritairement les jeunes collégiens.

Selon ce rapport, après la mesure de placement, ces enfants peuvent continuer à rencontrer des freins à leur bonne réussite scolaire, d'autant plus lorsqu'ils sont placés en établissement. Ils peuvent avoir « des difficultés à s'isoler pour faire leurs devoirs, subir des sollicitations multiples par les autres jeunes, des difficultés à trouver un accompagnement individualisé ». Plusieurs auteurs mentionnent le stress associé au placement qui réduit la capacité des enfants à investir la scolarité, les préoccupations

anxieuses multiples mais également les changements de lieux de vie, ou encore la stigmatisation et l'exclusion sociale qu'ils peuvent subir.

Le retard scolaire concerne un certain nombre d'enfants placés. Le rapport de la DREES³⁵ enregistre que « 62,1 % des enfants de 11 ans placés en établissement ont au moins un an de retard à l'entrée au collège ou sont déscolarisés » et « 61,5 % des adolescents de 15 ans placés en établissement sont toujours dans un niveau de premier cycle voire niveau élémentaire ». Ces résultats montrent qu'une attention soutenue doit être mise en place sur la scolarité des enfants placés.

Dans cette même étude, les auteurs pointent le fait que les jeunes se tournent majoritairement vers des filières techniques ou professionnelles, c'est-à-dire des enseignements courts. Cette inscription plus fréquente dans une filière pro peut s'expliquer en partie par le manque régulier de soutien financier de l'entourage, les incitant à acquérir une autonomie financière rapidement.

2.3. Santé mentale : résultats

Nous avons compris que les enfants pris en charge en protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable en termes de souffrance psychique. Dans sa revue systématique de littérature et méta-analyse⁵⁶, le Dr Guillaume Bronsard retrouvait une prévalence de tout trouble mental estimée à 49% dans la population d'enfants et adolescents pris en charge en protection de l'enfance, c'est-à-dire presque quatre fois plus élevée que dans la population générale du même âge.

Dans cette partie, nous nous attacherons à décrire les principaux troubles pédopsychiatriques et symptômes faisant souffrance chez ces enfants.

2.3.1. État psychique à l'entrée

Actuellement, un bilan de santé systématique comprenant un examen somatique et psychologique à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance est obligatoire. Le suivi médical de l'enfant doit s'organiser autour de ce dossier médical

avec notamment la nomination d'un médecin référent. Plusieurs auteurs relatent des manquements encore très fréquents dans la réalisation de ce bilan d'entrée.

Il semble indispensable de pouvoir recueillir les informations concernant l'état de santé physique et psychique des enfants entrant dans le dispositif pour détecter les enfants les plus vulnérables ou nécessitant des soins spécifiques, mais aussi pour suivre leur évolution et permettre une comparaison de leur état de santé au cours du placement et à leur sortie du dispositif.

Parmi les études françaises^{43,45,46,49} mentionnant l'état psychique à l'entrée du placement, ils font tous état de fragilités manifestes. L'état psychique à l'entrée dans le dispositif inquiète et un certain nombre d'enfants présentaient des symptômes de souffrance psychique ou bénéficiaient avant leur entrée d'un suivi psychologique ou pédopsychiatrique.

2.3.2. Troubles du neurodéveloppement (TND)

Parmi les troubles pédopsychiatriques pouvant être détectés précocement chez les enfants, nous retrouvons les troubles du neurodéveloppement. Au cours de son développement, un enfant va assimiler un ensemble de compétences sur le plan cognitif parmi lesquelles nous retrouvons les capacités de socialisation, de communication, l'intelligence, le langage, l'attention, la mémoire, ou encore les capacités motrices. Pour que ces processus développementaux puissent se mettre en place, l'enfant doit évoluer dans un environnement stimulant, sécurisant, et non violent.

Au cours de son développement, il peut voir la mise en place d'une ou plusieurs de ses fonctions cognitives perturbée ou interrompue pour différentes raisons. Parmi les facteurs de risques identifiés de trouble du neurodéveloppement, la HAS (haute autorité de santé) classe la vulnérabilité socio-économique et psychoaffective comme facteur de risque modéré. Associé à d'autres facteurs de risques (comme une souffrance néonatale, des anomalies génétiques, infectieux, toxiques), cette vulnérabilité peut constituer un facteur de risque élevé de trouble du neurodéveloppement.

Dans la dernière version du Manuel diagnostique américain des troubles mentaux (DSM-5) qui est le manuel utilisé en pratique clinique en France, les troubles du neurodéveloppement regroupent :

- Les troubles du spectre de l'autisme (TSA)
- Les trouble du développement intellectuel (TDI)
- Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)
- Les troubles moteurs : trouble développemental de la coordination, troubles moteurs ou vocaux
- Les troubles de la communication : trouble du langage, de la parole, de la fluence, de la pragmatique
- Les troubles spécifiques des apprentissages : du calcul (dyscalculie), du langage écrit (dyslexie), en écriture (dysorthographe)
- Les autres troubles non spécifiques

Nous allons décrire ce que les études françaises ont mis en évidence concernant la présence de troubles du neurodéveloppement chez les enfants pris en charge à l'ASE. Dans l'ensemble, nous verrons qu'ils sont fréquemment rencontrés et associés à un niveau de handicap parfois important, ce qui nécessite des mesures de placement et d'accompagnement spécifiques.

2.3.2.1. Retard global de développement

2.3.2.1.1. Définition

Le diagnostic de retard global de développement est réservé aux enfants de 5 ans ou moins. Il est posé lorsque l'enfant n'accède pas aux stades de développement attendus à sa classe d'âge. Après 5 ans, le diagnostic doit être réévalué, soit l'enfant a rattrapé son retard, soit le diagnostic se précise au vu des fonctions cognitives altérées.

Pour évaluer l'âge développemental d'un jeune enfant, une des échelles les plus utilisées en France est l'échelle de Brunet-Lezine. Elle permet d'évaluer le développement global des enfants de 0 à 30 mois en exprimant les résultats sous forme de quotient développemental global (QDG) ainsi que le développement

spécifique dans 4 domaines : postural, coordination oculomotrice, langage, sociabilité, en l'exprimant sous forme de quotient développemental partiel.

2.3.2.1.2. Chez les enfants confiés à l'ASE

La question du développement des nourrissons et jeunes enfants vivant ou ayant vécu dans un milieu à risque est un enjeu majeur. Pourtant, les particularités développementales que pourraient avoir les enfants accueillis à l'ASE sont peu connues.

Une étude comparative française publiée en 2015 ⁵⁸ s'est attachée à comparer les niveaux de développement d'enfants vivant en pouponnière, accueillis en crèche, et vivant à domicile mais soumis à des défaillances parentales importantes. Pour effectuer cette comparaison, ils ont utilisé l'échelle de développement de Brunet-Lezine et ont comparé les quotients de développement globaux et partiels entre les différents groupes. Parmi les résultats, plusieurs données sont particulièrement intéressantes :

- Les enfants vivant dans les familles défaillantes avaient des quotients de développement globaux inférieurs à celui des enfants vivants en pouponnière,
- Les enfants accueillis en pouponnière avaient un quotient de développement global qui était significativement meilleur entre deux rencontres espacées d'un mois.

Ces résultats laissent supposer que dans ce cas le placement précoce des enfants leur a permis d'acquérir de meilleures compétences globales. Pour autant, l'analyse des quotients développementaux partiels nous montrent l'importance de prendre en compte les spécificités des compétences de l'enfant dans son évaluation.

Les enfants accueillis en pouponnière ou au sein des familles défaillantes présentaient un profil plus dysharmonique (hétérogène) que les autres groupes. Ils avaient un quotient postural plus élevé, c'est-à-dire qu'ils montraient de bonnes compétences motrices au profit des autres compétences. Ce résultat pourrait nous rassurer dans un premier temps mais les auteurs pointent en réalité l'hypothèse de défenses massives

chez ces enfants comme lutte contre les angoisses, qui chercheraient à acquérir une autonomie motrice rapidement au dépend d'autres compétences tel que le langage.

Ces résultats concordent avec ceux d'une étude réalisée dans le Maine-et-Loire en 2009 ⁴⁴ auprès d'enfants placés en institution où les médecins retrouvaient près de 32% d'enfants présentant un retard de développement avec une prédominance sur les difficultés de compréhension et de langage.

2.3.2.2. Trouble du développement intellectuel (TDI)

Le handicap intellectuel ou trouble du développement intellectuel (CIM-11) touche la mise en place des fonctions intellectuelles et adaptatives des individus au cours de leur développement. C'est-à-dire qu'il va exister un déficit dans les compétences sociales, tels qu'une immaturité dans les interactions, une difficulté à comprendre les codes sociaux, un déficit dans l'exécution des tâches de la vie quotidienne (manger, s'habiller, se laver...) et des difficultés dans les apprentissages scolaire (planifier, mémoriser, élaborer...). Ce handicap intellectuel peut être léger, moyen, sévère ou profond.

Pour poser le diagnostic, l'efficience intellectuelle va être évaluée à l'aide de tests standardisés choisis en autre en fonction de l'âge (enfant, adulte) et des capacités linguistiques (verbales ou non verbales). Parmi les échelles les plus utilisées, nous retrouvons les échelles de Wechsler : le WPPSI-IV pour des enfants de 2 ans 6 mois à 7 ans 7 mois et le WISC-V pour des enfants de 6 à 16 ans. Au-delà de 16 ans, il s'agit de l'échelle de WAIS.

Parmi les données retrouvées dans la littérature concernant l'efficience intellectuelle des enfants placés, les résultats retrouvaient des proportions variables allant de 5% de déficience intellectuelle dans l'étude réalisée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹ à 16% dans celle réalisée en Maine-et-Loire⁴⁴ (aucune information sur la méthode diagnostique n'était renseignée).

Dans l'ensemble, le handicap intellectuel semblait surreprésenté dans cette population car selon la HAS le TDI concernerait 1% de la population générale.

2.3.2.3. Troubles spécifiques des apprentissages et troubles de la communication

Les troubles spécifiques des apprentissages sont des troubles durables qui impactent la scolarité et la vie quotidienne. Ils peuvent altérer la lecture, l'écriture, le calcul. Le diagnostic est effectué à partir d'un ensemble d'arguments comprenant (entre autres) les antécédents de l'enfant, ses bulletins scolaires, une évaluation psychoéducative, des bilans pluridisciplinaires. Ils sont fréquemment associés et peuvent constituer un frein important à la bonne réussite scolaire s'ils ne sont pas repérés précocement.

Chez les enfants protégés, plusieurs études trouvent des résultats concordants. Dans l'étude réalisée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹, les auteurs suggèrent que le retard de langage est l'antécédent le plus fréquent suivi du trouble du langage oral avec une proportion de 14% (estimée entre 6 et 8 % en population générale). Dans le Maine et Loire⁴⁴, l'étude réalisée en 2009 retrouvait un taux de 22 % d'enfants avec un retard de langage. Les résultats concordent avec ceux de l'étude comparative réalisée à Paris⁵¹ dans un service hospitalier de pédopsychiatrie où les enfants placés montraient de moins bonnes performances dans le langage oral et écrit. Ils avaient également moins accès au langage métaphorique et élaboré.

Dans l'ensemble, les enfants placés semblent montrer plus de retard dans la mise en place du langage et de moins bonnes performances ultérieures. Ces données sont intéressantes à mettre en parallèle avec la proportion plus importante d'échec scolaire et de scolarité adaptée dans cette population.

2.3.2.4. Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Le trouble du spectre de l'autisme constitue un large spectre clinique, avec une présentation et un niveau de sévérité variable, qui associe des difficultés de communication et des interactions sociales ainsi que des comportements, intérêts et activités au caractère restreint et répétitif. Ces enfants peuvent présenter des niveaux de dépendance à leur environnement très variable, certains auront besoin d'une aide soutenue dans la vie quotidienne tandis que d'autres enfants seront parfaitement autonomes sans aide humaine. Ces enfants peuvent présenter des particularités comportementales, notamment du fait d'une sensibilité différente aux stimuli de leur environnement, ou encore du fait d'une rigidité dans leur fonctionnement.

Dans l'ensemble, ils ont besoin d'un environnement adapté à leurs particularités, avec une anticipation et une organisation importante de leur quotidien, ce qui peut être très complexe dans la population des enfants confiés à l'ASE.

Selon la HAS, les TSA représentent entre 0,9 % à 1,2% des naissances. Peu de données sur la présence de TSA dans la population d'enfants protégés en France ont été retrouvées. L'étude réalisée en Maine et Loire en 2009 ⁴⁴ mentionnait une proportion de 10% d'enfants avec des troubles dits « neurologiques » (autisme, mutisme, trouble du comportement). Dans l'étude menée en Languedoc-Roussillon⁴⁹, 3% des enfants présentaient un diagnostic de TSA dans leurs antécédents.

Il semble évident que pour les enfants placés présentant un TSA, la perte de repères et la rencontre avec de nouvelles personnes (ainsi qu'un certain nombre d'autres facteurs) peuvent être source d'angoisses massives. C'est dans cette démarche que les stratégies nationales pour l'autisme ont inclus une annexe sur «la prise en compte des spécificités des TSA dans le processus de décision en protection de l'enfance »⁷² avec comme principaux objectifs d'améliorer les représentations et connaissances sur les TSA et d'améliorer la prise en compte de ces spécificités dans le processus de décision en protection de l'enfance.

2.3.2.5. Trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) constitue un trouble du neurodéveloppement qui peut avoir un retentissement social et scolaire très marqué. Ce trouble est diagnostiqué devant la présence d'un trouble de l'attention persistant, avec ou sans comportement d'hyperactivité, et présent dans plusieurs lieux de vie de l'enfant. Globalement, ces enfants présentent une instabilité motrice avec des conduites de mise en danger fréquentes et une impulsivité qui peut rendre le quotidien de leurs proches épuisant. Pour ceux ne présentant pas d'hyperactivité mais plutôt une inattention prédominante, ils peuvent être décrits comme des enfants « dans la lune » oubliant fréquemment leurs affaires, leurs devoirs... Le diagnostic peut être complexe mais il repose sur un faisceau d'arguments recueillis auprès de la famille et de l'école sur ce qu'ils observent du comportement de l'enfant au quotidien.

Il est important de mentionner que les problèmes de comportement de ces enfants ne sont pas rattachés à des comportements d'opposition ou de provocation, qui peuvent être retrouvés dans d'autres troubles qui seront détaillés ultérieurement, notamment car l'origine et la prise en charge sont différentes.

Dans la méta-analyse de Bronsard⁵⁶, la prévalence du TDAH allait de 2% à 21% selon les études. Parmi les études françaises, dans l'étude publiée en 2018 sur l'état de santé des enfants placés dans les Bouches-du-Rhône⁴⁸, les auteurs retrouvaient 18% d'enfants ayant un diagnostic de TDAH. Dans l'étude réalisée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹ menée auprès de 2 367 enfants âgés de 0 à 21 ans, le TDAH concernait 7% des enfants.

En population générale, le TDAH toucherait 6% des enfants, la prévalence semble donc plus élevée dans la population des enfants protégés.

2.3.3. Troubles internalisés

L'appellation « troubles internalisés » regroupe généralement les troubles ayant comme expression des symptômes psychoaffectifs tels que les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Ils sont souvent opposés aux « troubles externalisés » qui sont des troubles ayant une expression plutôt comportementale.

2.3.3.1. Troubles dépressifs et conduite suicidaire

2.3.3.1.1. Définition

Les personnes souffrant d'un trouble dépressif caractérisé peuvent présenter un ensemble de signes et symptômes d'expression et d'intensité variable. Parmi les manifestations les plus fréquemment retrouvées, nous pouvons citer une humeur triste quotidienne, une perte de plaisir dans leurs activités, une irritabilité, des troubles du sommeil ou de l'appétit, un manque d'énergie. D'autres symptômes, peut-être moins connus, tels que le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, les troubles de la mémoire, de la concentration, les difficultés de planification, peuvent également traduire la présence d'un épisode dépressif.

Chez l'enfant et l'adolescent, sans en faire une liste exhaustive, certaines manifestations comportementales doivent nous faire évoquer la présence d'un trouble dépressif. Pour les nourrissons ou jeunes enfants, la présence de pleurs incessants, difficile à calmer, de moment d'agrippement ou à l'inverse de retrait relationnel, les troubles du sommeil ou l'absence de rires et de sourires doivent nous faire penser à la présence d'une dépression. Chez les plus grands enfants et les adolescents, les manifestations de colères inexplicables, plus fréquentes, d'irritabilité chronique, de provocation, de mises en danger ou encore des difficultés dans les apprentissages sont des signaux qui doivent nous alerter.

Au cours d'un épisode dépressif, le risque suicidaire, c'est-à-dire la présence de pensées suicidaires et le risque de passage à l'acte, doit être systématiquement évalué.

2.3.3.1.2. Chez les enfants confiés à l'ASE

Nous avons trouvé deux études mentionnant l'existence d'épisodes dépressifs. Beaucoup évoquent la « souffrance psychique », la « santé mentale inquiétante » ou un ensemble de symptômes pouvant faire évoquer la présence d'un trouble dépressif sans pour autant faire apparaître ce diagnostic dans leurs résultats.

Dans l'étude réalisée dans les Bouches-du-Rhône⁴⁸ en 2013 auprès d'enfants placés en famille d'accueil et en MECS âgés de 0 à 18 ans, les médecins retrouvaient 4% de dépression majeure et 3% de tentative de suicide parmi les antécédents psychiatriques de la cohorte. L'étude réalisée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹ en 2014 auprès d'une population d'enfants confiés âgés de 0 à 21 ans, retrouvait 1% de dépression majeure (avec une prévalence plus élevée de 1,5% pour les jeunes de 13 à 17 ans et de 3,9% pour les jeunes de plus de 18 ans) et 3% de passages à l'acte suicidaire.

En comparaison aux résultats de la méta-analyse de Bronsard⁵⁶, qui incluait des études étrangères, nos résultats étaient moindres. Bronsard retrouvait une prévalence des troubles dépressifs de 11% et des troubles dépressifs majeurs de 12% (variant de 1% à 23%).

Il est difficile de statuer sur la prévalence des troubles dépressifs dans la population des enfants placés car nous avons peu de données robustes. Dans l'ensemble, les résultats nous laissent penser que la souffrance psychique est dominante chez ces enfants mais des études explorant la présence d'un trouble dépressif selon les critères diagnostiques standardisés seraient nécessaires pour les comparer aux estimations présentes en population générale (0,4% à 8,3% chez les adolescents selon le manuel de psychiatrie Guelfi).⁶⁹

2.3.3.2. Troubles anxieux

L'anxiété est un affect qui fait partie intégrante du développement normal d'un individu mais il peut devenir pathologique lorsqu'il devient trop intense, trop fréquent,

trop long et qu'il a un retentissement important sur sa vie. Certains enfants peuvent présenter une anxiété excessive lors de la séparation avec les personnes auxquelles ils sont attachés, on parle alors d'anxiété de séparation. Il existe plusieurs autres troubles anxieux tels que l'anxiété généralisée, l'agoraphobie, l'anxiété sociale ou encore le trouble panique. Il est fréquent d'observer l'association de plusieurs troubles anxieux.

Les manifestations anxieuses peuvent avoir un retentissement important sur le quotidien des enfants, altérant les capacités d'apprentissage à l'école, l'intégration dans leur groupe de pairs, leur sommeil... Il constitue le trouble mental le plus fréquent en population générale et la même répartition a été retrouvée chez les enfants placés.

Globalement, les plaintes anxieuses étaient présentes dans toutes les études menées dans cette population. De proportion variable, les taux variaient entre 11% à 66% selon les études et la prévalence semblait augmenter avec l'âge des jeunes. Dans la méta-analyse de Bronsard⁵⁶, il retrouvait 18% de troubles anxieux (variant entre 6% et 32% selon les études). Les problèmes d'anxiété étaient relatés tant par les jeunes eux-mêmes que par les professionnels répondants aux questionnaires. Il n'y avait généralement pas d'informations supplémentaires sur le type de trouble anxieux, on parlait souvent de « stress » ou « d'anxiété ». Les ruminations anxieuses en lien avec leur situation familiale, et l'incertitude de leur devenir étaient fréquemment évoqués comme source de préoccupations pour les jeunes.

2.3.4. Troubles externalisés

L'ensemble des troubles du comportement sont souvent réunis sous le terme de « troubles externalisés ». Les problèmes de comportement chez un enfant ou un adolescent sont un motif très fréquent de consultation en pédopsychiatrie. Qualifié de mot « fourre-tout » par certains professionnels⁵², nous retrouvons en effet dans les différentes études que derrière le terme de « trouble du comportement » se cache un ensemble de plaintes variées.

Nous nous attacherons à décrire les principaux troubles et passages à l'acte évoqués par les auteurs dans les publications françaises. Parmi eux, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites constituent les deux troubles les plus fréquents.

2.3.4.1. Trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites : définition

Dans le DSM-5, ces deux troubles sont classés dans la catégorie diagnostique des « *troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites* ». Dans le trouble oppositionnel avec provocation, les enfants vont présenter des comportements provocateurs, hostiles voire méchants, ils vont rencontrer des difficultés importantes pour respecter les règles, les demandes des adultes, le cadre. Leur humeur est généralement perturbée et ils vont avoir de fréquentes colères et une irritabilité chronique.

Le trouble des conduites quant à lui correspond à un ensemble de comportements répétés dans le temps qui « bafoue les droits fondamentaux ». Il s'agit de comportements de destruction de biens matériels, de fraude ou de vol, de violations graves de règles, de comportements hostiles et violents envers des personnes, des animaux.

Le diagnostic de l'un de ces troubles peut être compliqué à reconnaître. Il faut être prudent notamment à ne pas le surdiagnostiquer chez des adolescents en « crise d'ado ». De même, il faut être prudent à ne pas passer à côté d'un diagnostic de trouble dépressif avec une expression comportementale au premier plan. L'importance de diagnostiquer ces troubles réside aussi dans les évolutions possibles notamment l'inscription des jeunes dans un trouble de la personnalité (plutôt antisociale ou borderline).

2.3.4.2. Chez les enfants confiés à l'ASE

2.3.4.2.1. TOP et TC

Les « troubles du comportement » ou « troubles externalisés » constituent avec les troubles anxieux les deux troubles psychiatriques les plus fréquents chez les enfants placés. Selon les publications françaises, les proportions sont variables et certaines études le place comme le premier des troubles psychiatriques chez les enfants confiés à l'ASE.

Dans la littérature française, la présence de ces troubles semblait varier en fonction du sexe et de l'âge des jeunes. D'une façon générale, les troubles externalisés étaient plus fréquents chez les garçons et les adolescents. Ces jeunes étaient plus fréquemment placés dans des institutions, ce qui peut être expliqué par la difficulté de maintien au domicile, même en famille d'accueil, chez ces jeunes qui vont plus régulièrement se confronter au cadre et être dans des passages à l'acte répétés.

Dans l'étude publiée en 2018 menée dans les Bouches-du-Rhône⁴⁸ auprès de 1092 enfants âgés de moins de 18 ans confiés en MECS ou chez des assistants familiaux, les auteurs retrouvaient 44% de troubles du comportement ou trouble des conduites (la même prévalence était retrouvée pour les troubles anxieux).

Dans l'étude réalisée sur le parcours d'enfants accueillis en pouponnière avant l'âge de 4 ans⁴⁵, les auteurs ont utilisés la CIM-10 pour classer la présence d'un trouble psychiatrique à l'entrée (T1) et la sortie (T2) du dispositif. Le trouble des conduites était retrouvé chez 30 enfants sur 116 inclus à l'entrée et chez 23 enfants sur 98 à la sortie.

Nous n'avons pas retrouvé de chiffres en population générale permettant une comparaison. Dans la méta-analyse de Bronsard⁵⁶, qui a utilisé les classifications internationales et le DSM, les auteurs retrouvaient une prévalence de 12% de TOP et de 20% de TC. Les troubles dits « perturbateurs » constituaient la prévalence la plus élevée des troubles psychiatriques dans cette méta-analyse.

2.3.4.2.2. Autres troubles du comportement

Au sein d'autres études françaises, plusieurs problèmes de comportements sont renseignés. Parmi eux, les fugues constituent un problème très fréquent notamment en institution. Dans l'étude menée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹, les fugues sont décrites par les professionnels comme « des événements récurrents et faisant partie de la vie de l'établissement ». Ces événements, bien que fréquents, constituent un passage à l'acte grave pouvant mettre en danger les jeunes.

Dans cette même étude, d'autres troubles du comportement fréquents étaient retrouvés tels qu'une instabilité motrice, des colères fréquentes, des comportements d'opposition et d'intolérance à la frustration. Dans d'autres études, nous pouvions retrouver l'agressivité, l'impulsivité ou encore les conduites à risques.

2.3.5. Troubles addictifs

Concernant les addictions, nous retrouvons peu de données détaillées dans les études françaises. Finalement, les informations délivrées par les jeunes eux-mêmes dans les évaluations par auto-questionnaires sur leur santé fournissent davantage d'informations sur leurs consommations de toxiques.

Parmi les consommations les plus fréquemment mentionnées, il s'agit des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis. Les comportements d'addictions à d'autres substances, ou à caractères sexuel ou de jeu n'ont jamais été mentionnés. De plus, l'évaluation de la consommation ne permet pas d'effectuer un diagnostic de troubles addictifs.

Dans l'étude réalisée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹, les auteurs ont comparé les données recueillis dans leur étude à celles recueillis en 2010 dans le « baromètre santé auprès des jeunes de 15 à 19 ans ». La fréquence de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis semblait plus importante chez les enfants confiés à l'ASE. Une différence était également perçue au niveau du lieu d'accueil : les jeunes vivant en institution consommaient plus fréquemment des toxiques. L'une des explications

possibles pourrait être que ces jeunes vivent en collectivité et sont plus exposés aux consommations des uns et des autres.

2.3.6. Troubles psychotiques

Peu de données ont été retrouvées dans les publications françaises sur la prévalence des troubles psychotiques chez les enfants confiés à l'ASE. Dans la méta-analyse réalisée par Bronsard⁵⁶, aucune donnée n'est mentionnée.

Dans les études françaises^{45,49} où des informations sont fournies sur les troubles psychotiques, la prévalence varie entre 5% et 10% et augmente avec l'âge. Une étude menée en 2005 par Bronsard⁵⁰ auprès d'adolescents de 13 à 17 ans vivant en foyer retrouvait une prévalence élevée de 29% de « symptômes psychotiques ». L'existence de symptômes psychotiques peut traduire l'entrée dans un trouble psychotique d'autant que l'adolescence constitue une période critique quant à la survenue d'épisode psychotique aigu. Ils peuvent également être symptomatique d'un trouble de l'humeur, un trouble de stress post-traumatique ou encore un trouble de l'attachement grave.

2.3.7. Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Dans la revue de littérature de Bronsard⁵⁶, 6 études fournissaient des données sur le trouble de stress post-traumatique et elles retrouvaient une prévalence de 4% (variant de 2% à 8% selon les études).

Dans la littérature française, nous n'avons trouvé qu'une étude mentionnant le TSPT dans leurs résultats. Il s'agit de l'étude menée dans le Maine-et-Loire sur le parcours d'enfants accueillis en pouponnière avant 4 ans⁴⁵. Nous pourrions nous attendre à une prévalence élevée de TSPT dans cette étude, notamment car la précocité du placement témoigne en soi de la gravité de la situation. Les auteurs n'avaient retrouvé que 4 enfants présentant un TSPT à l'entrée parmi les 124 enfants inclus, et 2 enfants à la sortie du dispositif.

Nous savons que le diagnostic peut être complexe, d'abord car nous n'avons pas toujours connaissance des événements de vie potentiellement traumatiques que ces enfants ont pu vivre, et également car les symptômes peuvent être multiples. Dans l'ensemble, ce qui est important à retenir est que cette population d'enfant constitue une population à risque de développer un TSPT et qu'il faut envisager l'origine post-traumatique des symptômes dans les hypothèses diagnostiques.

2.3.8. Troubles de l'attachement

2.3.8.1. Définition

Les troubles de l'attachement sont définis dans le DSM-5 comme des « *modes relationnels perturbés, inappropriés et présents dans la plupart des situations* ». Ils correspondent à la façon dont l'enfant va réagir et interagir dans la plupart de ses relations interpersonnelles. Pour que ce trouble se mette en place, il faut que l'enfant ait été confronté à des formes de carences extrêmes et que le lien d'attachement n'ait pas pu se développer ou ait été interrompu brutalement.

Ils sont classés parmi les « *troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress* » au sein des classifications internationales et américaines et peuvent être de deux types : trouble réactionnel de l'attachement et trouble de désinhibition du contact social.

Dans le cas du trouble réactionnel de l'attachement (TRA), les enfants vont avoir un mode relationnel plutôt inhibé, en retrait, c'est-à-dire qu'ils vont avoir du mal à créer un lien avec les personnes qui prennent soin d'eux à l'heure actuelle. Ils vont se montrer méfiants, irritables, ou avec des attitudes de rejet ou d'indifférence même lorsqu'ils seront en situation de détresse.

Dans le cas du trouble de désinhibition du contact social (TDCS), les enfants vont avoir un mode relationnel basé sur l'absence de réticence dans les interactions avec des adultes inconnus ou peu familiers. Ils vont présenter des comportements verbaux ou physiques excessivement familiers, des conduites de mise en danger dans les lieux inconnus (ne pas demander à l'adulte avant de s'aventurer au loin, partir avec un adulte inconnu sans hésitation).

2.3.8.2. Chez les enfants confiés à l'ASE

Dans l'étude menée en Loire-Atlantique auprès de 80 enfants âgés de 4 à 14 ans placés en institution⁴⁶, les référents ASE de chaque enfant étaient interrogés à l'aide d'un questionnaire sur la santé psychique des enfants qu'ils accompagnent. Pour près de 20% des enfants, les professionnels avaient indiqué qu'ils présentaient des « trouble de l'attachement ». Bien entendu, il ne s'agissait pas pour eux d'effectuer un diagnostic selon les classifications psychiatriques, nous pouvons donc nous questionner sur ce qu'ils mettaient derrière « trouble de l'attachement ».

Nous n'avons pas trouvé d'autres études françaises qui évaluaient la présence d'un trouble de l'attachement.

Dans l'étude menée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹, le témoignage de professionnels concernant l'attitude des enfants à leur arrivée dans l'institution et leur mode relationnel nous fait penser qu'un certain nombre d'entre eux avaient des problématiques d'attachement. Les professionnels remarquaient « des difficultés pour créer des liens d'amitié » ou encore des enfants qui « font ressentir aux équipes éducatives l'impression que l'on ne pense pas à eux ou que l'on ne s'occupe pas d'eux ».

Nous retrouvons des plaintes similaires dans le témoignage des jeunes sur leur propre santé dans l'étude menée dans les Rhône-Alpes⁵². Plusieurs jeunes faisaient part de l'ambivalence de leurs liens aux autres qui oscillent entre « une absence d'attachement et une impossibilité à se séparer ». Interrogés sur leur attitude quand ils sont face à un problème, certains enfants (plutôt les garçons) expliquaient avoir recours à la violence, avec des difficultés à se contrôler et à comprendre ce qui motive cet accès de colère. D'autres expliquaient avoir recours au repli et à l'isolement ou à la violence contre eux-mêmes.

Bien que peu d'études françaises évaluent la présence d'un trouble de l'attachement chez les enfants confiés à l'ASE, la description qui est faite des relations interpersonnelles de ces jeunes nous fait penser qu'ils sont nombreux à manifester des modes relationnels perturbés.

2.3.9. Autres symptômes

Dans plusieurs études, nous retrouvons des plaintes multiples qui ne correspondent pas à un diagnostic pédopsychiatrique mais qui sont le témoin d'une perturbation psychique chez ces enfants. Sans en faire une liste exhaustive, nous citerons quelques symptômes revenants le plus fréquemment.

2.3.9.1. Trouble du sommeil

Les troubles du sommeil semblent affecter beaucoup d'enfants placés. Dans l'étude menée auprès d'enfants placés en institution dans le Loire-Atlantique⁴⁶, les auteurs retrouvaient plus de 20% de troubles du sommeil. De même dans les Bouches-du-Rhône⁴⁸, 20% des enfants présentaient des troubles du sommeil dont 29% avaient des difficultés d'endormissement, 13% des réveils nocturnes ou matinaux précoces, 7% faisaient des cauchemars ou des terreurs nocturnes.

Les troubles du sommeil ne doivent pas être banalisés car ils peuvent être un symptôme évocateur de trouble mental (dépression, anxiété, trouble de stress-post-traumatique). Il est aussi important de préciser que les troubles du sommeil chez les enfants et les adolescents en population générale sont élevés. Dans l'enquête HBSC de 2014³⁸ menée auprès d'enfants de 11 à 15 ans, 27,2 % avaient une dette de sommeil et 29,9 % des difficultés d'endormissement.

Parmi les problèmes liés au sommeil, nous retrouvons également l'énurésie nocturne, c'est-à-dire la perte d'urine involontaire. Elle peut être fréquemment retrouvée chez les tout-petits, notamment lorsque la propreté est en cours d'acquisition, mais elle peut également survenir au cours de la vie d'un individu qui avait pourtant acquis une continence urinaire. C'est dans ce second cas que ce symptôme peut nous inquiéter et nécessiter une évaluation médicale. Dans l'étude menée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹, les éducateurs en charge des enfants observaient que ce symptôme était fréquemment associé à un événement stressant tel qu'une visite chez les parents.

2.3.9.2. Troubles alimentaires

Certaines études mentionnent la présence d'un trouble du comportement alimentaire mais aucune ne donne de précisions sur la définition qu'ils en font. Pour certains⁵², les problèmes d'alimentation correspondaient à « un tri excessif » ou « un remplissage » ou problème de rythme des repas. Dans les classifications des troubles psychiatriques, parmi les principaux troubles du comportement alimentaire nous retrouvons l'anorexie mentale, la boulimie et les accès hyperphagiques.

Dans les études, nous retrouvons des proportions différentes de TCA variant entre 3% à 40%. Cet écart peut s'expliquer par les différences de professionnels interrogés qui avaient probablement des définitions différentes des troubles alimentaires. Par exemple, dans l'étude menée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹, les questionnaires étaient remplis par des médecins (connaissant bien le jeune), et ils retrouvaient le taux le plus faible de TCA (3%). Dans l'enquête qui retrouvait les taux les plus élevés (40%), les questionnaires étaient remplis par les référents de l'enfant. Au vu des résultats retrouvés dans ces études, nous pouvons supposer qu'il existe tout de même des particularités alimentaires chez ces jeunes.

2.3.10. Plaintes physiques

Les plaintes physiques, ou fonctionnelles, correspondent à des symptômes physiques ressentis par les jeunes mais pour lesquels aucune cause organique n'est retrouvée. Ce recours aux soins fréquents peut constituer en lui-même un symptôme de souffrance psychique. Nous pourrions parler de « trouble somatoforme » mais ce terme n'a été employé dans aucune des études donc nous ne nous attarderons pas sur ce diagnostic.

Dans l'étude menée dans le Languedoc-Roussillon auprès de plus de 2000 jeunes de 0 à 21 ans placés⁴⁹, un enfant sur cinq exprimait une plainte fonctionnelle. Parmi les plaintes principales, nous retrouvons les douleurs abdominales, les maux de têtes et les douleurs dorsales. Ce même constat est fait dans plusieurs autres études. La fréquence de ces plaintes semblait augmenter avec l'âge et était plus fréquente chez

les filles. Concernant le lieu de placement, les plaintes semblaient plus fréquentes en institution.

2.4. Le point de vue des enfants protégés

Depuis plusieurs années, la prise en compte de la parole de l'enfant est devenue centrale. Il semble donc indispensable de l'interroger également sur son propre vécu et sa qualité de vie ultérieure à l'intervention des services de l'ASE. C'est ce qu'ont fait plusieurs auteurs en interrogeant directement les jeunes sur leur situation à l'aide d'auto-questionnaire ou d'entretiens semi-directifs.

2.4.1. Sur leur santé mentale

Parmi les études explorant cette dimension, nous avons retrouvé deux études ayant questionné les enfants et adolescents sur leur propre santé. Parmi elles, une étude récente publiée en 2023 compare les réponses de 477 jeunes protégés avec celles de plus de 23 000 jeunes en population générale sur leur santé⁵⁵. Ces données sont issues d'une étude nationale lancée par UNICEF en 2020 auprès de jeunes de 6 à 18 ans qui les interroge sur des questions diverses, dont la santé.

Dans cette étude, un focus a été fait sur les réponses aux questions relatives à la santé mentale. Dans l'ensemble, les enfants placés exprimaient avoir de façon significative plus de symptômes dépressifs (comprenant le fait d'être triste, de n'avoir plus gout à rien, de perdre confiance en soi), une consommation de drogue et de tabac plus importante, des pensées suicidaires et passages à l'acte suicidaire plus fréquents, et ils étaient plus nombreux à subir des violences sexuelles. Ils étaient également plus nombreux à avoir consulté un médecin ou un psychologue pour parler de leur santé mentale.

Ces résultats rejoignent ceux de l'étude menée dans les Rhône-Alpes⁵², où cette fois-ci les auteurs ont interrogés directement 16 jeunes en entretien sur leurs représentations de leurs problèmes. Parmi les problèmes principaux, le manque

d'énergie, l'isolement social, les troubles du sommeil et les douleurs correspondaient aux problèmes les plus gênants.

Les résultats font apparaître de façon générale que les enfants protégés font état d'une plus grande vulnérabilité et souffrance psychique que la population générale d'enfants de la même classe d'âge.

2.4.2. Sur leur qualité de vie

Parmi les études explorant la qualité de vie des enfants placés, plusieurs travaux suggèrent qu'ils auraient une moins bonne satisfaction de vie comparativement aux enfants en bonne santé ou aux enfants malades mais vivant dans leur famille. (Sastre et Ferrière ; Dazord *et al*). Si nous nous attardons sur les résultats, nous voyons que certains domaines semblent plus fréquemment sources d'insatisfaction comparativement à la population générale.

Trois domaines étaient vécus comme altérés dans une étude comparative publiée en 2017 et effectuée auprès de 40 jeunes placés et non placés⁵⁴ : la scolarité, les relations sociales et l'estime de soi. Ces résultats concordent avec ceux de deux autres études^{46,49} où les principales sources de préoccupations étaient les relations interpersonnelles et familiales, les situations de séparation et l'éducation-orientation.

Concernant le domaine relationnel, les enfants placés exprimaient plus de souffrance dans la vie en groupe. Ils éprouvaient des difficultés à s'intégrer au groupe de pairs, à être acceptés par les autres. Dans les relations familiales, les réponses étaient plus ambivalentes, certains pointaient le manque de leur entourage, tandis que d'autres mettaient en avant le stress associé aux visites familiales. A l'école, ils rapportaient prendre moins de plaisir dans les apprentissages scolaires. Les enfants ayant été placés chez un tiers ou en famille d'accueil puis en institution exprimaient une moins bonne qualité de vie en général et éprouvaient plus de difficultés dans les domaines de la séparation. La perception de leur qualité de vie semblait aussi influencée par l'âge, avec un vécu subjectif plus négatif chez les enfants au-delà de 6 ans.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que le domaine relationnel est le plus impacté au quotidien chez ces enfants. Ces résultats peuvent être interprétés à la lumière des travaux sur l'attachement et l'importance du lien de qualité dans les relations futures, mais d'autres facteurs explicatifs sont également en jeu. Ces études nous montrent l'intérêt croissant pour la prise en compte de l'avis subjectif de l'enfant comme critère de jugement de son devenir, et ces résultats soulignent tout l'intérêt d'écouter parler ces enfants qui sont les mieux placés pour nous aider à cerner leurs difficultés et leurs besoins au quotidien.

2.5. Parcours en protection de l'enfance et devenir à long terme

L'enjeu principal en protection de l'enfance est de protéger les enfants d'un environnement familial délétère pour leur bien-être et leur bon développement. Une fois accompagné, ou placé lorsque la situation le nécessite, nous pouvons nous questionner sur l'évolution de ces enfants une fois éloignés de leur milieu de vie antérieur.

2.5.1. Contexte

Dans un article français publié en 2008 s'intitulant « bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés »⁵⁹, les auteures faisaient le constat d'un vide dans la littérature sur l'évolution à long terme de cette population. Les difficultés liées à la réalisation en elle-même d'une étude longitudinale sur plusieurs années peut expliquer en partie ce vide. Près de 10 ans après, Daniel Rousseau *et al* font le même constat. Ils rapportent qu'en 50 ans, moins de 10 études européennes ont été conduites sur le devenir des enfants placés et que parmi celles-ci, aucune récente n'a été menée en France.

C'est dans ce contexte qu'une étude descriptive sur le devenir à long terme des enfants placés a été conduite en décrivant l'évolution de 129 enfants admis en pouponnière avant l'âge de 4 ans⁵⁷. A la date de clôture de l'enquête, l'âge moyen des jeunes était de 19 ans. Les auteurs se sont attachés à décrire leur état de santé psychique à l'entrée (T1) puis en fin de parcours (T2) en recherchant les déterminants positifs et négatifs qui ont pu influencer le parcours et le devenir de ces jeunes.

2.5.2. Typologie des parcours

Bien qu'il existe une diversité de prises en charge au sein de la protection de l'enfance, nous pouvons distinguer deux types de parcours : ceux qui connaissent une brève prise en charge et ceux dont les parcours s'inscrivent dans la durée.⁵³ D'après nos lectures, les prises en charge au long cours semblent majoritaires et trois parcours sont fréquemment rencontrés :

- Les enfants ayant fait l'objet d'un placement judiciaire au long cours,
- Les enfants bénéficiant de mesures administratives à domicile répétées,
- Les enfants entrant dans le dispositif par une aide à domicile puis faisant l'objet d'un placement judiciaire au décours.

Dans l'enquête menée dans les Bouches-du-Rhône⁴⁸ auprès de 1092 enfants confiés en MECS ou chez des assistants familiaux, 1/3 des enfants l'étaient depuis plus de 7 ans.

2.5.3. Facteurs prédictifs d'évolution négative

Dans leur étude sur le devenir à long terme d'une cohorte d'enfants placés⁵⁷, Rousseau *et al* ont tenté de déterminer des facteurs prédictifs d'évolution négative. Pour se faire, ils ont comparé les histoires de vie et de placement de 108 jeunes encore présents dans le dispositif à l'âge de 17 ans et ont classé leur fonctionnement en trois catégories : les vulnérables, les intermédiaires et les efficients.

Leur fonctionnement a été évalué à l'aide de deux éléments :

- Une échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) qui permet de donner des indices sur le fonctionnement psychologique, l'adaptation sociale et les activités,
- La présence de difficultés type : hospitalisation longue en psychiatrie, incarcération de plus de 3 mois, mesure de protection, présence d'une RQTH (reconnaissance en qualité de travailleur handicapé).

En analysant leur fonctionnement, trois indicateurs ayant une apparente influence sur leur évolution ont été mis en évidence :

- Le délai long entre la première alerte et le placement,
- La gravité des dangers auxquels ils ont été confrontés,
- Les échecs de retour à domicile.

2.5.3.1. Délai alerte-placement

Le délai alerte-placement correspond au délai entre le premier signal d'alerte et le placement de l'enfant. Il est primordial de prendre en compte le délai entre les premières préoccupations signalées et la première intervention des services de l'ASE (même hors placement) car il nous renseigne sur la durée d'exposition de l'enfant à la situation de danger.

Les résultats de l'étude retrouvaient que les adolescents de plus de 17 ans présentant un fonctionnement vulnérable avaient un délai alerte-placement plus long : entre 16,7 mois contre 11,6 mois pour les autres groupes. Ces résultats sont congruents à ceux d'autres études françaises dont l'une d'entre elle mentionnait un délai alerte-placement jugé « très long » pour près d'un quart des enfants.⁴³

2.5.3.2. Gravité du danger

Dans un second temps, le deuxième facteur prédictif négatif mis en évidence était la gravité du danger auquel les enfants avaient été exposés. Pour évaluer la gravité de la situation, les auteurs se sont appuyés sur une échelle standardisée qui évalue l'état des relations parents-enfants, partant du postulat qu'un lien parent-enfant sécurisé/ de qualité n'aurait pas pu se créer dans des situations de carences extrêmes. L'échelle PIR-GAS (parent infant relationship global Assessment) distingue trois types de relation parent-enfant : adaptée, en difficulté ou en souffrance, pathologique.

Les résultats retrouvaient des scores PIR-GAS pathologiques dans les trois groupes d'adolescents. Néanmoins, les scores étaient inférieurs (26 vs 30) dans le groupe d'adolescents vulnérables, ce qui témoigne d'une relation parentale d'autant plus altérée que la situation de carences ou violence était extrême.

2.5.3.3. Échec de retour à domicile

Le dernier facteur négatif identifié était l'échec de restitution. Ce que l'on qualifie d'échec de restitution correspond à un retour en placement après avoir effectué un retour à domicile à un moment donné. Le retour de l'enfant dans son milieu familial d'origine est un objectif recherché par les services de l'ASE mais pour autant il est complexe de déterminer le moment le plus propice pour effectuer ce retour.

Parmi les adolescents, la présence d'échecs de restitutions durant leur parcours était associée à un moins bon fonctionnement ultérieur et ils étaient classés parmi le groupe de jeunes adultes vulnérables. Cette moins bonne efficacité globale était aussi corrélée au nombre d'échecs de restitutions. De la même façon que l'instabilité du parcours de placement est corrélée à une vulnérabilité plus importante, les discontinuités supplémentaires avec des échecs de restitutions impactent à leur tour la santé psychique de ces jeunes.

Parmi les facteurs explicatifs des échecs de restitutions, nous pouvons mentionner les séparations précoces avec leur famille, la mauvaise coopération des parents aux mesures, le maintien des modes éducatifs violents, l'absence d'évolution de l'environnement... Tant de facteurs à évaluer par les services sociaux et le juge des enfants pour éviter aux jeunes une rupture supplémentaire dans leur parcours.

2.5.3.4. Autres facteurs de risque

Parmi les jeunes les plus vulnérables, nous voyons également qu'ils sont plus nombreux à avoir été hospitalisés pour des motifs psychiatriques et avoir vécu un nombre plus important de placements.

2.5.4. Facteurs de protection

Au sein de leur cohorte, 1/4 des jeunes ont une évolution plutôt favorable à l'âge adulte. Isabelle Frechon et Annick-Camille Dumaret ⁶⁶ pointaient les biais qui pouvaient exister dans les études évaluant le devenir à long terme des enfants placés, et notamment la tendance à se focaliser sur les jeunes particulièrement vulnérables donnant une image triste et pessimiste de leur devenir.

Actuellement, la tendance est de cerner les facteurs protecteurs, c'est-à-dire les facteurs sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour influencer positivement l'évolution de ces jeunes.

2.5.4.1. Stabilité du placement

Parmi les facteurs pouvant influencer le devenir de ces jeunes, nous retrouvons la stabilité du placement. Les enfants accueillis en famille d'accueil montrent une plus grande stabilité dans leur parcours de placement. Souvent accueillis dès leur plus jeune âge suite à une situation de grave danger, cela n'est sans doute pas sans conséquence sur la durée du parcours. Aussi, le fait de leur offrir un lieu de vie au plus près d'une cellule familiale classique leur apporte la continuité des liens d'attachement indispensable à leur développement global et leur bon équilibre psychique.³²

Chez les enfants ayant un parcours chaotique de placement, l'existence de troubles psychiques avec notamment des manifestations comportementales (troubles externalisés), entraîne souvent l'impossibilité pour les structures ou les familles d'accueils de maintenir le placement. Le nombre de placements au cours de leur parcours pouvant aller de 5 lieux différents à près de 20 lieux pour certaines situations complexes.^{45,42}

A l'instabilité des liens affectifs, s'ajoute celle des établissements scolaires, et des lieux de soins accentuant encore plus la précarité de leur situation. Ces jeunes doivent sans cesse se réadapter et la question de la causalité des troubles se pose davantage : est-ce l'instabilité qui crée le trouble psychique ou l'inverse ?

2.5.4.2. Capacité de résilience³⁰

Nous l'avons vu précédemment, chaque enfant va acquérir au cours de son développement des compétences internes, ou capacité de résilience, qui vont constituer un facteur de protection important durant leur parcours parfois encore marqué par l'adversité.

Ces capacités de résilience vont être bien entendu influencées par l'environnement dans lequel l'enfant aura grandi (le soutien familial, l'image qu'il a de lui-même, des

autres...) mais elles vont également dépendre de facteurs dits « externes » c'est-à-dire l'ensemble des ressources pouvant être mobilisées dans leur environnement à l'heure actuelle. C'est pourquoi, le soutien amical, social, de l'école, des éducateurs, des soignants est indispensable.

2.5.4.3. Accompagnement précoce

Le dernier facteur de protection que nous évoquerons est l'accompagnement précoce des familles.

Dans l'étude menée par Rousseau⁵⁷ sur le parcours d'enfants placés en pouponnière avant l'âge de 4 ans et sortant du dispositif, montre que le fait d'avoir dépisté précocement les familles à risque psycho-sociaux, notamment dès la naissance du bébé, était corrélé à une meilleure évolution ultérieure du jeune. Ce dépistage précoce permet de mettre en place une vigilance accrue et un accompagnement soutenu pour ces familles multipliant les facteurs de risques psycho-sociaux. Ainsi, une intervention rapide en cas de situation à risque pourra être effectuée, diminuant le délai alerte-placement.

2.5.5. Handicap psychique et social

Les résultats de notre revue nous permettent de dire que les enfants présentent à leur entrée dans le dispositif un handicap psychique souvent marqué. L'évolution de ce handicap psychique au cours du placement/de l'intervention de l'ASE doit être suivi. Si nous reprenons les résultats de l'étude menée par Rousseau *et al* sur l'évolution des troubles psychiques à long terme des enfants placés⁵⁷, parmi les 128 enfants seulement 30 jeunes en fin de parcours ne présentaient plus de troubles psychiques.

Une diminution des troubles des conduites était observée passant de 23% à 18%. Pour le reste des troubles psychiatriques, les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques avaient augmentés. Cette augmentation peut s'expliquer par la souffrance psychique encore importante chez ces jeunes adultes, mais il peut aussi s'expliquer par l'âge des jeunes de l'étude qui constitue un âge critique (15-25ans) de décompensation de beaucoup de troubles psychiques.

Concernant l'insertion sociale, un plus faible niveau relationnel par rapport à la population générale était retrouvé. Les relations amicales étaient des ressources importantes, d'autant plus que le réseau familial était défaillant mais un nombre important d'ex-placés n'avaient pas de liens amicaux (entre 20 à 30%). Certains anciens placés en institution avaient maintenu des liens avec les travailleurs sociaux mais pour la plupart des ex-placés en établissement l'isolement était plus important.

Notre recherche s'est limitée aux études explorant la présence de troubles psychiques des enfants et adolescents placés donc nos résultats sont limités concernant l'évolution à long terme de ces troubles et leur devenir sur le plan social et professionnel.

2.6. Soins psychologiques et psychiatriques

2.6.1. Accès aux soins

Bien que la politique de protection de l'enfance multiplie les lois pour faciliter l'accès aux soins des enfants placés, la mise en place de soins pédopsychiatriques et psychologiques reste compliquée. Le défenseur des droits dans son rapport²⁴ de 2016 sur l'accès à la santé des enfants pris en charge en protection de l'enfance, rapporte que seul un tiers des jeunes bénéficient du bilan de santé à l'admission et que leur parcours de soins, souvent complexe, est « mal coordonné » et « insuffisant, notamment dans le secteur pédopsychiatrique ». En ce sens, un certain nombre de préconisations ont été effectuées dans les divers plans d'actions et de lutte contre les inégalités face aux soins pour la population des enfants protégés.

Dans le plan d'action de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, nous retrouvons parmi les mesures phares :

- Rendre le quotidien des enfants protégés plus facile en simplifiant les notions d'actes usuels et non usuels,
- Mettre en place un bilan de santé obligatoire pris en charge par l'Assurance maladie pour chaque enfant entrant dans le dispositif de protection de l'enfance,
- Créer des dispositifs d'intervention adaptés aux problématiques croisées de protection de l'enfance et de handicap.

2.6.2. En pratique

Les soins médicaux sont assurés en première ligne par les services de PMI et les médecins généralistes. Dans l'étude menée dans les Bouches-du-Rhône⁴⁷, parmi les 1070 enfants suivis 82 % l'étaient par un médecin généraliste et 15 % par la PMI. La loi permettant un accès aux soins en PMI au-delà de l'âge de 6 ans pour les enfants pris en charge à l'ASE semble peu exploitée. Les médecins généralistes constituent alors la première ligne la plus fréquente pour évaluer la santé mentale de ces jeunes.

Les enfants pris en charge à l'ASE bénéficient souvent de multiples intervenants sur le plan sanitaire. Parmi les suivis les plus fréquents, nous retrouvons les suivis psychologiques et orthophoniques. Les soins psychologiques sont assurés en priorité par les psychologues de l'ASE. Les études retrouvent une proportion élevée d'enfants et d'adolescents ayant un suivi psychologique. Dans la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance⁹, les auteurs font état « d'une forte médicalisation des mineurs pris en charge en protection de l'enfance ». Pour autant, au vu des éléments d'adversité auxquels ils sont confrontés, la mise en place d'un accompagnement psychologique systématique pourrait même se discuter.

Les soins pédopsychiatriques semblent moins fréquents (moins de 50% versus plus de 70% pour le suivi psychologique selon certaines études). Une des explications possibles pourrait être la difficulté d'accès à un pédopsychiatrique dans certains départements.

Concernant les caractéristiques des jeunes qui consultent le plus, la classe d'âge des 7-12 ans et ceux vivant en établissement semblent majoritaire selon certaines études.

2.6.3. Prise en charge médicamenteuse

Les troubles psychiques présentés par les jeunes peuvent nécessiter, en plus d'un accompagnement par la parole, d'un traitement médicamenteux. Antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques, antipsychotiques, sont les classes pharmacologiques les plus fréquemment utilisées pour traiter les troubles psychiques.

En population générale, la consommation de psychotropes chez les mineurs aurait fortement augmenté au cours des dernières années selon l'ANSM.

Dans l'étude menée dans les Rhône-Alpes⁵², les auteurs retrouvaient une proportion plus importante de consommation d'antidépresseurs et de neuroleptiques des enfants placés par rapport à la population de Haute-Savoie. Les jeunes accueillis en établissement avaient plus souvent des polythérapies, à des doses plus élevées. En famille d'accueil, les jeunes avaient moins de traitements et moins de neuroleptiques. Ces résultats sont à interpréter avec précaution car l'échantillon était faible mais la présence de profils plus lourds et de troubles du comportements plus importants des jeunes orientés en institution pourrait expliquer cette prévalence plus élevée de traitements.

L'étude menée dans le Languedoc-Roussillon⁴⁹ auprès de 2367 jeunes retrouve elle une prévalence plus importante de traitements à visée psychiatrique chez les jeunes de 13 à 17 ans et chez les garçons. Il n'y avait pas pour eux de différence significative entre les lieux de placement.

A présent, pour illustrer cette présentation théorique et cette revue de littérature, nous allons parler de trois jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance qui ont marqué mon parcours. Leur histoire de vie, leur présentation clinique ou tout simplement ce qu'ils ont pu me faire vivre au cours de la prise en charge ont fortement influencé ce travail. Pour cela, il me semblait indispensable de parler d'eux.

Partie 3 : Présentation de cas cliniques

Afin de préserver le secret professionnel, l'identité des patients a été modifiée.

1. Cas clinique 1

1.1. Contexte de notre rencontre

Lila est âgée de 16 ans lors de notre rencontre. Je la reçois en consultation au sein de son centre médico-psychologique (CMP) de secteur, pour une évaluation médicale à la demande de sa psychologue référente au CMP. Elle suit la patiente en relais d'une collègue psychologue qui a suivi Lila durant plusieurs années. Elle est inquiète de conduites à risque de plus en plus fréquentes chez Lila, avec de nombreuses fugues et des mises en danger sur le plan sexuel. Lila banalise ses comportements lors de leurs entretiens et semble détachée.

1.2. Éléments biographiques

Lila est l'aînée d'une fratrie de 2 enfants. Elle a deux demi-sœurs plus âgées du côté maternel, issues de deux autres unions, avec qui elle n'a eu que très peu de contacts. Les parents de Lila se sont séparés peu de temps après la naissance de la dernière enfant, en 2012, Lila avait alors 4 ans. Les deux enfants ont vécu avec leur mère et leur beau-père jusqu'en 2014, date à laquelle le divorce des parents a été prononcé. Pendant deux ans, les jeunes filles voyaient leur père un week-end sur deux.

En 2014, la maman demande d'inverser la garde de ses filles car elle rencontre des difficultés sur le plan éducatif. Lila est décrite comme « ayant un caractère difficile ». Elle emménage chez son père qui effectue une première demande d'aide auprès du CMP.

1.3. Mesures d'aides sociales

En 2011, une mesure d'investigation judiciaire éducative (MIJE) est ordonnée devant des suspicions de maltraitance physique par le père de famille sur sa conjointe et la cadette. Le père est incarcéré 10 mois.

En 2012, à la sortie de détention du père, les parents se séparent et une mesure d'AEMO est ordonnée au domicile de la mère.

En 2014, un signalement est fait au procureur pour des faits de maltraitance physique du beau-père envers Lila. Une mesure d'éloignement est demandée. A cette époque, il existe un doute de la part des travailleurs sociaux sur de potentielles violences sexuelles associées.

En 2015, les deux enfants emménagent avec leur père, une nouvelle MIJE est ordonnée et une AEMO-renforcée est mise en place au décours. La mère des enfants est perdue de vue, elle rompt le lien avec les filles et ne donne plus de nouvelles. Elle sera déchue de ses droits parentaux 5 ans plus tard.

En 2022, une mesure de placement est ordonnée pour les deux enfants. Lila révèle des faits de violences physiques de son père, propos qui sont démenties par sa sœur. Elles sont placées toutes les deux au sein du même foyer.

1.4. Première demande : à l'âge de 6 ans

Lila est âgée de 6 ans lors de la première demande au CMP en 2014. Son père consulte pour les troubles du comportement suivants : impulsivité, hyperactivité, hétéro-agressivité ainsi qu'une labilité émotionnelle et des mensonges réguliers. Une évaluation médicale préconise la mise en place d'un suivi psychologique pour aider cette enfant. Lors du suivi, elle révèle des faits de violences physiques par sa mère, son père, et son beau-père. Lors des révélations, ses propos sont confus et parfois contradictoires. Elle est entendue par la brigade des mineurs et ses accusations aboutissent à un classement sans suite. Le suivi au CMP est bien investi par Lila et une amélioration clinique est observée. Le suivi s'estompe puis s'arrête.

1.5. Reprise de contact : A l'âge de 9 ans

En 2017, une reprise de contact avec le CMP est effectuée par le père, sur les conseils de l'école, lorsque Lila est alors âgée de 9 ans. Entre temps, un diagnostic de dyslexie a été posé et elle bénéficie d'un suivi orthophonique. Son parcours scolaire est chaotique. Elle a changé plusieurs fois d'établissement scolaire après avoir subi du harcèlement. Elle était régulièrement au cœur de conflits avec d'autres camarades, en rivalité avec ses pairs, n'arrivant pas à nouer de liens d'amitié stable. Elle ne bénéficie pas d'une scolarité adaptée ou aménagée.

Au domicile, elle présente désormais une intolérance à la frustration très marquée, des comportements d'opposition et de l'agressivité envers les autres. Le père de famille s'est remis en ménage, ce qui aurait accentué les troubles de Lila. Le père perçoit une grande fragilité chez sa fille, notamment sur le plan de l'estime de soi. Elle présente une angoisse d'abandon.

Cliniquement, elle présente des troubles du sommeil marqués par des cauchemars traumatiques (scènes de violences vécues par le beau-père), des images intrusives de violences dans la journée, des comportements d'hypervigilance. Un suivi psychologique plus conséquent est mis en place au sein du CMP, une demande d'aide par le Centre régional du psychotraumatisme est effectuée. La situation s'apaise progressivement jusqu'au départ de la psychologue.

1.6. Lors de notre rencontre

A l'âge de 14 ans, un relais du suivi psychologique est effectué au CMP. Bien que cette rupture ait été anticipée et discutée, Lila le vit comme un abandon majeur. Elle n'arrive plus à investir les soins psychologiques, se montre opposante aux entretiens, agressive verbalement, dans la provocation. Elle vit toujours en foyer et a des contacts hebdomadaires avec son père. La relation avec son père est très compliquée et ambivalente. Elle recherche sa protection fréquemment et le rejette lorsqu'il se montre plus présent. Sur le plan scolaire, elle est en décrochage, elle ne va plus en classe et peine à trouver un projet professionnel qui la motive.

Depuis plusieurs mois, Lila consommerait des toxiques (cannabis, alcool, tabac), notamment lors de fugues du foyer. Elle a des relations sexuelles le plus souvent sous substances et non consenties qui entraînent la réalisation de plusieurs signalements au procureur de la République. L'ensemble des professionnels qui l'entourent se montrent démunis face à ces comportements et ne savent plus comment l'aider.

1.7. Hypothèses diagnostiques

A la lumière de ce que nous avons présenté sur le plan théorique, nous pouvons effectuer plusieurs hypothèses diagnostiques chez Lila.

Sur le plan de l'attachement, Lila montre une insécurité affective importante. A plusieurs reprises dans son histoire, son système d'attachement a pu être réactivé et nous laisse penser qu'elle présente un attachement insécure ambivalent. Elle manifeste une grande anxiété lors des moments de stress mais n'est pas en capacité d'accueillir le réconfort.

Sur le plan comportemental, l'ensemble des manifestations présentent depuis son plus jeune âge peuvent laisser supposer l'existence d'un trouble oppositionnel avec provocation. Lila a montré très jeune des difficultés à respecter le cadre, en le défiant, pouvant être agressive et violente avec les autres. Nous pourrions supposer également qu'une symptomatologie dépressive pourrait expliquer en partie cette présentation clinique. En effet, l'humeur de Lila était fréquemment terne, peu animée, irritable avec de nombreuses crises de colères inexplicables.

Les troubles externalisés et les troubles internalisés sont associés à des éléments traumatiques complexes. Lila a subi au cours de son parcours de nombreux événements traumatogènes qui ont grandement altéré son développement. En plus de symptômes psychotraumatiques actifs tels que l'hypervigilance, les reviviscences ou les troubles du sommeil ; Lila présente une grande difficulté dans la régulation et l'expression de ses émotions, dans ses relations aux autres et dans l'image qu'elle a d'elle-même, celle d'une jeune fille digne d'être aimé.

1.8. Prise en charge

La prise en charge a été marquée par la remise en question du cadre de soins. L'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique ont été compliquées à établir et ont nécessité le soutien de plusieurs professionnels qui connaissaient bien Lila.

Un travail au sein de groupes thérapeutiques lui a été proposé afin de lui permettre d'expérimenter des expériences positives avec ses pairs, dans un environnement sécurisé par l'équipe soignante. Le suivi psychologique nous semblant essentiel a été maintenu avec un cadre flexible au vu de la difficulté pour Lila de se rendre aux rendez-vous.

Sur le plan médicamenteux, un traitement anxiolytique lui permettant de mieux dormir et de diminuer la fréquence des cauchemars a été introduit. La mise en place d'un traitement antidépresseur était en cours de discussion.

Un suivi au sein du CRP a été de nouveau sollicité. La première demande n'ayant pas abouti suite au refus de Lila de réévoquer ses souvenirs traumatiques.

Et enfin, un espace au sein de l'UAPED pour aborder les violences sexuelles avec une sexologue lui a été proposé et a été accepté par Lila.

2. Cas clinique 2

2.1. Contexte de notre rencontre

J'ai rencontré Dylan lors d'une première demande au sein de son CMP de secteur. Il est alors âgé de 11 ans et est venu accompagné de son assistant familial, Monsieur Jacques. La demande a été effectuée par l'assistant familial, soutenu par la référente ASE, car Dylan présente depuis plusieurs mois un changement de comportement. Il a des comportements d'opposition, un repli social et familial, et présente des colères inexplicables et de plus en plus fréquentes.

2.2. Première rencontre

Lors de notre première rencontre, je suis accompagnée d'une infirmière. Nous proposons à Dylan de le recevoir avec son « tonton » dans un premier temps, puis de le voir seul ensuite. Nous n'avons pas de réponse à notre question, il est affaissé en salle d'attente, les bras croisés et ne nous regarde pas. Il accepte de nous suivre et nous débutons l'entretien.

Dans un premier temps, nous échangeons avec l'assistant familial car Dylan refuse de nous répondre. Son faciès est triste, il est cerné. Nous comprenons qu'il vit chez Monsieur Jacques depuis ses 3 ans. Avant cet accueil, il a vécu en pouponnière depuis ses 3 mois. Dylan est en capacité de nous partager une partie de son histoire en nous disant qu'il ne connaît pas son père et que sa mère l'aurait abandonné car elle consommait des toxiques et ne pouvait pas s'occuper de lui. Il n'a jamais eu de ses nouvelles.

Il a eu un suivi en pédopsychiatrie lors de ses premières années de vie, car il souffrait d'une anorexie du nourrisson. Depuis qu'il est chez Monsieur Jacques, aucun suivi n'est mis en place.

D'emblée nous pouvons observer qu'un lien d'attachement existe entre Dylan et Monsieur Jacques. Jusqu'à l'année dernière, ils partageaient beaucoup d'activités ensemble et avaient réussi à créer un lien de confiance de qualité. Cinq autres jeunes sont accueillis chez Monsieur Jacques dont la femme est également assistante familiale. Parmi eux, plusieurs sont accueillis en institution spécialisée la semaine et ils ne sont donc que 3 jeunes à être présents la semaine. La relation entre Dylan et les autres jeunes est parfois très compliquée, il aurait tendance à rechercher l'exclusivité auprès de son assistant familial.

2.3. Histoire des troubles

Le changement de comportement aurait débuté à l'entrée au collège. Dylan entre en 6^{ième} cette année et depuis la fin des vacances scolaires, il n'arrive plus à investir les

apprentissages, ne fait pas ses devoirs, se montre opposant et dans la provocation avec les professeurs, ce qu'il ne faisait pas auparavant. Il est dans l'évitement des tâches scolaires et s'effondre lorsqu'il n'y arrive pas.

Au collège, les enseignants ont du mal à comprendre ces comportements et il est régulièrement puni, collé. Il doit faire l'objet d'un conseil de discipline dans peu de temps et sa scolarité semble grandement en danger.

Au domicile, les mêmes comportements sont observés. L'assistant familial explique que Dylan passe son temps devant les jeux-vidéos alors qu'auparavant il aimait les sorties à l'extérieur. Il se montre irritable et ne supporte plus aucunes remarques. Il rejette l'aide de son tonton et pleure beaucoup.

2.4. Poursuite de l'évaluation

Lors des entretiens, nous continuons de recevoir Dylan en binôme pour permettre de faciliter les échanges et nous nous accompagnons d'un média car la parole est encore trop compliquée.

Dans le jeu, Dylan se montre plus joyeux, il rit, n'est pas intolérant à la frustration et parle un peu plus. Dans son discours, il est régulièrement dans la dévalorisation et l'auto-dépréciation. Les nuits sont accompagnées de beaucoup de ruminations anxieuses. Lorsque nous arrivons à aborder la question de la scolarité, il s'effondre et manifeste une souffrance morale importante. Nous comprenons qu'il présente de grandes difficultés dans les apprentissages et que les tâches qui lui sont demandées lui semblent irréalisables. Il n'arrive pas à demander de l'aide et à exprimer ses difficultés.

De plus, il a entendu une discussion récente de son assistant familial avec sa référente qui abordait le départ en retraite de celui-ci ce qui l'a fortement angoissé. Monsieur Jacques tente de le rassurer en lui expliquant qu'il ne prendra pas sa retraite avant sa majorité mais cela ne semble pas sécuriser suffisamment Dylan.

2.5. Bilans

Lors de notre évaluation, nous soupçonnons la présence d'un trouble dans les apprentissages et nous demandons plusieurs bilans : psychométrique, orthophonique, ergothérapeutique.

Les bilans retrouveront en effet plusieurs troubles des apprentissages qui n'avaient pas été repérés plus tôt. Dylan présente une dysorthographe et une dyspraxie. Il ne présente pas de trouble du développement intellectuel et présente de bonnes capacités de mémorisation et de compréhension orale qui lui ont permis de compenser depuis toutes ces années.

2.6. Diagnostic et prise en charge

Nous posons le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé devant ce tableau clinique évoluant depuis au moins 1 mois. De plus, Dylan présente un trouble spécifique des apprentissages.

Nous mettons en place un dossier MDPH avec une demande d'aménagement scolaire, tant sur le plan matériel que sur le plan humain avec une demande d'AESH. Une prise en charge psychologique est préconisée. Malheureusement, au vu des délais d'attente au sein des CMP, une demande est faite auprès de l'ASE pour permettre un financement d'aide en libéral. Au sein du CMP, un suivi médical est poursuivi et un traitement anxiolytique pour améliorer le sommeil et les ruminations anxieuses est introduit. Un suivi orthophonique au sein du CMP est débuté.

De plus, un lien est effectué avec l'établissement scolaire afin de transmettre, dans les limites de ce qui est autorisé par le secret professionnel, des éléments indispensables pour accompagner au mieux ce jeune.

3. Cas clinique 3

3.1. Contexte de notre rencontre

Alann est un jeune de 13 ans et 8 mois que j'ai rencontré dans le service de l'URSAVS (unité régionale de soins aux auteurs de violences sexuelles). Cette unité accompagne les auteurs majeurs de violences sexuelles et elle reçoit également les mineurs à partir de 13 ans qui présentent des comportements sexuels problématiques. Une prudence particulière doit être prise à ne pas étiqueter d'auteurs de violences sexuelles des jeunes dont le développement sexuel est encore en cours et dont les troubles du comportement sexuels peuvent s'inscrire comme un symptôme parmi d'autres.

L'URSAVS intervient en seconde ligne, en soutien, conseil, aide aux soins de premières lignes.

3.2. Éléments biographiques

Alann est l'avant-dernier d'une fratrie de 7 enfants. Il est confié à l'ASE depuis 2012, suite à des carences éducatives et des violences intra-familiales avec alcoolisation des parents. Il est âgé de 2 ans lors de la première mesure de placement. Au sein de la fratrie, tous les enfants ont eu un parcours de placement à un moment donné.

L'ainé, âgé de 22 ans, est incarcéré pour des faits de violences sexuelles. Un autre des frères, âgé d'un an de plus qu'Alann est lui aussi placé car le soutien éducatif au domicile ne suffisait pas. Le reste de la fratrie vit au domicile familial, avec la mère. Ils n'ont plus de contact avec leur père depuis plusieurs années.

Le parcours d'Alann est marqué de changements multiples de lieux de vie. Initialement placé en famille d'accueil, il changera à plusieurs reprises du fait de troubles du comportement à type d'agressivité, d'instabilité motrice, de difficultés à respecter le cadre. De même au sein des institutions, plusieurs changements ont eu lieu, cette fois-ci lié à l'apparition de comportements sexuels problématiques.

3.3. Antécédents pédopsychiatriques

Alann est suivi depuis son plus jeune âge sur le plan médical. Un diagnostic de trouble du neurodéveloppement a rapidement été posé. Il est atteint d'une déficience intellectuelle modérée et d'un trouble du déficit d'attention avec hyperactivité. Il est traité par Méthylphénidate pour son TDAH, il a un traitement hypnotique au coucher, et un traitement par neuroleptique. Plusieurs membres de la fratrie ont également un trouble du développement intellectuel léger à modéré.

Les multiples changements de lieux de vie ont altéré la stabilité des soins, Alann a donc changé à plusieurs reprises de pédopsychiatre et de psychologue. Actuellement il est suivi par la psychologue et le psychiatre de son lieu d'hébergement et un neuropédiatre.

Cliniquement, c'est un jeune qui est décrit comme ne montrant pas ses émotions. Il rencontre des difficultés pour créer des liens avec les autres, et le fait parfois de façon inadaptée, en étant violent, agressif, ou trop collé. Lorsque la relation est accompagnée, il peut se montrer agréable, calme, avec un intérêt pour l'autre. Seul, il n'y arrive pas. A l'école, il est en grande difficulté dans les apprentissages scolaires, même avec une aide soutenue, et semble continuellement préoccupé.

3.4. Motifs de la demande

Une demande auprès de l'URSAVS est faite conjointement par les professionnels en charge d'Alann devant l'apparition et la majoration progressive de comportements sexuels problématiques. Alann a des comportements de masturbation devant les autres, il fait des propositions d'actes sexuels adultes, montre son sexe aux autres jeunes.

Malgré la reprise du cadre par les éducateurs de l'établissement, Alann ne semble pas intégrer les limites et met en danger les autres jeunes.

3.5. Évaluation et proposition de pistes de travail

Lors de l'évaluation, nous comprenons que les comportements sexuels problématiques qui inquiètent l'ensemble des équipes s'intègrent dans un tableau clinique complexe.

Alann présente le tableau clinique suivant :

- Fugues régulières du lieu de vie
- Intolérance à la frustration
- Opposition au cadre
- Crises clastiques
- Majoration des troubles du comportement chaque week-end ou à chaque retour du domicile maternel
- Troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement et réveils nocturnes
- Doute sur des éléments délirants, discours qui manque parfois de cohérence
- Épisodes de dissociations au cours de la journée : sentiment pour les équipes éducatives d'une perte de contact nécessitant des techniques de réancrage
- Mises en danger avec les inconnus, plusieurs événements notables durant les derniers mois où il aurait suivi des inconnus adultes en ville avant de prendre la fuite et de retourner par lui-même au sein du foyer
- Comportements sexuels problématiques : comportements d'exhibition, de propositions d'actes sexuels
- Bizarreries comportementales

Ce tableau clinique évolue depuis plusieurs années et s'inscrit dans une situation sociale précaire puisque le lieu d'hébergement actuel ne peut pas accueillir le jeune durant les week-end, chaque vendredi une solution d'urgence doit donc être recherchée par les services de l'ASE. Alann peut donc se retrouver en foyer d'urgence durant un week-end, ou en accueil dans les locaux de l'ASE, ou encore en famille relais.

Cette situation crée une insécurité et instabilité majeures dans la vie de ce jeune depuis plus d'un an. L'instabilité des lieux de vie entraîne une perte de données

concernant son évolution et ses troubles car la communication entre l'ensemble des professionnels est parfois complexe.

De plus, nous pouvons ajouter qu'il existe une exposition aux écrans et à du contenu non adapté à son âge (vidéos à caractère pornographique, vidéos d'horreurs).

Sans en faire une analyse sémiologique et diagnostique, nous avons pu effectuer plusieurs préconisations lors de divers échanges pluridisciplinaires :

- La nécessité d'explorer sur le plan médical l'existence d'une pathologie neurologique comorbide : épilepsie, processus expansif intracrânien...
- L'urgence de trouver une solution pérenne d'hébergement
- La nécessité de mettre en place une prise en charge pédopsychiatrique plus soutenue
- La réévaluation thérapeutique devant la persistance voire la majoration des troubles, non apaisés par une polymédication déjà conséquente
- Une évaluation du développement psycho-sexuel par l'équipe de l'URSAVS

Conclusion

Les mineurs pris en charge en protection de l'enfance constituent une part importante de la population française. Victimes de défaillances parentales plus ou moins précoces, leur développement a pu être lourdement impacté par ces événements de vie. Plusieurs travaux suggèrent que les mineurs pris en charge à l'ASE souffrent davantage de troubles psychiques que les mineurs du même âge en population générale. Dans cette thèse, nous nous sommes interrogés sur l'état actuel des connaissances en ce qui concerne la prévalence des troubles psychiatriques chez les mineurs confiés à l'ASE.

Nos recherches portaient sur l'ensemble des mineurs pris en charge à l'ASE mais nous n'avons pas trouvé d'informations sur la population des mineurs pris en charge à l'ASE et vivant toujours à domicile. Les résultats concernent donc majoritairement les mineurs placés en institution et en famille d'accueil. Les résultats de notre revue narrative de la littérature soulignent la prépondérance de familles à risques psychosociaux : antécédents somatiques précoces des enfants, familles nombreuses, monoparentales, troubles psychiatriques parentaux, consommation de toxiques, défaut d'insertion professionnelle ; ainsi que l'existence d'interventions répétées des services de protection de l'enfance.

Sur le plan des troubles psychiatriques, les mineurs confiés à l'ASE avaient une surreprésentation des troubles neurodéveloppementaux : retard global de développement, handicap intellectuel, troubles spécifiques des apprentissages ; TDAH, et également des troubles anxieux ; des troubles externalisés ; des troubles addictifs. Il était difficile de statuer sur la surreprésentation des troubles dépressifs, des troubles psychotiques, des troubles de stress post-traumatique ou encore des troubles de l'attachement. Les mineurs présentaient également plus de troubles alimentaires, de troubles du sommeil et de plaintes physiques. Dans l'ensemble, les mineurs exprimaient plus de souffrance psychique que les jeunes de leur âge, et leur qualité de vie était plus altérée.

Nous avons pu identifier une liste non exhaustive de facteurs de protections et de facteurs de risques de développer des troubles psychiques. Ainsi, la stabilité du

placement et l'accompagnement précoce semblent protéger les mineurs. A l'inverse, un long délai entre l'alerte et le placement, la gravité du danger auquel le mineur a été exposé, et les échecs de restitutions constituent des facteurs à risque de développer des troubles psychiques. Bien entendu, d'autres facteurs entrent en jeu tels que les compétences antérieures du mineur ou encore la qualité du lien parent-enfant existant.

L'étude du devenir à long terme des mineurs placés⁵⁷ nous laisse penser que la nécessité d'un accompagnement psychique ne s'arrête pas à la majorité des jeunes. Beaucoup d'entre eux restent vulnérables et doivent entrer rapidement dans la vie professionnelle pour acquérir une autonomie financière.

Au vu de ces résultats, nous comprenons bien que l'accès aux soins psychologiques et psychiatriques pour les mineurs confiés à l'ASE est un enjeu majeur. Néanmoins, le bilan récent des lois de la protection de l'enfance a mis en évidence la situation de crise que connaît l'ASE : disparités départementales des prises en charge, absence de données statistiques, problèmes de recrutements, de ressources, de contrôle etc. C'est pourquoi, le Conseil Economique et Social Environnemental (CESE) publie en octobre 2024 de nouvelles préconisations pour « un parcours centré sur les droits et les besoins de l'enfant »⁶⁸.

De nombreux progrès restent à faire dans la connaissance et l'accompagnement de la santé psychique des mineurs pris en charge à l'ASE. L'approfondissement de ces connaissances pourrait passer dans un premier temps par la réalisation d'études plus robustes : à l'échelle nationale, avec des échantillons de grande ampleur, en les comparant avec une cohorte de mineurs non placés, avec des évaluations spécifiques de l'état psychique. L'accompagnement quant à lui est évidemment impacté par la démographie des professions en santé mais pourrait faire l'objet d'un accès facilité aux soins devant les facteurs de risques multiples de développer des troubles psychiques.

A l'heure actuelle, bien que des initiatives locales existent pour améliorer la prise en charge des mineurs confiés à l'ASE, des solutions sur le plan national sont encore à trouver pour répondre aux exigences de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant que la France s'est engagée à respecter.

Bibliographie

1. Article L112-3 - Code de l'action sociale et des familles
2. Article L226-3-1 - Code de l'action sociale et des familles
3. Article L223-1-1 - Code de l'action sociale et des familles
4. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance
5. Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants
6. Code civil, Article 375, Chapitre 1er, Section 2, De l'assistance éducative
7. Article L224-1 à L224-12 - Code de l'action sociale et des familles
8. Article L226-2-1 - Code de l'action sociale et des familles
9. Marie-Paule Martin-Blachais - Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, 2017
10. Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant - dossier de presse - mai 2024
11. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données, 2006, Organisation Mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect
12. Taina Laajasalo et al - Current issues and challenges in the definition and operationalization of child maltreatment: a scoping review Child Abuse & Neglect, 2023
13. Loi n° 2024-233 du 18 mars 2024 visant à mieux protéger et accompagner les enfants victimes et co-victimes de violences intrafamiliales
14. Ministère des solidarités - Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2023-2027

15. France Enfance Protégée - Étude statistique de l'activité du 119, 2022
16. Bulletin officiel du ministère de la justice et des libertés - Circulaire d'orientation en date du 6 mai 2010 relative au rôle de l'institution judiciaire dans la mise en œuvre de la réforme de la protection de l'enfance
17. Dossiers de la DREES n°55 mai 2020, 61000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance
18. Ministère des solidarités, Comité interministériel à l'enfance III, 20 Novembre 2023
19. Nadia Amrous et al, L'aide sociale à l'enfance, dossier de la DREES, 2023
20. La situation des pupilles de l'État, enquête au 31 décembre 2022, Observatoire nationale de la protection de l'enfance
21. Violences sexuelles faites aux enfants : rapport public, novembre 2023 « ON VOUS CROIT », commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants, Ciivise
22. Projet pour l'enfant, 2023, Groupe d'appui à la protection de l'enfance
23. Ministère de la santé et de la prévention - L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, 2018
24. Le défenseur des droits veille au respect des droits et libertés, rapport annuel d'activité, 2023
25. Ministère de la santé et de la prévention - Guide pratique, protection de l'enfance, la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes
26. Michel Delage, Laurence Martel, Ouvrage L'attachement dans la petite enfance
27. Edith Goldbeter Merinfeld, Théorie de l'attachement et approche systémique
28. Susana Tereno et al, La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique,

29. Romain Dugravier et al, Origines et concepts de la théorie de l'attachement
30. Marie Anaut, Ouvrage Psychologie de la résilience
31. Dominique Pringuey et al, Vulnérabilité et trouble mental
32. Yvon Gauthier et al, Applications cliniques de la théorie de l'attachement pour les enfants en famille d'accueil : importance de la continuité, 2004
33. Nader Perroud, Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques, 2014
34. Jean Semette, Épigénétique, maltraitances infantiles et pathologies mentales – Thèse de médecine
35. Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance, DRESS, 2023
36. Les recherches francophones sur les parcours de placement, la transition à l'âge adulte et le devenir des enfants placés, revue de littérature, observatoire national de l'enfance en danger
37. Katie A. McLaughlin et al, Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children, 2012
38. La santé des collégiens en France, 2014, enquête HBSC : santé mentale et bien-être
39. Stine Lehmann et al, Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors, 2013
40. Daniel Marcelli, Dépression de l'enfant
41. Équipes mobiles à destination de mineurs confiés à l'aide sociale à l'enfance : modalités d'intervention, intérêt et difficultés rencontrées, Adeline Tchamgoué Kompé
42. Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance, DREES, 2022

43. Daniel Rousseau et al, Étude réalisée auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents, Maine-et-Loire, 2006
44. Martine Charrel, Marie-Claire Beauvais, Eric Da Silva, Étude sur les enfants confiés à l'ASE du Maine-et-Loire, 2009
45. Daniel Rousseau et al, Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance de Maine-et-Loire entre 1994 et 2001
46. Fabien Bacro et al, La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance, Loire-Atlantique, 2012-2013
47. Anaïs Martin et al, Parcours de santé des enfants confiés à l'ASE des Bouches-du-Rhône, 2017
48. Myriem Hammoud et al, L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'ASE des Bouches-du-Rhône, 2018
49. Bernard Ledésert, Hafid Boulahtouf, Étude épidémiologique sur la santé des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, Languedoc-Roussillon, 2016
50. Bronsard G et al, Prévalence des troubles mentaux chez les adolescents des milieux socio-éducatifs, étude de la population des adolescents vivant dans les foyers sociaux des Bouches-du-Rhône. Maison Départementale de l'Adolescent, 2008
51. Bourdais et al, Étude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris, CAREPS, 2003
52. Corbet E, La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. CREA Rhône-Alpes, Département de la Haute-Savoie, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes, 2012
53. Gaëlle Guibert, Étude à partir d'une cohorte d'enfants nés en 2012 dans trois départements français suivis jusqu'à l'âge de 9 ans, ONPE, 2023
54. Emmanuelle Toussaint et al, La qualité de vie des enfants accueillis en protection de l'enfance, 2017

55. Emmanuelle Toussaint et al, Le point de vue des enfants en foyer et famille d'accueil sur leur santé : étude comparative, 2023
56. Bronsard G, The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System, A Systematic Review and Meta-Analysis, 2016
57. Daniel Rousseau et al, Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance, 2016
58. Charlotte Castellani et al, Comparaison du niveau de développement d'enfants en crèche et en pouponnière et soumis à différents niveaux de défaillances parentales précoces, 2015
59. Isabelle Frechon, Annick-Camille Dumaret, Bilan critique de cinquante ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés, 2008
60. Séraphin G, Quatorzième rapport de l'observatoire national de la protection de l'enfance au gouvernement et au parlement, 2019
61. Séraphin G, Onzième rapport de l'observatoire national de la protection de l'enfance au Gouvernement et au parlement, 2016, Enfants en (risque de) danger, enfants protégés ; quelles données chiffrées ?
62. Giannitelli M et al, Troubles du langage oral et écrit chez des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et bénéficiant de soins hospitaliers, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2011
63. Sylvia H Oswald et al, History of maltreatment and mental health problems in foster children: a review of the literature, 2009
64. Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance, 2020, DREES
65. Leslie D. Leve et al, Practitioner review: children in foster care – vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes, 2012
66. Isabelle Frechon, Nicolas Robette, Les trajectoires de prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement,

67. Élixa Abassi, Les jeunes quittant les établissements de l'aide sociale à l'enfance, Dynamiques de sortie, durées d'accueil et éléments de parcours, DREES, 2023
68. Josiane Bigot, Elisabeth Tomé-Gertheinrichs, La protection de l'enfance est en danger : les préconisations du CESE, octobre 2024
69. Guelfi, Manuel de psychiatrie
70. Michel Manciaux, Marceline Gabel, ouvrage Enfance en danger
71. Rapport de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée, 2005
72. Stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement : garantir aux personnes des accompagnements de qualité et le respect de leurs choix
73. M. Even, La santé mentale des enfants placés, une revue de la littérature, 2019
74. Convention internationale des droits de l'enfant, article 27
75. Convention internationale des droits de l'enfant, article 19
76. AINSWORTH M., BLEHAR M., WATERS E., WALL S.: Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, Erlbaum, Hillsdale, 1978
77. Ministère de la justice, études et statistiques, tableaux de bord des juridictions pour mineurs, les mineurs en danger, 2023
78. Charly Brayan Fernandez-Barrera, L'Etat de Stress Post Traumatique en pédiatrie, Connaissances actuelles, Revue de la littérature : ESPT après passage en réanimation pédiatrique. Etude d'une série de cas, thèse de médecine
79. Haute autorité de santé, Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, 2014

AUTEURE : Nom : BENHAMMOU

Prénom : Fatima

Date de soutenance : 29 Octobre 2024

Titre de la thèse :

La santé mentale des mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance : Revue narrative de la littérature française et série de cas cliniques

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST/option : Option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Mots-clés : Protection de l'enfance – Santé mentale – Aide sociale à l'enfance – Troubles psychiques – Troubles pédopsychiatriques – Enfants placés

Résumé : En France, en 2020, 380 562 mineurs et jeunes majeurs ont bénéficié d'une prestation ou d'une mesure relevant de la protection de l'enfance. Ces jeunes ont tous en commun d'avoir été confrontés à un moment de leur existence à un environnement familial qui n'était pas propice à leur bon développement. Cette politique sociale vise à garantir aux mineurs de pouvoir grandir en sécurité et dans un environnement répondant à leurs besoins fondamentaux. Néanmoins, les événements d'adversité vécus ne sont pas sans conséquences sur leur développement psychique. Les troubles psychiques des enfants confiés à l'ASE sont mal connus et peu étudiés dans la littérature française. Afin d'effectuer une photographie des connaissances actuelles sur la santé mentale des enfants confiés à l'ASE, nous avons étudié à travers une revue narrative de la littérature 13 études françaises et une revue de littérature et méta-analyse. Nous avons étayé nos résultats à l'aide de la littérature grise. Après avoir décrit les caractéristiques communes aux familles et enfants pris en charge, ainsi que les facteurs de risques de développer des troubles psychiques et les facteurs protecteurs, les principaux troubles pédopsychiatriques et symptômes psychiques ont été détaillés. Un focus a été fait sur le vécu subjectif des enfants pris en charge et leur devenir au long terme. Dans l'ensemble, les mineurs confiés à l'ASE expriment une souffrance psychique plus importante et sont plus fréquemment touchés par les troubles externalisés, les troubles anxieux, les troubles neurodéveloppementaux et les troubles addictifs. L'absence de données suffisantes n'a pas permis de conclure sur l'existence ou non d'une surreprésentation de troubles de l'attachement, de troubles psychotiques, de troubles dépressifs et de troubles de stress post-traumatique chez les mineurs confiés à l'ASE. Les résultats suggèrent que ces jeunes constituent une population plus vulnérable dont les besoins en santé mentale sont accrus. Bien que la protection de l'enfance ait bénéficié de plusieurs réformes, de nombreux progrès restent à faire dans la connaissance et l'accompagnement des troubles psychiques des enfants confiés à l'ASE.

Composition du Jury :

Président : Professeur Mathilde HORN

Assesseur : Docteur Marie-Laure GAMET

Directeur de thèse : Docteur Marine DRION