



HAL
open science

Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature

Morgane Even

► **To cite this version:**

Morgane Even. Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01511949

HAL Id: dumas-01511949

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01511949v1>

Submitted on 21 Apr 2017

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

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

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016 - 2017

N° 3019

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 14 avril 2017

Par Morgane EVEN

Née le 16 août 1987 à Longjumeau (91)

**SANTÉ MENTALE DES ENFANTS PLACÉS À L'AIDE SOCIALE À
L'ENFANCE, REVUE DE LA LITTÉRATURE**

Directeur de thèse

Dr Anne-Laure SUTTER-DALLAY

Jury

M. le Professeur Manuel BOUVARD

Mme le Professeur Hélène VERDOUX

M. le Professeur Cédric GALERA

Mme le Docteur Karine LE BOURGEOIS-DEHAIL

Mme le Professeur Sylvie NEZELOF

Président

Juge

Juge

Juge

Rapporteur

Rapporteur

Madame le Professeur Sylvie NEZELOF

Professeur de Universités - Praticien Hospitalier

Psychiatre, Pédopsychiatre

Chef du service de Psychiatrie Infanto-juvénile, Centre Hospitalier Universitaire de Besançon

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être le rapporteur de cette thèse. Je ne vous connais qu'à travers vos travaux sur les enfants victimes et la psychiatrie périnatale. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Président du Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur de Universités - Praticien Hospitalier

Psychiatre, Pédopsychiatre

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Coordinateur inter-régional du DES de psychiatrie

Coordinateur régional du DESC de pédopsychiatrie

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Surtout, je souhaiterais vous remercier pour votre gentillesse, votre bienveillance, et l'énergie que vous avez déployée pour m'encourager, me soutenir, et me rassurer, tout au long de mon internat. Au cours de mes stages dans votre pôle, j'ai également pu apprécier votre excellent sens clinique, l'étendue de vos connaissances théoriques, mais également votre ouverture d'esprit et votre capacité à toujours questionner nos pratiques. Soyez sûr de mon admiration et de ma profonde reconnaissance.

Membres du Jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Psychiatre
Docteur en Épidémiologie
Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux
Coordinatrice régionale du DES de Psychiatrie

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Travailler avec vous en tant que représentante des internes a été pour moi un grand plaisir. J'ai pu apprécier votre rigueur et votre sérieux, associés à une authentique bienveillance et une réelle disponibilité. Plus personnellement, vous avez su me sortir de mon « errance » au début de ce travail de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Psychiatre, Pédopsychiatre
Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Au cours de mes stages en pédopsychiatrie, j'ai pu apprécier votre sérieux, votre rigueur, ainsi que la qualité de vos interventions. Soyez sûr de mon honnête considération et de mon admiration pour votre investissement dans la recherche médicale.

Madame le Docteur Karine LE BOURGEOIS - DEHAIL

Pédiatre
Médecin de Protection Maternelle Infantile, MDSI de Bordeaux Bastide
Référént Enfance Vulnérable au Conseil Départemental de la Gironde

J'ai pu, lors de mon stage au Conseil Départemental et lors des cours de DU, apprécier votre sympathie, mais surtout votre dévouement et votre motivation pour améliorer la santé des enfants vulnérables. Je vous remercie particulièrement d'avoir accepté de faire partie de ce jury, auquel vous êtes indispensable. Veuillez trouver là l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Directeur de thèse

Madame le Dr Anne-Laure SUTTER-DALLAY

Praticien hospitalier

Psychiatre, pédopsychiatre

Docteur en psychologie

Responsable du Réseau de Psychiatrie Périnatale, Pôle universitaire de psychiatrie adulte, CH Charles Perrens, Bordeaux

Je tiens tout particulièrement à vous remercier d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Vous m'avez laissé une grande liberté, autant sur le choix du sujet, le contenu, que mon organisation, tout en m'apportant votre expérience, vos connaissances, votre rigueur, et votre bienveillance, indispensables à la réussite de ce travail. J'ai particulièrement apprécié, lors de mon stage dans votre service, votre investissement, et votre ténacité à toujours placer l'intérêt de l'enfant au centre des préoccupations. Veuillez trouver dans ce travail le reflet de ma gratitude et de mon profond respect.

Remerciements

À mes parents, merci pour votre soutien tout au long de ces années. Trouvant toujours la parfaite distance, vous avez su me guider et m'encourager, tout en me laissant une grande liberté dans mes choix personnels et professionnels. Aujourd'hui chaque jour au contact de parents...je prends conscience de l'immense chance que j'ai eue !

À Charlotte et Grégoire, mes frères et sœurs, merci pour votre admiration sans faille. Être votre grande sœur est pour moi une grande fierté !

À mes grands-parents disparus, Marcel et Germaine, je retiendrai ces moments privilégiés, ces déjeuners dans les meilleures brasseries du 6^{ème} pendant les pauses BU. Vous avez égayé mes longues journées de révisions de votre admiration et de votre bonne humeur.

À Mamie Jo, merci pour ta joie de vivre, ta godille et ton dos crolé ! Ta philosophie de vie et ton dynamisme sont pour moi un modèle, et le plus bel exemple qu'il ne faut pas craindre de vieillir ! Une pensée pour Papi Jo...

À mes cousins et cousines, oncles et tantes, éloignés ou pas, merci de faire de cette famille un socle solide, source de joies et de soutien.

À mes petits kiwis, Nath, Alex, Vitto, PA, Nico et Antonin. Médisup, Concours +, la BSG, les Cordeliers et la BU de l'HEGP sont grâce à vous d'excellents souvenirs !

À Camille, tour à tour copine de pré-rentree, copine de fac, plan des pistes ou coloc', merci de ta constance, toute en douceur !

À Armelle, merci d'être mon modèle, mon guide. J'attends avec impatience nos prochains bords sous le vent, et j'espère que Bordeaux saura t'accueillir comme il se doit !

À Clara, merci d'être là, de Zurich à Paris, ou en week-end à Bordeaux, nos petits tête-à-tête me sont très précieux.

Aux Juliettes, mes copines de fac, même de loin. À tous nos prochains week-ends de fête !

À Lisa, mon coup de cœur bordelais ! Merci pour tous ces petits moments quotidiens, ça va beaucoup me manquer...

Aux plus ou moins Bordelais, Max, Elsa, Lisa, Andrée-Anne, Albane, Louis, Mathieu, merci d'avoir égayé ces 4 dernières années !

Aux Glénans, merci d'avoir ponctué ces années d'études de rêve et d'îles paradisiaques. J'y ai trouvé la force et l'épanouissement qui m'ont permis de tenir ces longues années parfois difficiles.

Aux Docteurs Fabien AUBAT, Arnaud DELOGE, Bernard ANTONIOL, Anne GAÏFFAS Clarisse LOCRET-CAPON, Carole BACHOLLET, Sophie DENARD, Olivier DOUMY, Véronique TAUZIET et au Professeur Bruno AOUIZERATE, merci pour vos enseignements. Vous m'avez transmis vos connaissances, mais surtout l'amour de votre métier.

Aux équipes soignantes avec qui j'ai eu la chance de travailler ces 4 dernières années.

À Jérémie, mon coup de cœur antillais, merci pour tout le reste... même de m'avoir fait découvrir Lille !

Liste des abréviations	9
Introduction	10
1. Cadre législatif de la protection de l'enfance	11
1.1. La protection de l'enfance	11
1.1.1. La Protection de l'Enfance	11
1.1.2. L'Enfance en Danger.....	12
1.1.3. Signalement du danger	12
1.1.4. Organisation de la protection administrative.....	14
1.1.5. Organisation de la protection judiciaire	16
1.2. Placement hors du cadre familial	17
1.2.1. Chiffres au 31 décembre 2014.....	17
1.2.2. Histoire du placement en France	17
1.2.3. Lieux de placement.....	18
1.2.4. Motifs de placement	20
1.3. Cadre législatif des soins des enfants placés	22
1.3.1. Actes usuels et non usuels	22
1.3.2. Couverture médicale.....	23
1.4. Comparaison avec d'autres pays	24
1.4.1. États-Unis	24
1.4.2. Canada	25
1.4.3. Europe.....	26
2. Description de la population des enfants placés	28
2.1. Âge des enfants placés.....	28
2.1.1. Âge actuel des enfants	28
2.1.2. Âge au moment du premier placement.....	29
2.2. Sexe des enfants	29
2.3. La famille	29
2.3.1. Les parents et la fratrie	30
2.3.2. Consommations de toxiques dans la famille	30
2.3.3. Antécédents familiaux psychiatriques	30
2.4. Antécédents médicaux personnels	31
2.4.1. Naissance et période néonatale.....	31
2.4.2. Croissance.....	32
2.5. Maltraitements	32
2.5.1. Types de maltraitance	32
2.5.2. Facteurs de risque généraux de maltraitance	34
2.5.3. Maltraitance après le placement	34
3. Pathologie psychiatrique	35
3.1. Notions théoriques.....	35
3.1.1. Théorie de l'attachement	35
3.1.2. Interactions précoces	37
3.1.3. Réponse au stress.....	38

3.1.4.	Interaction gène - environnement	39
3.2.	Méthodologie.....	41
3.2.1.	Revue de la littérature.....	41
3.2.2.	Études françaises	42
3.2.3.	Études étrangères	42
3.2.4.	Limites	44
3.3.	Épidémiologie	45
3.3.1.	Souffrance psychique	45
3.3.2.	Troubles du développement	48
3.3.3.	Symptômes post-traumatiques.....	49
3.3.4.	Troubles internalisés.....	51
3.3.5.	Troubles externalisés	52
3.3.6.	Troubles psychotiques	54
3.3.7.	Addictions.....	55
3.3.8.	Suicide	55
3.3.9.	Evolution des troubles avec le placement	57
3.4.	Santé mentale selon le lieu de placement	57
3.4.1.	Comparaison entre les différents types de placement	58
3.4.2.	Essai contrôlé randomisé : le « Bucarest Early Intervention Project » (BEIP)	58
3.5.	Facteurs de risque	62
3.5.1.	Maltraitance	62
3.5.2.	Séparations	64
3.6.	Facteurs de protection	65
3.6.1.	Âge de placement	65
3.6.2.	Stabilité du placement	66
3.6.3.	Facteurs prédictifs de résilience	67
3.7.	Prises en charges des enfants placés	68
3.7.1.	Prises en charge	69
3.7.2.	Traitements médicamenteux.....	70
3.8.	Facteurs limitant le soin.....	72
3.8.1.	Organisation des soins	72
3.8.2.	Autorisation parentale	73
3.8.3.	Coût et financement des soins	73
3.8.4.	Accessibilité des soins	74
3.8.5.	Organisation des soins	75
3.9.	Initiatives pour une amélioration des prises en charge	75
3.9.1.	Dépistage systématiques des troubles mentaux	76
3.9.2.	Formation des professionnels	80
3.9.3.	Thérapies individuelles et familiales spécifiques des enfants placés	82
Conclusion		86
Bibliographie		89
Serment d’Hippocrate		94

Liste des abréviations

AAP	American Academy of Pediatrics
AEMO	Action Éducative en Milieu Ouvert
AP	Accueil Provisoire
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
BEIP	Bucarest Early Intervention Project
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CBCL	Child Behavior Checklist
CICS	Children In Care Study
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Médicale Universelle
CMU-C	Couverture Médicale Universelle Complémentaire
CRIP	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
CTQ	Child Trauma Questionnaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ESPT	Épisode de Stress Post-Traumatique
IP	Information Préoccupante
JE	Juge des Enfants
NSCAW	National Survey of Child and Adolescent Well-being
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPE	Projet Pour l'Enfant
QD	Quotient de Développement
QI	Quotient Intellectuel
RR	Risque Relatif
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
TAG	Trouble Anxiété Généralisée
TDAH	Trouble Déficit Attentionnel avec Hyperactivité
TC	Trouble des Conduites
TOP	Trouble Oppositionnel avec Provocation
TS	Tentative de Suicide
vs	versus
WISC	Wechsler Intelligence Scale for Children
WPPSI-R	Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence Révisé

Introduction

En France, plus de 160 000 enfants sont actuellement confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), c'est à dire qu'ils ne vivent pas au quotidien au domicile de leurs parents. Ces enfants sont pour la plupart placés en raison de conditions de vie au domicile considérées comme n'étant pas propices à leur bon développement. L'accueil de l'enfant est très rarement demandé par les parents, il est parfois proposé par les services sociaux, mais le plus souvent imposé par l'autorité judiciaire. Les services sociaux et judiciaires ont pour mission de protéger les enfants, et de leur garantir une qualité de vie la plus propice possible à leur développement.

La population des enfants placés est très hétérogène, que ce soit en terme d'âge, d'histoire personnelle, traumatique et familiale, ou de mode de vie. Ces enfants comportent tout de même des caractéristiques communes : ils ne vivent pas avec leurs parents, lesquels ont été considérés comme plus ou moins inaptes à s'occuper d'eux à temps complet, ont vécu dans un environnement peu propice au bon développement avant leur placement, ont vécu une ou plusieurs séparations, et vivent actuellement dans un lieu d'accueil.

Le parcours de vie inévitablement chaotique de ces enfants ne peut pas être dénué de conséquences sur leur développement. En France, il n'existe pas de recommandation dans le domaine de la santé mentale des enfants placés. L'objectif de notre travail était d'explorer les spécificités épidémiologiques des pathologies mentales dans cette population, ainsi que les particularités de l'accès aux soins.

Dans ce travail, nous commencerons donc par définir le cadre législatif du système de protection de l'enfance responsable des enfants placés. Puis, nous décrirons cette population, afin de préciser les caractéristiques sociodémographiques, familiales et médicales. Enfin dans une troisième partie, nous présenterons une revue non exhaustive de la littérature, sur les prévalences des différentes pathologies mentales dans cette population, les différents facteurs de risque et de protection identifiés, les prises en charges dont ils bénéficient et les freins à leur accès aux soins. Enfin, nous terminerons par la présentation d'expériences étrangères pour ouvrir sur une discussion des améliorations possibles dans ce domaine.

1. Cadre législatif de la protection de l'enfance

1.1. La protection de l'enfance

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant, adoptée en France le 27 juin 1990, énonce dans son préambule, les 3 notions fondamentales de la protection de l'enfance :⁴⁹

- « *Les enfants ont besoin d'une attention particulière en raison de leur vulnérabilité,*
- *La responsabilité fondamentale en matière de soins et de protection de l'enfant incombe en premier lieu à sa famille,*
- *La protection sociale des enfants incombe aux États. »*

1.1.1. La Protection de l'Enfance

Premiers responsables de la protection de l'enfant, les parents sont les titulaires de l'autorité parentale, définie par l'article L371-1 du Code civil, comme un « *ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant, l'autorité parentale impose aux Père et Mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant de le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne* ». ¹⁴ La loi pose que les parents exercent en commun l'autorité parentale (article L372 du Code Civil), quel que soit le statut juridique du couple (en couple, séparé, marié, ou divorcé).¹⁵

Lorsque les parents ne sont pas en mesure de répondre à ces obligations, la société prend le relais, dans le cadre de la protection de l'enfance, définie par l'article L112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).⁶ Dans ce cadre, la politique de protection de l'enfance « *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* ». Elle a pour but :

- la mise en place d'actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents,
 - l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant,
 - l'application des décisions administratives et judiciaires prises pour la protection de l'enfant.
- En pratique, cette protection peut prendre des formes multiples, du simple soutien occasionnel à la suppléance complète de l'exercice de l'autorité parentale.

En France, la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance, est la base juridique de l'organisation actuelle.⁸³ Elle confie la protection sociale aux Conseils Départementaux, et la protection judiciaire au Procureur de la République.

1.1.2. L'Enfance en Danger

Dès 1999, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait défini la maltraitance comme « *toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir* ». ¹⁰¹

Cette définition internationale se recoupe partiellement avec la Loi française du 5 mars 2007, qui définit les notions d'enfant *en danger*, ou *en risque* de l'être, comme un enfant qui nécessite une intervention extérieure pour assurer sa propre protection. ⁸²

L'enfant *en risque de danger* est un enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger ou de compromettre gravement sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, son développement physique, affectif, intellectuel ou social (Loi du 5 mars 2007). ⁸² Ce terme regroupe ce qu'on nomme également négligences, qu'elles soient psychologiques ou physiques, avec entre autres, le défaut de surveillance, le fait d'être témoin de violences conjugales ou familiales, l'exposition à la pornographie, l'invitation au vol ou à la mendicité, le manque de repères ou de limites, la scolarisation aléatoire, l'instabilité des lieux de vie, etc.

L'enfant en danger est un enfant victime :

- De violences physiques,
- De violences psychologiques,
- D'abus sexuel : viol, attouchements sexuels, inceste (relation sexuelle entre ascendants et descendants ou frère et sœurs), et/ou
- De négligences lourdes (défaut d'alimentation, insuffisance de soins médicaux, défaut d'hygiène), ayant des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique.

1.1.3. Signalement du danger

Le danger, ou risque de danger, n'est pas toujours facile à repérer ni à évaluer. Il repose souvent sur un faisceau d'arguments, d'observations, et de récits de faits. Toute personne ayant connaissance d'un danger ou risque de danger pour un enfant, est en devoir de le signaler. D'après l'article 434-3 du Code Pénal, « *le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur (...), de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende* ». ²¹

Il existe plusieurs solutions pour transmettre ces informations.

1.1.3.1. Le SNATED

Le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED), plus connu sous le nom d'*Allo enfance en danger*, est un centre d'appel téléphonique. Joignable en composant le 119, il permet à tout enfant ou adulte, victime ou témoin de mauvais traitements, de communiquer une information, qui sera ensuite transmise aux services départementaux compétents. L'appel est gratuit, peut être anonyme, et la trace de l'appel n'apparaît pas sur la facture de téléphone. Ce service est essentiellement utilisé par des particuliers. En 2014, 25 729 situations d'enfants ont été traitées, 66 % concernaient des enfants de moins de 11 ans.⁹⁸

1.1.3.2. L'information préoccupante

L'information peut également être transmise par écrit, en adressant un courrier, appelé Information Préoccupante (IP) à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), située au sein de chaque Conseil Départemental. Il peut s'agir de faits observés, de propos entendus, d'inquiétudes concernant le comportement d'un mineur ou d'un adulte sur un mineur. Ce service peut être utilisé par les professionnels et les particuliers, toute personne souhaitant transmettre des informations peut écrire un courrier à la CRIP, relatant les faits dont il a connaissance. En 2014, les Conseils Départementaux ont reçu entre 5 et 33 IP pour 1000 enfants, dont 17 à 44 % concernaient des enfants de moins de 6 ans.⁹⁸

Une fois l'IP reçue, une enquête sociale peut être ordonnée, puis transmise à l'inspecteur de l'ASE, qui décide des mesures à prendre : clôture sans suite, simple intervention du service social ou de la Protection Maternelle Infantile (PMI), protection administrative, ou saisine de l'autorité judiciaire. Nous détaillerons ces différentes mesures dans la suite de notre travail.

1.1.3.3. Le signalement

Les professionnels, qui dans le cadre de leurs fonctions, ont connaissance de la situation d'un enfant en danger, ont la possibilité de faire un signalement, c'est à dire de saisir directement le procureur de la République par écrit. Les professionnels les plus concernés sont les professionnels de santé, de l'éducation et de la protection de l'enfance. Cette voie peut être utilisée dans plusieurs situations :

- La situation paraît constitutive d'une infraction pénale ou relève d'une extrême gravité nécessitant une protection immédiate de l'enfant,
- Une protection administrative a été mise en place mais n'a pas eu les effets attendus,
- Les parents refusent toute intervention ou ne peuvent pas donner leur accord,
- L'évaluation de la situation est impossible.

Le procureur décide ensuite de la suite à donner. Il peut classer sans suite, s'il considère que les

faits rapportés ne font pas apparaître de danger ou risque de danger pour l'enfant. Si les éléments du signalement sont incomplets, difficiles à apprécier, ou insuffisants, il peut demander une enquête judiciaire, qui sera plus ou moins suivie d'une instruction. Sinon, si les éléments du signalement sont suffisants, il saisit le Juge des Enfants (JE) en lui adressant une requête, et c'est alors à lui d'évaluer le danger pour l'enfant et d'ordonner la mesure à mettre en place. Cependant, s'il paraît urgent de protéger l'enfant, le procureur peut prendre une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP), et le placement de l'enfant est alors immédiat. Dans cette situation, le procureur doit ensuite saisir le JE dans les 8 jours.

1.1.3.4. Le secret professionnel

Dans le cas de professionnels soumis au secret par l'article 226-13 du Code Pénal,²⁰ l'article 226-2-2 du CASF autorise le partage d'informations entre professionnels concourant à la protection de l'enfance, afin de permettre « *d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant* ». ¹²

1.1.4. Organisation de la protection administrative

Une fois l'information de *danger* ou *risque de danger* transmise aux autorités compétentes, une solution doit être proposée pour protéger l'enfant concerné. Plusieurs solutions peuvent être envisagées : la protection peut être administrative ou judiciaire. Dans le cas des mesures administratives, un contrat est établi entre le Conseil Départemental et les parents. Il stipule les modalités de la mesure, la durée, le lieu, ainsi que les modalités de visites en cas de placement. Il est révocable à tout moment par les parents. D'après l'article L123-1 du CASF, chaque département organise et finance, pour la Protection de l'Enfance entre autres :⁷

- Le service départemental d'action sociale,
- Le service de l'ASE,
- Le service de PMI.

L'organisation des services est confiée à chaque président de Conseil Départemental, et varie donc selon les départements, mais également en cas de changement des conseillers départementaux.

1.1.4.1. Les service départemental d'action social

Le service départemental d'action social, défini par l'article L123-2 du CASF, « a pour mission générale d'aider les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie de vie ».⁸ Composé essentiellement de travailleurs sociaux, son rôle est d'orienter et accompagner les familles pour l'insertion sociale et professionnelle, la recherche de logement ou hébergement, les démarches administratives, l'instruction de dossiers d'allocations, et la protection de l'enfance.

1.1.4.2. L'ASE

Les missions de l'ASE sont définies à l'article 221-1 du CASF :⁹

« 1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social.

2° Organiser des actions collectives, (...) notamment des actions de prévention spécialisée

3° Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° (...)

4° Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal (...)

7° Veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme

8° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant. »

Le pouvoir décisionnel et l'organisation de ces missions sont déléguées aux Inspecteurs de l'Enfance.

1.1.4.3. La PMI

Les compétences de la PMI, définies par l'article L 2111-2 du Code de la Santé Publique, sont, entre autres, l'organisation des missions suivantes :⁵

- Consultations de santé maternelles et infantiles,
- Activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile,
- Agrément des assistants familiaux,
- Agrément, contrôle, et formation des assistants maternels.

1.1.4.4. Mesures de protection administratives

En pratique, les mesures de protection administratives proposées peuvent être de deux

types :

- Les aides au domicile :
 - Action Éducative à Domicile (AED) : un éducateur spécialisé ou éducateur de jeunes enfants intervient auprès de l'enfant au domicile.
 - Aide au foyer : les Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) interviennent pour aider ou suppléer les parents dans les activités de la vie quotidienne et la fonction parentale, elles ont un rôle socio-éducatif marqué. Les Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) interviennent pour aider aux activités de la vie quotidienne.
 - Aides financières, exceptionnelles ou mensuelles.
- Le placement hors du domicile : l'Accueil Provisoire (AP)
 - A la journée : chez des Assistants Maternelles agréés par le Conseil Départemental ou en crèche.
 - Jour et nuit : chez des Assistants familiaux agréés par le Conseil Départemental.

D'autres dispositifs existent, témoins de la diversité des initiatives au sein de chaque département.

Le choix de la mesure se fait lors de commissions départementales, sous la responsabilité de l'Inspecteur de l'ASE. Les mesures sont ensuite proposées aux parents, et un contrat est signé, engageant les parents et le Conseil Départemental au respect de la mesure. Plusieurs aides peuvent être proposées en même temps.

1.1.5. Organisation de la protection judiciaire

Le JE est compétent pour tout ce qui concerne le mineur, il gère à la fois les affaires civiles et pénales, dans le cas des mineurs délinquants. La fonction protectrice du JE est appelée Assistance Éducative.

1.1.5.1. L'assistance éducative

Les mesures sont mises en œuvre par les Tribunaux de Grande Instance (TGI), composés du parquet des mineurs et du tribunal pour enfants, dont dépendent les JE. D'après l'article 375-1 du Code Civil, le JE est compétent « *pour tout ce qui concerne l'assistance éducative* ». ¹⁸ Un placement est prononcé pour deux ans maximum, mais peut être réévalué à tout moment par le JE en organisant une nouvelle audience. L'article 375 du Code Civil permet aux JE de prononcer des mesures à plus longs terme lorsque la situation parentale paraît ne pas pouvoir être améliorée, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle et affective, mais un rapport annuel doit tout de même être réalisé. ¹⁷ Les parents, ou l'enfant seul, peuvent faire appel de la décision du JE dans les 15 jours. Lorsque le JE estime qu'il existe une

confusion ou opposition entre les intérêts de l'enfant et de ses parents, il peut nommer un administrateur ad hoc, chargé de représenter l'enfant le temps de la procédure judiciaire. Par ailleurs, l'enfant peut bénéficier d'un avocat, choisi par ses parents, par lui-même, ou nommé par le JE.

1.1.5.2. Types de mesures

En pratique, les solutions proposées par l'autorité judiciaire peuvent être de 2 types :

- Les aides au domicile :
 - Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO)
 - Action Éducative Intensive à Domicile (AEID) pour les enfants de moins de 6 ans
- Le placement hors du domicile :
 - Dans la famille : chez des parents jusqu'au 4ème degré.
 - En institution, chez des Assistants Familiaux, ou dans d'autres lieux de vie agréés.

1.2. Placement hors du cadre familial

D'après l'article 227-1 du CASF, « *tout mineur accueilli hors du domicile de ses parents jusqu'au quatrième degré ou de son tuteur est placé sous la protection des autorités publiques* ». ¹³

1.2.1. Chiffres au 31 décembre 2014

L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) se charge chaque année de collecter des données au niveau départemental afin de publier des estimations nationales. Fin 2014, 323 560 enfants de 0 à 21 ans bénéficiaient d'une mesure de protection, soit 19 enfants pour 1000 en moyenne.⁵⁵ Il existe une forte disparité territoriale, ce taux variait entre 11 et 37 pour 1000 selon les départements.⁹⁸

Parmi ces mesures, la moitié (161 860) concernait des placements hors du domicile (21 % d'AP et 79 % de placements judiciaires).⁹⁸ Il y avait donc un peu plus de 160 000 enfants placés en France, 21 % dans le cadre d'une mesure administrative, et 79 % dans le cadre d'une mesure judiciaire.⁵⁵ Cela représente 9,7 enfants pour 1000, avec une variation de 4,9 à 19,3 pour 1000 et un taux médian à 10 selon les départements. Le nombre d'enfants placés a augmenté entre 2007 et 2013 de 1,4 % par an.⁹⁸

1.2.2. Histoire du placement en France

Dans les années 1960, la famille biologique était plus rapidement considérée comme

novice, voire toxique pour l'enfant. Lorsque des difficultés étaient constatées au domicile, on observait un modèle de séparation familiale rapide et souvent définitif, entraînant progressivement une augmentation des effectifs d'enfants placés, et des coûts de placement. En parallèle, une pensée populaire a émergé, jugeant négativement ce modèle, l'accusant de fabriquer des « cas sociaux ». L'aboutissement de travaux sur la question de l'attachement et l'aspect traumatisant de séparations prolongées et répétées, ont amorcé une réflexion de l'État en 1980, formalisée par le rapport Bianco et Lamy.³⁰ La politique s'est alors orientée progressivement vers l'évitement du placement au maximum avec la mise en place d'aides spécifiques au domicile. L'objectif était de préserver le maintien des liens entre l'enfant et ses parents dans toute situation, et aujourd'hui, « *placement ne signifie plus rupture, mais séparation* ». ⁴³

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a mis l'intérêt de l'enfant au cœur du dispositif de placement, en créant le Projet Pour l'Enfant (PPE).⁸² C'est un document obligatoire qui doit être rédigé au moment du placement, il précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de l'environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre. Il vise à favoriser l'épanouissement de l'enfant et à plus long terme son insertion dans la société. Il est censé entraîner une plus forte implication des parents dans le dispositif de prise en charge et de les faire participer au maximum au projet de l'enfant.

Cependant, il faut souligner que lorsque la situation parentale n'évolue pas, il est très rare que l'enfant puisse être adopté. Le parcours juridico-administratif de ces enfants « délaissés », c'est à dire dont le retour au domicile n'est pas envisageable et pour lesquels le placement est reconduit chaque année sans autre projet de vie, est très lent. Pour être adopté, l'enfant doit accéder au statut de pupille de l'État, ce qui prend en moyenne 6 ans. Les lois du 1er mars 2012¹⁰⁴ et 14 mars 2016⁸³ ont modifié les conditions autorisant la déclaration judiciaire d'abandon et les modalités de l'adoption simple, afin de favoriser les possibilités d'adoption de ces populations d'enfants « délaissés ». L'objectif était d'offrir plus rapidement aux enfants pour lesquels un retour au domicile n'est plus envisagé, la possibilité d'une stabilité affective au long cours.

1.2.3. Lieux de placement

Lorsqu'un enfant est placé hors du cadre familial, plusieurs possibilités d'accueil sont envisagées :

- Assistant Familial : plus couramment appelé famille d'accueil, c'est un professionnel, reconnu par un diplôme d'État, qui accueille l'enfant à son domicile. Son objectif est de suppléer la famille d'origine, sans jamais la substituer. C'est un modèle de vie « familial ».

- Institution : plusieurs enfants sont accueillis ensemble, les professionnels sont majoritairement des éducateurs spécialisés ou éducateurs de jeunes enfants. Il y a dans ces structures le plus souvent un psychologue, un infirmier, parfois un médecin. La taille du groupe est très variable. C'est un modèle de vie « en collectivité ». Il en existe plusieurs types :
 - Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) (73 %)
 - Foyers de l'enfance (14%)
 - Lieux de vie (6%) : institutions non financées par le Conseil Départemental
 - Pouponnière à caractère social (2 %) : institution spécialisée dans l'accueil des nourrissons. Les professionnels sont des éducateurs de jeunes enfants, des auxiliaires de puériculture et des puéricultrices.
 - Établissement d'éducation spécialisée (6%) : l'enfant est en internat sur son lieu de scolarité
 - Établissement sanitaire (1%) : l'enfant est hospitalisé au long cours

- Logement autonome : pour les adolescents suffisamment autonomes pour vivre seuls ou en colocation

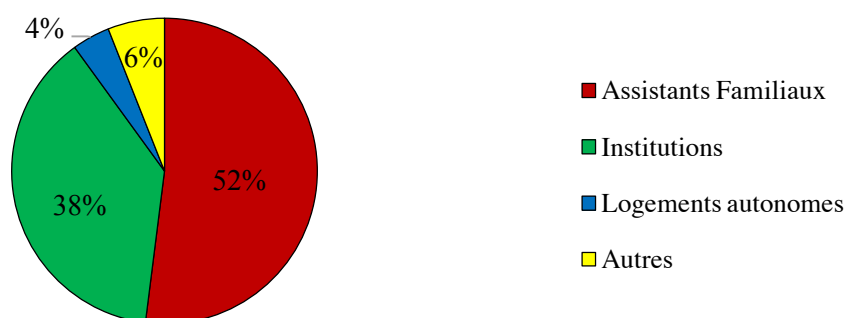


Figure 1 Types de lieux d'accueil en France au 31 décembre 2012⁹⁸

Le choix du lieu de placement revient à l'inspecteur de l'enfance en cas de placement administratif ou au juge des enfants en cas de placement judiciaire. La répartition diffère selon les départements, car l'offre de place est très variable. Cependant, plus l'enfant est jeune, plus le placement familial sera favorisé (67 % avant 11 ans). Chez les plus grands, il n'est pas forcément facile pour l'enfant de s'adapter à un nouveau fonctionnement familial, et la solution collective est privilégiée dans 1 cas sur 2.³⁶ Dans l'ordre, les principaux critères sont l'âge de l'enfant, la disponibilité des hébergements, et la durée prévisible du placement. L'article 375-7 du Code Civil prévoit que le placement soit choisi pour que l'enfant puisse maintenir des liens avec sa famille et que l'exercice du droit de visite soit facilité.¹⁸

En cas de nécessité de placement en urgence, l'enfant est placé dans un foyer d'urgence ou une famille d'accueil d'urgence, en fonction des disponibilités. L'organisation diffère selon

les départements.

1.2.4. Motifs de placement

Le placement d'un enfant hors du domicile familial peut résulter de différentes situations. Soit il n'y a pas ou plus d'adulte(s) détenteur(s) de l'autorité parentale, et c'est un « pupille de l'État », soit le fait de vivre au domicile des parents représente un danger pour lui.

1.2.4.1. Les pupilles de l'État

L'enfant pupille de l'État peut être né sous le secret, c'est à dire qu'il n'est pas reconnu à la naissance, il peut être orphelin de père et mère, ou avoir été abandonné par ses parents. Ces enfants peuvent être adoptés, et en attendant, ils sont sous la tutelle du représentant départemental de l'État (article L224-1 du CASF). Le Conseil Départemental est l'organisme gardien dans l'attente d'une potentielle adoption. Fin 2014, on comptait en France 2 435 pupilles de l'Etat, soit 17 enfants pour 100 000, dont 1 sur 4 avaient moins d'1 an.⁹⁸ L'abandon représentait 38 % des situations.

1.2.4.2. L'enfant en danger

Dans les autres cas, soit l'enfant est *en danger* ou *en risque de danger* en restant au domicile, soit des aides en milieu ouvert ont été proposées mais n'ont pas permis d'améliorer suffisamment la situation. Soulignons à ce propos qu'en France, en moyenne 40 % des enfants qui sont placés ont déjà eu une mesure d'AEMO auparavant.

Le placement est en principe une mesure de dernier recours, quand il n'est pas ou plus envisageable de laisser l'enfant au domicile. Le motif peut être unique lorsqu'il est grave, par exemple dans le cas de violences graves ou d'abus sexuels, mais le plus souvent il s'agit d'un ensemble de faits, de différentes natures, qui pris indépendamment pourraient relever d'une mesure au domicile, mais l'accumulation des difficultés rend complexe cette intervention, ou la voue à l'échec. Le placement est proposé à la lumière de l'enquête sociale, plus ou moins de l'enquête judiciaire et des délits ou crimes dont l'enfant a pu être victime. La notion de risque de danger ou de danger est évaluée subjectivement par les intervenants, en considérant l'enfant, sa famille et son environnement. Chaque situation étant unique, il n'y a pas de critère officiel de placement.

En France, environ 30 % des enfants placés le sont pour des faits de maltraitance avérés. Dans 1 cas sur 2, c'est la mère qui est à l'origine des faits.^{60, 98, 109} Dans les cas de placement pour maltraitance, le délai qui s'écoule entre la première alerte et le placement est très variable, mais il est en moyenne de 16 mois, durée pendant laquelle l'enfant continue à être exposé au danger.

Les autres motifs peuvent être les suivants :

- L'enfant présente des troubles du comportement au domicile qui mettent en danger sa sécurité (ce motif concerne le plus souvent des adolescents)⁴⁴
- Les parents sont incarcérés, en garde à vue, ou hospitalisés, sans ressources familiales adaptées
- Le maintien au domicile risque d'entraîner des carences éducatives graves malgré les aides déjà mises en place

Trois études départementales rétrospectives ont recensé les motifs de placement des enfants :

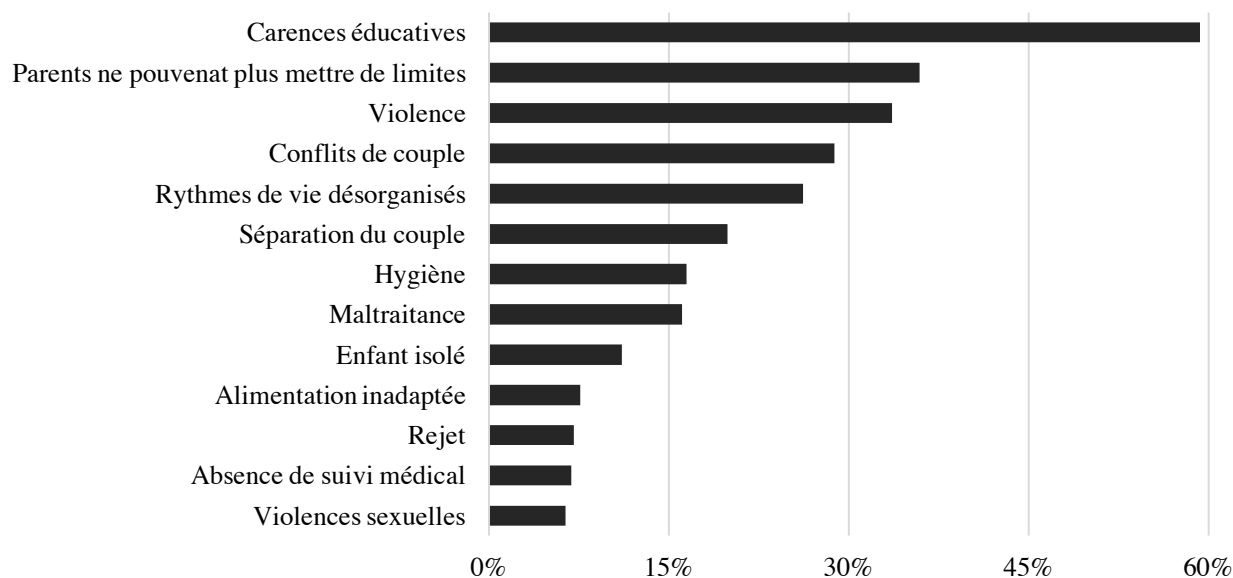


Figure 2 Motifs de placement en Loire-Atlantique (44) en 2013²³

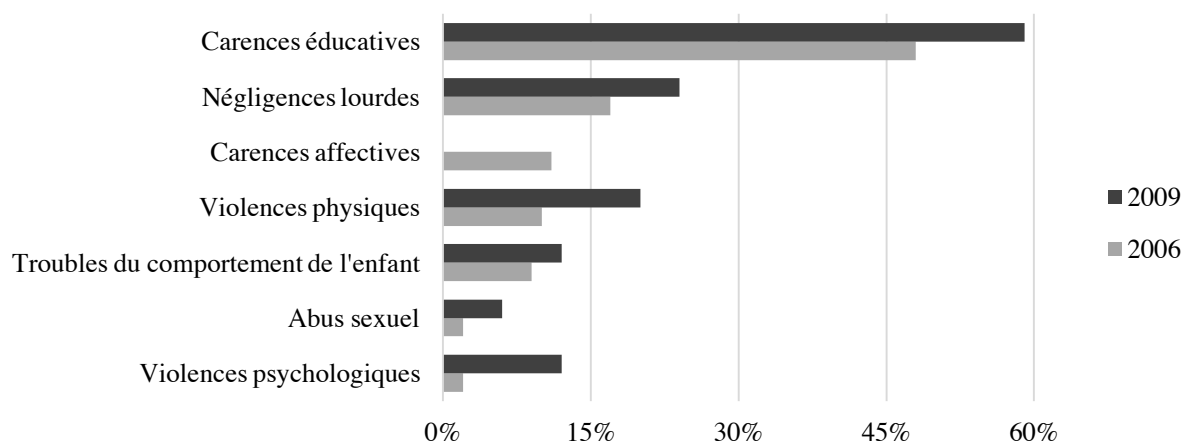


Figure 3 Motifs de placement dans le Maine-et-Loire (49) en 2006¹⁰⁹ et 2009⁴⁴

Les motifs de placement varient en fonction de certains critères, en particulier le sexe et l'âge : les troubles du comportement de l'enfant sont plus souvent un motif de placement à l'adolescence (17 %) que dans l'enfance (9,5 %), et les violences physiques sont plus fréquentes envers les pré-adolescents (27,1% des 11-14 ans).⁴⁴ Il n'est pas évident de comparer les études entre elles, car les définitions des motifs de placement utilisés sont rarement précisées.

Cependant, l'essentiel est de relever que le placement résulte d'une accumulation de plusieurs facteurs. On note la nette prédominance des carences éducatives dans les motifs de placement.

Une autre étude rétrospective, l'Étude longitudinale sur l'autonomisation des jeunes après un placement (Élap), menée en Normandie en 2007 et 2008, a relevé la prévalence des faits de maltraitance parmi les motifs de placement, en fonction du sexe. On observe là aussi des différences selon les sexes, puisque la maltraitance motive le placement pour 27 % des garçons, et 44 % des filles.⁹⁸ Si les violences physiques sont le type de maltraitance le plus fréquemment à l'origine du placement tous sexes confondus (24 %), l'abus sexuel est retrouvé comme motif plus souvent chez les filles que chez les garçons (12 % vs 4 %).

	Filles	Garçons	Total (filles + garçons)
Violences physiques	31 %	19 %	24 %
Violences psychologiques	11 %	7 %	8 %
Abus sexuels	12 %	4 %	8 %
Négligences lourdes	11 %	6 %	8 %
Total	44 %	27 %	35 %

Tableau 1 Sous-types de maltraitance comme motifs de placement suivant le sexe, Enquête Élap⁹⁸

1.3. Cadre législatif des soins des enfants placés

Lorsqu'un enfant est placé, quel que soit le type de mesure, les parents conservent dans l'extrême majorité des cas l'autorité parentale. Or, un mineur, non émancipé, ne peut consentir seul à recevoir des soins médicaux, et il faut, selon les cas, l'accord de l'un ou des 2 parents.

1.3.1. Actes usuels et non usuels

Les soins médicaux sont classés en deux types, en fonction de leur caractère habituel et des potentiels effets secondaires.

1.3.1.1. Les actes usuels

Il s'agit d'actes de la vie quotidienne sans gravité, prescriptions ou gestes de soin, qui n'exposent pas le malade à un danger particulier. Ce sont les soins obligatoires tels que les vaccinations obligatoires, les soins courants de blessures superficielles ou d'infections bénignes, les soins habituels, comme la poursuite d'un traitement. Comme chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause.

Pour les enfants placés, l'article L223-1-2 du CASF¹⁰ donne la possibilité à l'assistant familial de pouvoir pratiquer, de sa propre initiative, un certain nombre d'actes quotidiens, sans l'accord des parents. Pour simplifier les procédures et faciliter l'accès aux soins, une liste des actes usuels de l'autorité parentale que cette personne ne peut pas accomplir sans lui en référer préalablement est annexée au PPE. Ainsi, un assistant familial peut faire effectuer tous les actes usuels, sauf ceux explicitement précisés dans ce projet. Cette liste est une nouveauté de la loi de mars 2016⁸³, et n'est pas encore établie pour chaque enfant placé. En effet, auparavant, l'assistant familial ne pouvait faire effectuer aucun acte usuel sans l'accord des parents, sauf ceux explicitement cités dans le dossier de l'enfant.

1.3.1.2. Les actes non usuels

Il s'agit d'actes considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du malade et ont une probabilité non négligeable de survenir. Ce sont les hospitalisations prolongées, les traitements comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, les actes invasifs, tels que l'anesthésie ou les opérations chirurgicales. Ces actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale. La seule exception concerne les soins urgents, pour lesquels un délai de prise en charge entrainerait une perte de chance pour l'enfant. Dans ce cas, un médecin responsable de pôle peut prendre la décision de soigner l'enfant, en prenant soin d'avertir le directeur d'établissement ainsi que le procureur de la République. Il doit également pouvoir prouver qu'il a tout mis en œuvre pour obtenir le consentement aux soins des deux parents.

En psychiatrie, une première consultation ou l'introduction d'un traitement psychotrope sont considérées comme des actes non usuels. Il faut donc obtenir l'accord des deux parents, avant tout premier entretien ou prescription. Lorsqu'un professionnel de la protection de l'enfance s'inquiète de la santé mentale d'un enfant placé et souhaiterait qu'il ait une consultation avec un psychiatre, il doit d'abord obtenir l'accord des deux parents. Or, si l'on considère que la plupart des enfants ont été placés par défaillance des parents pour subvenir aux besoins de leur enfant quand il vivait à leur domicile, on peut imaginer qu'ils ne soient pas des plus moteurs dans les soins de leur enfant, surtout s'ils ne sont pas satisfaits que leur enfant soit placé, et ne sont pas en bon terme avec les services sociaux.

1.3.2. Couverture médicale

Au moment du placement, la majorité des enfants sont assurés, en tant qu'ayant droit sur la couverture santé d'un de leurs parents. Cette situation est très peu pratique, car nécessite, soit la présence des parents pour les soins ou l'achat de médicaments, soit de leur demander

d'avancer les frais en avance car c'est eux qui seront remboursés. C'est pourquoi la plupart des départements font des demandes de Couverture Médicale Universelle (CMU) pour les enfants placés, en particulier pour les placements judiciaires. Ils ont alors leur propre carte vitale.⁵⁸ Lorsque les parents ne financent pas de mutuelle, les enfants placés peuvent également bénéficier de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C).

1.4. Comparaison avec d'autres pays

Dans l'optique de ne pas se limiter par la suite aux travaux réalisés en France, il était nécessaire de mettre en perspective le cadre législatif français avec celui d'autres pays. En effet, les politiques de protection de l'enfance diffèrent selon les pays. Partout dans le monde, les populations ont dû trouver des solutions pour prendre en charge des enfants orphelins ou pour lesquels il était dangereux de rester au domicile.

Tout d'abord, le taux d'enfants placés est très variable. La France a un nombre d'enfants placés très supérieur aux autres pays (Tableau 2).

Pays	Nombre d'enfants placés pour 10 000
France	97
Pays de Galles	82
Norvège	79
Allemagne	76
Écosse	76
Suède	63
Angleterre	58
Etats-Unis	57
Espagne	51
Italie	32

Tableau 2 Taux d'enfants placés dans différents pays en 2010¹⁰⁶

1.4.1. États-Unis

Aux Etats-Unis, la protection de l'enfance est une mission des Etats, supportée par le gouvernement fédéral.⁴⁵ Les agences de protection de l'enfance sont soit publiques, soit privées. Historiquement, le placement est essentiellement familial.¹¹⁶

Après une augmentation du nombre d'enfants placés dans les années 1970, le *Child Welfare Reform Act* a proposé d'éviter le placement au maximum en privilégiant les accompagnements au domicile, de favoriser le retour à domicile dès que possible, et de favoriser

l'adoption dans les cas où un retour au domicile n'est pas envisagé. Ce plan a permis une nette diminution du nombre d'enfants placés, avant une augmentation un peu avant les années 2000 suite à l'émergence de problèmes de toxicomanie, du Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis (SIDA), et de l'augmentation du nombre de familles monoparentales ou sans domicile. Un second plan, voté en 1997, l'*Adoption and Safe Families Act (ASFA)*, a défini la santé et la sécurité de l'enfant comme la priorité, et vise à faciliter les processus d'adoption. L'objectif est de proposer à l'enfant un *Permanent plan*, c'est à dire un projet de vie stable et pérenne.¹³⁰ Il peut s'agir d'un projet de retour rapide à domicile, d'un placement dans la famille élargie, ou d'une suppression de l'autorité parentale et l'enclenchement des procédures d'adoption.

Pour les enfants placés, une audience a lieu tous les ans, lors de laquelle les services fédéraux doivent prouver qu'ils ont tout mis en place, soit pour faciliter un retour à domicile rapide, soit pour engager un processus d'adoption.

Dans les années 1990, l'augmentation de l'emploi des femmes dans la société a entraîné une diminution du nombre de familles d'accueil, et actuellement, le placement chez des proches est favorisé. Il serait moins traumatique, car dans la même culture, la même religion, et facilite les contacts avec les parents, mais ne permet pas une évaluation des compétences parentales des proches. Par ailleurs, il existerait de nombreux arrangements entre les services sociaux et les familles pour des placements chez des proches sans passer par la case judiciaire.

En 2014, il y avait 415 129 enfants placés aux États-Unis, 48 % en famille d'accueil, 26 % chez des proches, 8 % en institution.^{117, 126} 17 % des enfants sont placés avant l'âge d'1 an. Dans les projets des enfants, on retrouve 55 % de projets de retour au domicile et 25 % de processus d'adoption. La durée moyenne d'un placement est de 21 mois, avec une médiane à 13 mois. L'âge moyen des enfants adoptés est de 6 ans, en moyenne 12 mois après le retrait de l'autorité parentale.

1.4.2. Canada

Au Québec, le système de protection de l'enfance est plus substitutif qu'en France, dans le sens qu'il privilégie systématiquement la stabilité de l'enfant, par la construction d'un projet de vie, envisagé dans une optique de permanence des liens, que ce soit avec la famille biologique ou avec un milieu substitut.⁴³ Comme aux États-Unis, dans les situations où les intervenants estiment que le processus d'intervention ne permet pas de mobiliser les parents vers un réel changement, le placement s'oriente de façon précoce et rapide vers une mesure permanente pouvant mener jusqu'à l'adoption.

Les politiques actuelles sont ancrées dans une intention de maintenir la continuité de la relation, basée sur la théorie de l'attachement, issue des travaux de Bowlby en 1978. Depuis la

loi sur la protection de la jeunesse de 2007, toutes les décisions concernant le maintien du placement ou son retour à domicile doivent tenir compte des liens d'attachement que l'enfant a développé. Des durées de placement maximales sont définies en fonction de l'âge de l'enfant : 12 mois si moins de 2 ans, 18 mois entre 2 et 5 ans, 24 mois après 6 ans. Au-delà de cette durée, une solution pérenne doit être trouvée. Lorsque le retour dans la famille n'est pas envisageable, un projet de vie alternatif est défini selon l'intérêt et les besoins de l'enfant. Dans la majorité des cas, le placement se fait en famille d'accueil.

Le Québec a créé dans les années 1990 la banque mixte, une liste de familles candidates à l'adoption qui acceptent d'être provisoirement familles d'accueil pour des enfants à haut risque de délaissement, en attendant qu'ils deviennent adoptables.

Depuis cette loi de 2007, le nombre de placements en famille d'accueil a diminué, au profit de placements chez des proches. 79 % des projets de vie concernent un retour au domicile parental, et contrairement aux craintes provoquées par l'assouplissement de la loi, le nombre d'adoptions a diminué.

1.4.3. Europe

En Europe, 0,52 % des enfants entre 0 et 18 ans sont placés.¹²⁵ Rappelons qu'en France le chiffre est de 0,97 %. Les chiffres sont variables selon les pays, et des faibles taux de placement ne signifient pas forcément des politiques de maintien au domicile plus intense. En effet, en Grèce, 0,55 % des enfants sont placés, mais ces chiffres, pourtant dans la moyenne européenne, reflètent en fait la quasi-absence de politique de protection de l'enfance. L'Italie quant à elle, a été une nation pionnière dans l'élaboration de solutions alternatives au placement. Dans tous les pays cependant, le taux de placement en foyer a diminué ces dernières années, au profit du placement familial, principalement en raison des politiques d'adoption et de la disparition progressive des orphelinats, mais également car à partir des années 1950, le caractère pathologique des grandes structures d'hébergement a été fortement critiqué. Une constante actuellement est de considérer le placement comme la solution ultime, quand tout le reste a échoué. Nous avons également assisté en Europe à la professionnalisation des intervenants, assistants familiaux ou éducateurs, mais la formation reste très inégale selon les pays d'Europe.

1.4.3.1. Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, le système de protection de l'enfance est plus similaire au système français. Elle relève de la compétence du comté, qui ont une population équivalente à celle des départements français. Les mesures administratives sont largement favorisées, au moins en

première intention.

Le signalement de l'enfant en danger se fait via des *Referral*, sortes d'Informations Préoccupantes transmises à la police ou aux autorités locales de protection de l'enfance. En cas de risque de danger immédiat, ces derniers peuvent prononcer un ordre de protection urgent avec placement, un ordre d'exclusion avec expulsion du domicile du parent mis en cause, un ordre d'évaluation avec enquête sociale, ou un ordre de protection policière de l'enfant pendant 72 heures, sans nécessité d'avis judiciaire. Dans le cas d'une absence de danger immédiat, une réunion avec la famille, les services sociaux, scolaires et de santé est organisée. Des mesures peuvent être prises immédiatement, et une enquête sociale peut être réalisée.⁹³

Dans le cas d'une situation extrêmement préoccupante, une conférence de protection de l'enfance est organisée, toujours en présence des parents et de tous les intervenants, afin de décider d'un Plan de protection de l'enfant. Les services de protection peuvent s'adresser à la *Family proceedings court*, le tribunal pour les affaires familiales, lorsque le dispositif administratif ne permet pas de protéger l'enfant. Cette court est une instance composée de juges non professionnels bénévoles, les *magistrates*. Le *Children and Family Court Advisory and Support Service* intervient également. C'est un organisme indépendant rattaché au ministère de la justice qui peut apporter des conseils au juge ou aux familles. Il est composé de travailleurs sociaux expérimentés.¹¹⁵

Concernant le placement, les structures familiales sont largement favorisées, et en 2012, 75 % des enfants étaient placés en famille d'accueil, 9 % en institution, et les autres chez des proches.⁹²

1.4.3.2. Allemagne

Les arrondissements sont en charge de la protection de l'enfance, ce sont des collectivités territoriales de 100 à 200 000 habitants. Ils mettent en place un office de la jeunesse, compétent pour mettre en œuvre toutes les mesures de protection dès lors que les parents ne s'y opposent pas et sont capables de s'y conformer. Cela peut être des conseils, des aides éducatives, des accueils temporaires ou des placements. Lorsque les mesures administratives sont insuffisantes, l'office de la jeunesse peut saisir le tribunal de la famille, mais a toutefois l'obligation d'agir sans attendre la décision du tribunal dans les cas d'urgence.¹¹⁵

2. Description de la population des enfants placés

Les enfants placés constituent une population très hétérogène. Cependant, ils ont en commun d'avoir été séparés de leur famille biologique, et de grandir dans un autre environnement, financé par les collectivités. Il est difficile d'obtenir des données nationales chiffrées en France pour décrire cette population d'enfants, car ces informations sont recensées au niveau de chaque département. Ces derniers doivent normalement transmettre des données statistiques annuelles à l'État, mais, même quand c'est fait, les modes de recueil des données variant entre chaque département, l'analyse est complexe.

2.1. Âge des enfants placés

2.1.1. Âge actuel des enfants

Au 31 décembre 2014, l'âge moyen des enfants placés était de 12 ans. Les statistiques ministérielles donnaient la répartition suivante :

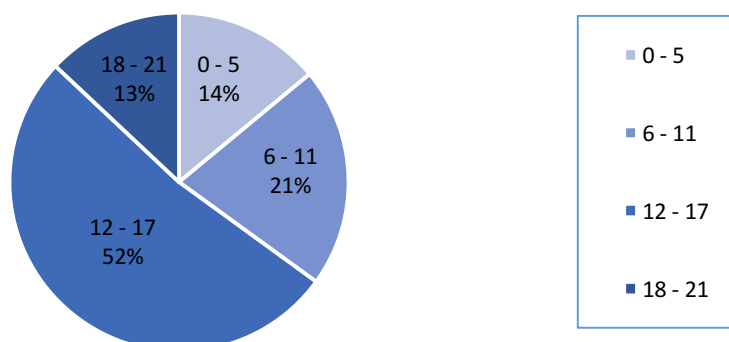


Figure 4 Âge (en années) des enfants placés en France au 31/12/2014

Dans une étude réalisée entre 2008 et 2011 dans 3 circonscriptions de Haute-Savoie, la répartition des âges était la suivante :⁵⁰

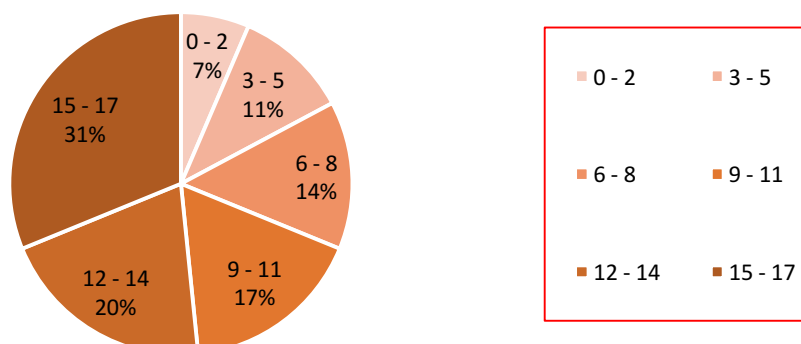


Figure 5 Âge (en années) des enfants placés en Haute-Savoie (74), étude réalisée entre 2008 et 2011

La répartition des âges s'explique par le fait que tous les enfants ne sont pas placés jeunes, et que de nombreux placements ont lieu à l'adolescence, en raison de l'émergence de troubles du comportement rendant le maintien au domicile compliqué. De plus, comme de nombreux

enfants bénéficient d'abord d'une mesure en milieu ouvert, lorsque le placement est proposé par la suite, l'enfant est alors plus âgé.

2.1.2. Âge au moment du premier placement

L'âge au moment du premier placement est une donnée importante, car il donne une information sur le temps que l'enfant a passé dans sa famille biologique. Ceci peut avoir une incidence sur la durée d'exposition aux mauvais traitements, mais également sur la qualité des liens qui existent entre l'enfant et sa famille, ainsi que la possibilité pour l'enfant d'établir un lien avec sa famille d'accueil ou ses éducateurs.

Il n'existe pas de donnée nationale, mais plusieurs départements ont publié des données locales. A titre d'exemple, l'âge du premier placement en 2006 dans le Maine-et-Loire (49) était de 4 ans en moyenne.¹⁰⁹ Fin 2010 dans le Finistère, l'âge de placement (Figure 6), était particulièrement précoce, avec plus d'un tiers des enfants placés avant l'âge de 2 ans.⁹⁹ Nous n'avons pas retrouvé de chiffre dans d'autres départements, ou pour la France entière.

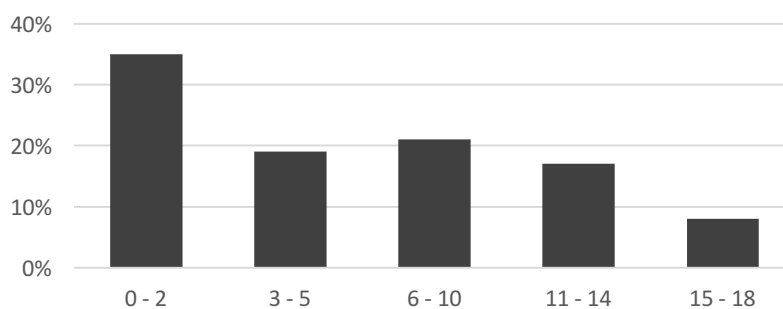


Figure 6 Âge (en années) au premier placement en Finistère en 2011⁹⁹

2.2. Sexe des enfants

Fin 2014, parmi les enfants placés en France, il y avait 57 % de garçons et 43 % de filles. Les taux varient selon les départements et les années, mais il y a toujours plus de garçons que de filles.^{23, 36, 50, 55}

2.3. La famille

Ces enfants sont le plus souvent issus de familles déjà fragilisées, par la maladie mentale ou l'histoire de vie. Notamment, 46 % des enfants placés ont un parent qui souffre de troubles psychiatriques ou d'addictions.⁴⁴

2.3.1. Les parents et la fratrie

Les enfants placés ont pour la plupart des familles biologiques instables. Environ 15 % de ces enfants n'ont pas de filiation paternelle, c'est à dire qu'ils n'ont pas été reconnu par un père, ou ne l'ont jamais rencontré.^{23, 109} Par ailleurs, plus de 40 % des enfants placés ont un parent qui a été lui-même placé dans sa propre enfance, le plus souvent la mère.^{23, 44} D'après une étude en Loire-Atlantique, les parents eux-mêmes ont fréquemment été victimes de violences physiques (38 % des mères, 8 % des pères), et de violences sexuelles (20 % des mères, 7 % des pères).²³

D'autre part, la séparation des parents fragilise l'équilibre familial et donc de l'enfant. Les enfants placés sont le plus souvent issus de familles dont l'équilibre a été perturbé. En Loire-Atlantique en 2013, 73 % des enfants placés avaient des parents séparés.²³

La composition des fratries quant à elle est très variable, mais ce sont souvent des plus grandes fratries qu'en population générale, avec une moyenne de 5 enfants.¹⁰⁹ Aussi, plus d'1 enfant placé sur 2 est soit l'aîné soit le 2ème de la fratrie.

2.3.2. Consommations de toxiques dans la famille

La consommation de toxiques par les parents au domicile constitue à lui seul un facteur de risque de maltraitance et de négligences, en raison des troubles du comportement et de l'altération des fonctions cognitives et émotionnelles provoquées par ces substances. Les enfants placés ont plus de risque d'avoir été exposés aux toxiques, que ce soit en anténatal ou pendant l'enfance. En effet, 30 % des enfants ont une mère qui a des antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool ou de toxicomanie.^{44, 109} Par ailleurs, 26 % des enfants ont un père souffrant d'addiction, et 16 % ont une mère souffrant d'addiction, quelle qu'en soit le type.²³ Le trouble le plus fréquent est l'alcoolisme chronique, qui concerne 24 % des parents d'enfants placés, la consommation détournée de médicaments, 11 % des parents, et la consommation d'autres drogues (5 %).⁴⁴

2.3.3. Antécédents familiaux psychiatriques

Le fait d'avoir des antécédents psychiatriques familiaux augmente le risque d'avoir un trouble mental. Par exemple, la moitié des enfants de parents présentant un trouble bipolaire présente un trouble psychiatrique quel qu'il soit. L'héritabilité du trouble anxieux est de 30 %, c'est à dire que parmi les enfants de parents souffrant d'un trouble anxieux, 30 % en souffrent également. L'héritabilité de la dépression est moins franche, entre 15 et 25 %, et l'héritabilité de la schizophrénie se situe entre 2 et 9 %.³⁵

En France, un enfant placé sur 4 a un père qui souffre d'un trouble psychiatrique, et 1 sur

2 à une mère qui souffre d'un trouble psychiatrique.^{23, 44, 109} Le trouble le plus fréquemment rencontré chez ces parents est le trouble dépressif, devant le trouble de la personnalité antisociale.²³

La dépression se caractérise par une augmentation de l'irritabilité, de l'impulsivité, pouvant faciliter le passage à l'acte violent sur l'enfant. De plus, le repli sur soi et l'anesthésie affective peuvent entraîner une certaine négligence des besoins de l'enfant, et des carences affectives et éducatives chez ce dernier. Des parents souffrant de dépression ont plus de chances d'avoir leur enfant placé. La dépression est reconnue par l'OMS comme un facteur de risque indépendant de maltraitance. Il est important de souligner que parmi les mères d'enfant placés qui souffrent de dépression, seules 35 % sont suivies et traitées pour ce trouble.

2.4. Antécédents médicaux personnels

Dans toutes les études cherchant à faire un état des lieux de la santé des enfants placés, le premier frein réside souvent dans la difficulté à obtenir le carnet de santé, qui dans 15 à 20 % des cas, n'est pas disponible, le plus souvent car il a été perdu.⁵⁰ Pour des enfants qui changent de domicile, et donc de lieu de soin et de médecin, il est particulièrement compliqué de recueillir les antécédents médicaux personnels, et encore plus familiaux.

2.4.1. Naissance et période néonatale

Les enfants placés ont des caractéristiques, dès la naissance, différentes de la population générale (Tableau 3).^{44, 50, 109}

	Enfants placés	Population générale
Terme moyen en SA	38,5	40
Prématurité (terme < 37 SA)	10 à 16 %	6 à 7 %
Poids de naissance moyen en grammes	2 800 à 2 900	3 200
Retard de Croissance Intra-Utérin	11 %	
Hypotrophie	19 %	3 à 5 %
Hospitalisation en néonatalogie	12 à 24 %	
Accouchement <i>compliqué</i> : césarienne, forceps, ventouses, au domicile	13 %	

SA : semaines d'aménorrhée

Tableau 3 Comparaison des caractéristiques néonatales

Les difficultés que présentent ces enfants à la naissance amènent la question du suivi de la grossesse, car ces complications peuvent être la conséquence de comportements maternels

inadéquats pendant la grossesse. Chez des parents, reconnus comme pouvant présenter un danger ou un risque de danger pour leur enfant par la suite, il est envisageable que leur comportement en anténatal n'ait pas été adéquat. Par ailleurs, ces complications néonatales peuvent être un frein à l'établissement d'une relation de qualité et de bonnes interactions précoces entre le bébé et ses parents, ce qui, on le verra plus loin, est un facteur de risque de mauvais traitements par la suite.

2.4.2. Croissance

Dans une étude sur des enfants placés en pouponnière avant l'âge de 4 ans dans le Maine-et-Loire, 46 % des enfants avaient un retard de croissance au moment du placement.¹¹⁸ En Haute-Savoie, une étude a mis en évidence l'importance des anomalies staturo-pondérales chez les enfants placés (Tableau 4).⁵⁰

		Famille d'accueil	Institution
Anomalie pondérale	Poids < - 2 DS	19 %	14 %
	Poids > + 2 DS	3 %	29 %
Anomalie staturale	Taille < - 2 DS	7 %	7 %
	Taille > + 2 DS	3 %	6 %
Insuffisance pondérale	IMC < norme pour l'âge	15 %	11 %
Surpoids	IMC > norme pour l'âge	2 %	11 %

DS : Dérivation Standard des courbes de poids et taille selon l'âge ; IMC : Indice de Masse Corporelle

Tableau 4 Anomalies staturo-pondérales selon le type d'accueil en Haute-Savoie en 2008-2010

Parmi ces enfants placés, l'importance de l'insuffisance pondérale, et du surpoids chez les enfants en institution interpelle.

2.5. Maltraitements

Dans les études rétrospectives, 55 % des enfants placés relatent des faits de maltraitance au domicile avant le placement, quel que soit le motif de placement initial.⁹⁸

2.5.1. Types de maltraitance

Actuellement, dans la littérature scientifique, la classification en 5 sous-types est la plus utilisée. Elle comprend :

- les négligences émotionnelles : défaut de soins psychologiques, attention inadaptée aux besoins affectifs, exposition à la violence, autorisation aux comportements inadaptés

de l'enfant

- les violences émotionnelles ou psychologiques
- les négligences physiques : défaut de surveillance, manquements aux besoins primaires que sont les soins ou l'alimentation
- les violences physiques
- les abus sexuels

La négligence correspond à l'absence de comportements parentaux culturellement escomptés dans une situation donnée.⁵² Leur évaluation doit être fine et comprendre tous les aspects de la culture et des origines familiales. Les violences et abus sont, à l'inverse, des comportements inadaptés ou interdits, et ce quelle que soit l'éthique familiale.

2.5.1.1. Études françaises

Les faits de maltraitance rapportés a posteriori par les enfants, quel que soit leur motif de placement, sont de plusieurs types (Tableau 5).^{23,98}

Types de maltraitance	% d'enfants concernés
Violences physiques	20 à 29 %
Violences psychologiques	10 à 31 %
Abus sexuels	14 à 20 %
Négligences lourdes	9 %

Tableau 5 Types de maltraitements rapportés quel que soit le motif de placement, en France

Les taux sont quasiment identiques entre les garçons et les filles, sauf pour les abus sexuels qui sont plus fréquents chez les filles.⁴⁷ Les chiffres sont variables en fonction des études car elles n'utilisent pas la même définition, les mêmes sous-types, et ne s'appuient pas sur des échelles validées.

2.5.1.2. Études étrangères

Dans la littérature étrangère, on retrouve plusieurs études ayant utilisé le *Child Trauma Questionnaire* (CTQ), qui est une échelle validée, également en français.¹⁰² Par exemple, une étude canadienne de 2009 a utilisé le CTQ pour évaluer les antécédents de maltraitements chez des adolescents en institution (Tableau 6).⁴⁷ Ce questionnaire étant très large, 100 % des enfants cotaient pour au moins un type de maltraitance, et 80 % au moins 2 types. Cependant, les taux dans la population générale ne sont pas identiques, et les enfants placés avaient subi en moyenne plus de faits de maltraitance que les enfants en population générale.

Type de maltraitance	% d'enfants concernés
Abus émotionnel	68 %
Abus physique	60 %
Abus sexuel	38 % (filles 63 % / garçons 17 %)
Négligence émotionnelle	58 %
Négligence physique	98 %

Tableau 6 Antécédents de faits de maltraitance chez des adolescents placés en institution au Canada⁴⁷

2.5.2. Facteurs de risque généraux de maltraitance

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) a défini des facteurs de risque de maltraitance (Tableau 7).⁶⁹

Liés à l'enfant	Liés aux parents	Liés à un non-attachement
Jeune âge (plus l'enfant est jeune et plus le risque est important)	Très jeune âge de la mère	Hospitalisation néonatale de l'enfant
Sexe (les filles subissent plus d'abus sexuels, les garçons plus de violences physiques)	Carences affectives dans leur propre enfance Immaturité	Dépression du post-partum de la mère
Prématurité Petit poids de naissance	Dépression	
Troubles du comportement et des conduites	Antécédents de violences subies	
Retard mental		

Tableau 7 Facteurs de risque de maltraitance d'après l'HAS en 2014⁶⁹

D'après les données décrites plus haut, on repère que les enfants placés ont effectivement de nombreux facteurs de risque d'être maltraités par la suite : prématurité, petit poids de naissance, vulnérabilités parentales, hospitalisation néonatale, dépression maternelle.

2.5.3. Maltraitance après le placement

Malheureusement, la maltraitance ne cesse pas toujours avec le placement, 25 % des enfants placés rapportent des faits de maltraitance par la suite, que ce soit sur le lieu du placement, ou au domicile des parents lors des visites.⁹⁸

Aux Etats-Unis, 28 % des enfants en famille d'accueil et 51 % des enfants en institution rapportent de la maltraitance lors des visites au domicile.⁴¹

3. Pathologie psychiatrique

En 2006, le Professeur M. Berger rapportait son expérience de pédopsychiatre en protection de l'enfance, dans le soin des enfants exposés à une dysparentalité importante, qu'il définit comme l'inadéquation entre le positionnement du parent et les besoins de l'enfant. Ces enfants présenteraient des troubles de l'attachement, des manifestations hallucinatoires, des troubles de l'image du corps, une absence de repères temporo-spatiaux, des troubles de l'apprentissage, avec déficience intellectuelle, ainsi qu'une culpabilité primaire, avec des comportements sacrificiels pour "soigner" leurs parents. Ces observations inquiétantes, étaient cependant principalement basées sur des expériences cliniques personnelles.

3.1. Notions théoriques

Afin de mieux comprendre l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les enfants placés, quelques précisions théoriques paraissent nécessaires à ce stade.

3.1.1. Théorie de l'attachement

3.1.1.1. Origines de la théorie

La théorie de l'attachement, mise au point par Bowlby en 1944, est née de l'observation des séparations mère - enfant, et repose sur plusieurs constats.⁶³ Un enfant naît social, avec toutes les compétences pour entrer en relation avec le monde, et il va s'attacher à des figures significatives de son entourage, qu'on appelle *figures d'attachements*. L'enfant peut construire et développer plusieurs relations d'attachement avec des adultes différents.

Selon la théorie de l'attachement, la façon de réagir d'un enfant, chaque fois qu'il se trouve face à une situation alarmante ou risquant de l'être, est organisée à partir des prévisions qu'il fait de la sensibilité, la stabilité et la disponibilité de sa figure d'attachement principale. S'il y a rupture, ou menace de rupture, dans la relation avec cette figure, l'enfant va manifester de la protestation, de la tristesse, et/ou de la colère et de la désorganisation.

3.1.1.2. Différents types d'attachement

La qualité de l'attachement s'évalue au comportement de l'enfant lors de situations dangereuses ou risquant de l'être.

- L'attachement sécure : l'enfant arrive à mobiliser son système d'attachement lorsqu'il se trouve dans une situation alarmante et à le désactiver une fois sa base de sécurité revenue.
- L'attachement évitant : l'enfant gère son sentiment d'insécurité en inhibant son système

d'attachement et en détournant son attention de tout ce qui relèverait de cet attachement.

- L'attachement résistant : l'enfant n'a pas confiance en la disponibilité des réponses de sa figure d'attachement et a, en conséquence, tendance à hyper-activer son système d'attachement en réagissant vivement à des indices mineurs d'insécurité.

- L'attachement désorganisé : l'enfant présente des comportements désorganisés et/ou désorientés, même en présence de la figure d'attachement, tels que le fait de rester immobile, ou d'avoir des comportements contradictoires d'approche ou de fuite.

3.1.1.3. Attachement et troubles psychiatriques

D'après Guédénéy, « *si l'insécurité de l'attachement ne peut, à elle seule, conduire à un trouble psychopathologique, certaines formes d'insécurité sont plus souvent associées à des formes spécifiques de troubles psychiatriques, en particulier les troubles des conduites, les troubles addictifs, les troubles anxio-dépressifs et les troubles de la personnalité type borderline. Un attachement sécure pendant les premières années, à au moins une personne, joue probablement un rôle de protection, surtout dans les environnements à risque. En revanche, l'attachement désorganisé est un facteur de vulnérabilité pour des problèmes ultérieurs d'adaptation* », à l'origine de difficultés de gestion du stress, de troubles du comportement, d'un développement émotionnel de mauvaise qualité, et de dissociation à l'adolescence.⁶⁸

3.1.1.4. L'attachement chez les enfants placés

D'après Euillet, la littérature révélerait la répartition suivante parmi les enfants placés de moins de 30 mois : 46 % sécures, 42 % désorganisés, 8 % résistants et 4 % évitant.¹¹¹ D'après Golse, les conditions de vie avant la séparation dans le cadre de la protection de l'enfance, comme l'exposition à la maltraitance, à la négligence ou l'alcool pendant la vie fœtale joueraient un rôle important dans la constitution d'un nouvel attachement, lié au fait que le bébé aurait tissé une première relation d'attachement avec une figure peu disponible, stressée, dépressive ou encore dépendante à un produit toxique.¹¹¹ Il existe une période critique entre 8 et 24 mois pour la mise en place des liens d'attachement. S'il y a placement et donc rupture avec la figure d'attachement principale pendant cette période, on observe très fréquemment des réactions sévères à court terme : angoisse de séparation, troubles du sommeil, crises de colère, comportements destructeurs persistant, et donc différent des réactions adaptatives habituelles lors de séparations-retrouvailles.

Pour Guédénéy, « *l'enfant a besoin de s'attacher à ses accueillants et ceux-ci doivent répondre à ses besoins. Créer une nouvelle figure d'attachement ne signifie en aucun cas prendre la place des parents ni les effacer ni les disqualifier. Ces nouveaux attachements*

*permettent d'ouvrir le système et de redonner une chance forte de développer des facteurs de protection ».*⁶⁸

3.1.2. Interactions précoces

3.1.2.1. Définitions

Le bébé, dès la naissance, est un être social. Il a besoin d'interagir avec son environnement, et ce sont ces interactions, qui vont permettre son bon développement.⁷⁷ L'enfant a besoin qu'un adulte manifeste de l'intérêt pour ses « ressentis », car son activité psychique ne peut pas s'organiser sans la présence et l'attention d'un adulte. Il se « nourrit » des soins, de l'attention, des interactions apportées par l'autre, et se fragilise lorsqu'il n'a pas accès à une relation affective privilégiée, riche, significative et surtout stable avec un adulte. Aussi, le bébé, par son comportement plus ou moins « gratifiant », va influencer la qualité et la quantité des soins qu'il reçoit. Ce processus bidirectionnel a lieu dans la majorité des cas avec la mère, et les interactions précoces avec son bébé vont servir de médiateur au type d'attachement que le bébé va développer.

Il existe plusieurs types d'interactions.⁸⁶ L'interaction comportementale est la plus facile à observer, elle passe par l'ajustement tonico-postural, les contacts cutanés, les regards et les vocalisations que produit le bébé en réponse aux paroles maternelles. L'interaction affective est plus subtile, et nécessite une observation plus fine de la dyade pour être évaluée, car c'est la tonalité de l'interaction et la qualité de l'harmonisation affective qui vont permettre le partage des expériences émotionnelles entre la mère et son bébé.⁸⁶ Les interactions imaginaires et fantasmatisques, influence réciproque des vies psychiques de la mère et du bébé, sont quant à elles bien plus complexes à explorer.

Dans le cas d'enfants placés très tôt, les interactions pourront s'établir avec un membre de la famille d'accueil, ou un soignant de la pouponnière, et théoriquement permettre un développement de qualité. Dans le cas d'un placement plus tardif, la question de la qualité des interactions précoces est importante, car si l'enfant a présenté un trouble des interactions, il est plus probable qu'il présente un retard de développement, et sera alors plus à risque de souffrir d'une pathologie mentale par la suite.

3.1.2.2. Les troubles des interactions

Une perturbation des interactions précoces, c'est-à-dire avant l'âge de 30 mois, peut être l'unique symptôme d'une souffrance psychique du bébé. Pour qu'une interaction soit de qualité, le niveau de stimulation doit être, adapté aux réponses du bébé, réciproque, et stable dans le temps.⁸⁶

L'hypostimulation peut entraîner des symptômes de carence affective ou de négligence. À l'inverse, on parle d'excès de stimulation quand la mère ne tient pas compte des signaux de son bébé, et que malgré les signes de débordement, comme la fermeture des yeux, le détournement du regard, la tension, elle continue à faire intrusion dans l'espace de son bébé. Le risque est une inhibition du vécu affectif du bébé et un retrait. Dans le cas d'absence de réciprocité, on observe des interactions dysharmonieuses, quand la mère évite le regard de son enfant, qu'elle ne prend pas en compte ses vocalises, et que tout contact physique lui demande un effort. Enfin, lorsqu'il y a des micro-coupures répétées, on parle d'interaction imprévisible et désorganisée, il ne peut pas y avoir régulation mutuelle des échanges.

3.1.2.3. Situations à l'origine de troubles des interactions

Les situations à risque de troubles de interactions sont la dépression du nourrisson, les troubles autistiques précoces, les déficiences mentales sévères de l'enfant, et les troubles de l'attachement. Lorsque la mère souffre de dépression ou présente une personnalité schizoïde, ou que l'enfant est séparé de sa mère quelle qu'en soit la raison, on peut observer le « syndrome du comportement vide », caractérisé par une instabilité psychomotrice, une insomnie sévère, un retard de croissance, des infections à répétition, une pauvreté de l'expression des affects, une absence d'angoisse face à l'étranger et une relation d'objet indifférencié. Dans le cas d'interactions irrégulières, de violences, ou d'exposition à des rythmes de vie anarchiques, l'enfant peut présenter des états de désorganisation sévère. Avant 6 mois, on observe une pauvreté du sourire et des vocalises, une apathie et un détournement du regard. À partir de 6 mois, on observe une instabilité motrice, une déficience de l'organisation temporo-spatiale et du schéma corporel, l'absence de processus d'individuation, et un retard de développement.

3.1.3. Réponse au stress

Les enfants placés ont subi en moyenne plus de stress psychosociaux précoces.⁷⁶ Les séparations, les conflits, la perte des figures d'attachement, l'adaptation à un nouvel environnement, sont des événements fréquents, plus ou moins répétés, de la vie des enfants placés.⁹⁵

La réponse au stress s'organise entre le système sympathique, le système parasympathique, et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien avec la sécrétion de cortisol. La maturation de ce système est rapide, et à 12 mois, on considère que le schéma de sécrétion du cortisol est stable. Le cortisol est sécrété de façon normale selon un rythme circadien, avec une augmentation progressive la nuit, un pic matinal, et une décroissance au cours de la journée. Cette variation de la cortisolémie participe au maintien du métabolisme basal. En cas de stress,

l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien entraîne une libération ponctuelle de cortisol, permettant de faire face à l'événement stressant. Une fois le stress géré, la cortisolémie diminue et revient à son niveau initial. À court terme, l'activation de ce système permet une réponse au risques de l'environnement, aux situations ressenties comme dangereuses. À long terme, en cas de sollicitations répétées et trop fréquentes de ce système par un stress chronique, les enfants présentent une dysrégulation de la réponse au stress. Dans le sang, 5 % du cortisol est libre, et 95 % du cortisol est lié à une protéine, la *Corticoïde Binding Protein* (CBP). Lorsque le stress est chronique, les capacités de production de CBP sont dépassées, le cortisol libre augmente, passe la barrière méningée, et diffuse dans le système limbique, zone qui a le plus grand nombre de récepteurs.²⁶ Cette zone est responsable de la mémoire affective, de l'intégration des émotions, des comportements d'attachements et de la mémoire des apprentissages. Tous ces domaines seront donc susceptibles d'être affectés par un stress chronique. Notons que l'atteinte est réversible pendant quelques mois, puis définitive.

Dans les cas de stress chronique, on constate par ailleurs un émoussement de la réponse du système nerveux autonome, et une moindre sécrétion de cortisol, la nuit mais également au cours de la journée, et donc une moins bonne gestion et adaptations aux petits stress quotidiens.^{28, 57} Ces modifications peuvent être à l'origine de troubles internalisés ou externalisés dans l'enfance,²⁹ de symptômes dépressifs à l'âge adulte, et d'un affaiblissement du système immunitaire.⁹⁵

3.1.4. Interaction gène - environnement

L'impact de l'environnement sur l'émergence d'un trouble mental est actuellement admis dans l'origine de nombreux troubles. Cependant, un même traumatisme n'aura pas les mêmes conséquences selon les enfants. Pour expliquer ces différences de susceptibilités vis-à-vis de l'environnement, il faut étudier les interactions gène-environnement, et plus spécifiquement l'effet de différents stress sur l'expression de certains gènes.

3.1.4.1. Réponse au stress et symptômes psychiatriques

Plusieurs études se sont intéressées à l'impact de la maltraitance sur l'axe corticotrope, en étudiant la réponse au stress par la courbe de sécrétion du cortisol. Une étude américaine a été réalisée sur 400 enfant de 7 à 13 ans, de faible niveau social, envoyés en camp de vacances gratuitement en échange d'une participation à l'étude.⁴⁶ Chez les enfants ayant été victimes de maltraitance, la courbe de cortisol était plus « plate », uniquement chez ceux qui avaient 2 allèles *TAT* sur le gène *CRHR1*, qui code pour une protéine de la recapture du cortisol. Les enfants qui n'avaient pas cet allèle *TAT* ou étaient hétérozygotes, ne présentaient pas de

différence de courbe du cortisol par rapport aux enfants n'ayant jamais subi de maltraitance. La maltraitance entraînait donc une moins bonne réponse au stress, uniquement chez les enfants homozygotes *TAT* sur le gène *CRHR1*, attestant d'une vulnérabilité différente à l'impact du stress.

Par ailleurs, les enfants qui avaient 2 allèles *TAT* pour le gène *CRHR1* et 2 allèles *L* pour le gène *5-HTTLPR*, un autre gène codant pour une protéine de l'axe corticotrope, présentaient plus de symptômes dépressifs ou anxieux en cas de maltraitance, en comparaison aux enfants n'ayant pas ces allèles ou étant hétérozygotes. Ces exemples illustrent la susceptibilité génétique à l'environnement en mettant en évidence les différents effets de la maltraitance sur la réponse au stress, en fonction de la présence ou non de certains allèles.

3.1.4.2. Épigénétique

L'épigénétique est la modification de l'aspect tridimensionnel de l'ADN (Acide DésoxyriboNucléique), quel qu'en soit le mécanisme, qui entraîne une modulation de la transcription de certains gènes. Les mécanismes les plus étudiés sont l'acétylation et la méthylation des histones et la méthylation des nucléotides, qui modulent l'accessibilité de l'ADN à la transcription en modifiant la fixation des ARN (Acide RiboNucléique) transcriptases.³²

Ces modifications de l'ADN, sans atteinte de la structure propre, seraient provoquées par l'exposition à l'environnement. Les effets de la maltraitance ont été étudiés, et plusieurs études rapportent des modifications au niveau de certains gènes en particuliers, qui pourraient expliquer l'émergence de troubles psychiques. Plusieurs études américaines réalisées chez le rat ont reproduit la maltraitance en plaçant les bébés rats dans un environnement stressant, et ont observé des altérations de la méthylation pendant le développement et à l'âge adulte, entraînant des anomalies de structure et une modification de l'expression de certains gènes dans le cortex préfrontal médian, zone de régulation de la réponse au stress.³² Dans une autre étude, les conditions du placement ont tenté d'être modélisées.³³ Dans un premier groupe, les bébés rats étaient séparés de leur mère à la naissance et placés dans un environnement stressant. Dans un deuxième groupe, modélisant le placement en famille d'accueil, les nouveau-nés étaient séparés de leur mère mais placés dans un environnement non stressant. Le troisième groupe était constitué de bébés rats laissés dans la cage maternelle, constituant un groupe témoin. L'analyse portait sur la méthylation du gène codant pour la protéine *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF), au niveau de son promoteur *Reelin* et des exons I et IV, dans les régions limbique et pré-limbique. BDNF est un facteur de croissance neuronale présent dans l'hippocampe, le cortex et le prosencéphale basal, zones vitales pour les fonctions cognitives et en particulier la mémoire et les apprentissages. Cette protéine jouerait un rôle clé dans la

réponse au stress. Chez le rat adulte, ils observaient moins de méthylation du promoteur dans le groupe *Maltraitance* que dans le groupe *Placement familial*, aussi bien chez les males que chez les femelles, il n'y avait pas de différence au niveau de la méthylation des exons. Ces résultats montrent que la maltraitance, chez le rat, pourrait altérer la méthylation de l'ADN, et ainsi entraîner une diminution de la transcription du gène. Lorsque ce gène code pour une protéine, par exemple, de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, ce phénomène pourrait expliquer l'impact observé de la maltraitance sur la réponse au stress.

Pour revenir à l'exemple du gène *CRHR1*, qui pour rappel code pour une protéine de la recapture du cortisol, l'épigénétique pourrait permettre d'expliquer les résultats de Cicchetti et al.⁴⁶ L'hypothèse permettant d'expliquer l'aplatissement de la courbe du cortisol après maltraitance, uniquement chez les enfants homozygotes pour l'allèle *TAT*, serait que l'allèle *TAT* permettrait une moindre méthylation, et que donc le gène serait moins transcrit que chez les enfants qui auraient au moins un autre allèle. Si le gène est moins transcrit, moins de protéines sont synthétisées, et on observe alors des conséquences sur la courbe du cortisol.

3.2. Méthodologie

La santé mentale des enfants placés en France est mal connue, principalement en raison du peu d'études réalisées, probablement du fait de la difficulté à inclure ces enfants dans les protocoles de recherche. En effet, ils sont quasi-systématiquement exclus des études épidémiologiques en population générale, car l'accord parental est potentiellement trop compliqué à obtenir. Les seuls travaux qui étudient leur état de santé mentale sont ceux qui s'y consacrent spécifiquement.

3.2.1. Revue de la littérature

Nous avons effectué une revue non exhaustive de la littérature, à l'aide des moteurs de recherche *Pubmed* (base de données *Medline*) et *Psychinfo*, entre avril 2015 et novembre 2016. Les mots clés principalement utilisés étaient : *foster care, placement, mental health, psychiatry, children*. Pour la recherche en français, les mots clés utilisés étaient *enfants placés, psychiatrie et santé*. Lorsqu'elles existaient, les études réalisées spécifiquement sur les enfants placés ont été priorisées, ainsi que les études comparatives avec des groupes témoins pris en population générale.

Pour obtenir un reflet de la santé mentale des enfants placés en France, il aurait fallu nous limiter aux études françaises. Cependant on ne retrouve dans la littérature que 6 études épidémiologiques ayant analysé entre 2003 et 2013 la santé mentale des enfants placés. Nous avons donc également sélectionné plusieurs études réalisées dans d'autres pays, avec une

majorité d'études anglo-saxonnes, ce qui a permis d'inclure également des études prospectives et comparatives, permettant une meilleure validité externe des résultats.

3.2.2. Études françaises

La plupart des études françaises n'ont pas étudié la symptomatologie psychiatrique en détail, et ont uniquement évalué la souffrance psychique dans sa globalité.^{23, 38, 39, 44, 50, 109} Elles ont été réalisées dans des différents départements, avec des méthodes de recrutement, des critères de jugement, et des moyens d'évaluation différents. Ces études se basent le plus souvent sur des hétéro-questionnaires remplis par les professionnels qui s'occupent de l'enfant. Ces professionnels peuvent être éducateurs, assistants sociaux, assistants familiaux. Ces questionnaires ne sont pas des échelles ou tests validés, et sont chaque fois conçus spécifiquement pour l'étude. De plus, il n'y a pas de critère pour définir les troubles mentaux, hormis pour l'étude de Bronsard et al qui a utilisé les critères du DSM pour définir la souffrance psychique.³⁹ Les notions utilisées, par exemple *souffrance psychique sévère*, *état psychique médiocre* ou *état psychique inquiétant*, ne sont pas définies et laissées à la libre interprétation du professionnel chargé de remplir le questionnaire. L'étude réalisée dans le Maine-et-Loire en 2009 a d'ailleurs mis en évidence cette difficulté d'évaluation.⁴⁴ L'interrogatoire des médecins traitants de ces enfants retrouvait 27 % de troubles mentaux, et les hétéro-questionnaires rapportaient 32 % d'enfants dans un *état psychique médiocre* et 12 % dans un *état psychique mauvais*. Il existait donc une différence d'appréciation entre les professionnels qui s'occupent de l'enfant au quotidien (44 %), et les médecins traitants (27 %).

3.2.3. Études étrangères

La méthodologie des études anglo-saxonnes s'appuie le plus souvent sur la réalisation de tests validés. Ces échelles ne permettent pas de faire de diagnostic, le plus souvent établi à la suite d'un entretien médical ultérieur, mais elles permettent de réaliser un dépistage sur de nombreux enfants et sont également bien adaptées aux études épidémiologiques. Certains états des Etats-Unis ont ainsi mis en place des politiques de dépistage systématique, comme l'Illinois qui fait passer une échelle, la *Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS)*, de façon systématique au 45ème jour du placement.⁶⁷

Par ailleurs, il existe dans la littérature étrangère des études comparatives, ayant inclus un groupe témoins d'enfants non placés, ce qui donne une validité externe aux résultats bien plus importante.

3.2.3.1. Cohortes

En France, il n'existe pas de cohorte d'enfants placés. Plusieurs ont été créées à l'étranger afin d'étudier plus spécifiquement cette population, identifiée comme à risque de pathologie mentale (Tableau 8).

Cohorte	Pays	Années	Nombre d'enfants	Âge (années)	Commentaires
NSCAW	Etats-Unis	1997 - 2014	55 504	0 - 17	Enfants connus de la protection de l'enfance (14 % étaient placés)
NSCAW II	Etats-Unis	2008 - 2009	5 872	0 - 17	Enfants connus de la protection de l'enfance
Comté de San Diego	Etats-Unis (Californie)	1990 - 1991	1 078	0 - 17	Enfants placés au moins 4 mois
CICS	Australie (New South Wales)	2000 - 2003	347	4 - 11	Placement familial judiciaire (86 % en famille d'accueil, 14 % chez des proches)

NSCAW : National Survey of Child and Adolescent Well-being ; CICS : Children In Care Study

Tableau 8 Cohortes étrangères créées pour l'étude de la santé des enfants placés

3.2.3.2. Outils d'évaluation

La plupart des travaux chez les enfants placés n'utilisent pas les mêmes échelles ou modalités d'entretien, ce qui rend la comparaison des résultats difficiles. Cependant, on retrouve certaines échelles plus fréquemment.⁸⁴

- *Les tests de dépistage rapide :*

- *Child Behavior Checklist (CBCL) :* hétéro-questionnaire de 138 items permettant d'évaluer les troubles internalisés et externalisés sur les 6 derniers mois, d'après la classification DSM pour les enfants de 4 à 16 ans. Un score total supérieur à 60 est considéré comme positif.
- *Youth Self Report (YSR) :* auto-questionnaire de 112 items pour les enfants entre 11 et 17 ans, qui se base sur les critères du CBCL.
- *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) :* hétéro-questionnaire rempli par les parents ou les enseignants pour les enfants de 4 à 17 ans, il existe également en auto-questionnaire pour les enfants de 11 à 17 ans. Il permet le dépistage des troubles émotionnels, comportementaux, l'hyperactivité, les troubles relationnels avec les pairs, et les difficultés sociales. Il comporte 25 items, 5 par sous-échelle, cotés chacun entre 0 et 2. Un score total supérieur à 17 est considéré comme positif.
- *Children's Global Assessment Scale (CGAS) :* hétéro-questionnaire composée de 10 sous-échelles rempli par le médecin, d'évaluation des troubles mentaux et de l'adaptation sociale, basé sur les critères du DSM-IV-TR (4ème version révisée). Un score inférieur à 50 sur 100 indique la nécessité de soins.

- *Les Entretiens semi-structurés*
 - *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)* : peu utilisée car elle nécessite un examinateur entraîné
- *Les Entretiens structurés*
 - *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)* : entretien d'environ 1 heure basé sur les diagnostics du DSM-III-R (3^{ème} version révisée) pour les enfants de 6 à 17 ans. 2 à 3 jours suffisent pour former quelqu'un à la passation.
 - *Development and Well-Being Assessment (DAWBA)*, (<http://www.dawba.info/>) : auto et hétéro-questionnaire pour les enseignants et les parents de dépistage des troubles mentaux basé sur les classifications du DSM-IV-TR et de la Classification Internationale des Maladies version 10 (CIM-10).

Dans la littérature anglo-saxonne le terme de *caregiver* revient fréquemment. Il est utilisé pour qualifier la ou les personnes qui s'occupent de l'enfant au quotidien, c'est à dire le plus souvent l'assistant familial ou un éducateur référent.

3.2.4. Limites

3.2.4.1. Politiques nationales

Les politiques de protection de l'enfance sont différentes d'un pays à l'autre. Ainsi, les populations d'enfants incluses dans les études ne peuvent pas être comparées entre elles, car le mode de placement ainsi que ses modalités, les motifs du placement, les suivis sociaux, entre autres, seront différents.

3.2.4.2. Échantillons et recueil des données

La principale problématique de notre exercice, a été la comparaison des résultats entre eux, même entre les études réalisées dans le même pays. La méthodologie de chaque étude est différente : âge des enfants, type de placement, mode de recueil des données (hétéro-questionnaire, auto-questionnaire, entretien), pathologies étudiées et classification utilisée, moment de l'étude (au moment du placement versus au cours du placement).

La comparaison étant difficile, notre exercice se limitera à souligner l'importance des incidences ou prévalences de troubles mentaux retrouvées, et à les confronter à la fréquence et aux types de prises en charges proposées pour soigner ces pathologies, en s'appuyant sur les études françaises, complétées par des résultats obtenus à l'étranger.

3.3. Épidémiologie

3.3.1. Souffrance psychique

Plusieurs études n'ont pas étudié spécifiquement chaque trouble mental, mais plutôt la souffrance psychique dans sa globalité. Par ailleurs de nombreuses études étrangères se sont basées sur des tests de dépistage, qui lorsqu'il est positif, indique une forte probabilité de trouble psychiatrique.

3.3.1.1. Études françaises

Les résultats des études françaises sur la santé mentale des enfants placés sont résumés dans le Tableau 9.

Publication	Département	Nombre d'enfants	Âge (années)	Type de placement	Tests utilisés	Résultats
Rousseau et al 2006 ¹⁰⁹	Maine-et-Loire	92	0 – 12	85 % institution 15 % famille d'accueil	Hétéro-questionnaire	34 % en souffrance psychique sévère au moment du placement
Charrel et al 2009 ⁴⁴	Maine-et-Loire	310	6 – 18	Institution et famille d'accueil	Auto et hétéro-questionnaire	27 % de troubles mentaux
Bourdais et al 2003 ³⁸	Paris	100	11 – 12	Institution et famille d'accueil	Échelle de 0 (minimum) à 10 (maximum) de l'état psychologique évalué par un professionnel	23 % ont un score < 6
Bacro et al 2013 ²³	Loire-Atlantique	525		Institution	Dossiers médicaux + hétéro-questionnaires	53 % dans un état psychique alarmant
Bronsard et al 2011 ³⁹	Bouches-du-Rhône	183	13 – 17	Institution	DISC 2.25 (DSM III-R)	49 % de troubles mentaux sur les 6 derniers mois (filles 65 % / garçons 37 %)
Tanguy et al 2015 ¹¹⁸	Maine-et-Loire	128	0 – 4	Institution (pouponnière)	Dossiers médicaux de la pouponnière	91 % de troubles mentaux au moment du placement 71 % de troubles mentaux 4 ans plus tard

DISC 2.25 : Diagnostic Interview Schedule for Children ; DSM III-R : Diagnostic and Statistical Manual 3ème version révisée

Tableau 9 Études épidémiologiques françaises sur la santé des enfants placés

Malgré les différences méthodologiques, toutes les études concluent à une forte prévalence de la souffrance psychique. En effet, quel que soit l'âge des enfants inclus, elle

concerne entre 23 et 71 % des enfants placés.

Par ailleurs, une étude cas-témoins a été réalisée en 2008 à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris (75).⁷⁶ Elle portait sur les facteurs de risques psychosociaux de 32 enfants placés, hospitalisés dans une unité de pédopsychiatrie, quel que soit le motif. Le groupe témoin était constitué d'enfants hospitalisés dans la même unité, de même classe d'âge mais vivant dans leur famille biologique. Les comparaisons de prévalence de pathologies psychiatriques retrouvaient, chez les enfants placés, plus de troubles du développement, plus de troubles externalisés, plus de traits évocateurs de personnalité limite, mais moins de trouble de l'humeur et d'épisodes dépressifs que les témoins. Ces résultats sont cependant difficilement interprétables en raison du lieu de recrutement des enfants.

3.3.1.2. *Études étrangères*

L'analyse de la littérature étrangère permet d'appuyer le constat des études françaises, sur la forte prévalence de la souffrance psychique chez les enfants placés.

Publication	Lieu de l'étude	Nombre d'enfants	Âge (années)	Type de placement	Tests utilisés	Résultats
Blower et al 2004 ³⁴	Écosse	48	7 – 17	65 % institution 35 % famille d'accueil	CBCL YSR	56 % de tests positifs
Leslie et al 2000 ⁸⁰	San Diego (États-Unis)	480	2 – 16	Placement en famille d'accueil avant 1 an	CBCL	45 % de tests positifs
Linares et al 2013 ⁸¹	New York (États-Unis)	252	3 – 14	Famille d'accueil	ECBI-PR SESBI-PR	35 % de tests positifs 30 % de tests positifs
Schmid et al 2008 ¹¹³	Allemagne	557	4 – 19	Institution	CBCL YSR	81 % de tests positifs
Whitted et al 2013 ¹²⁹	Etats-Unis (10 états)	670	0 – 12	Test réalisé lors de la décision de placement, avant le choix du lieu	SDQ	81 % de tests positifs
White et al 2007 ¹²⁸	Etats-Unis (5 états)	188	14 - 17	Famille d'accueil	CIDI	36 % ont au moins 1 diagnostic du DSM

CBCL : Child Behavior Checklist ; YSR : Youth Self Report ; DSM : Diagnostic and Statistical Manual ; CANS : Child and Adolescent Needs and Strengths ; ECBI-PR : Eyberg Child Behavior Inventory - Parent Report ; SESBI-PR : Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Parent Report ; SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire ; CIDI : Composite International Diagnostic Interview

Tableau 10 Études descriptives étrangères des troubles mentaux chez les enfants placés

Les études descriptives du Tableau 10 montrent que quel que soit le test de dépistage utilisé, le pourcentage de tests positifs est très important. Quelle que soit l'étude, on retrouve au moins 30 % de tests positifs chez les enfants placés, c'est à dire qu'au moins un tiers de ces enfants ont probablement une pathologie psychiatrique.

Le Tableau 11 recense les études comparatives, qui comparent la positivité aux tests de dépistage, chez les enfants placés versus chez les témoins pris parmi des enfants de même classe d'âge en population générale. On observe des pourcentages de tests positifs plus élevés chez les enfants placés que chez les témoins, les différences étant significatives. L'étude de Ford et al en 2007 a pu calculé un Odds Ratio (OR), qui reflète l'augmentation du risque d'avoir un test positif du au placement.⁶¹ Un OR à 4,9 signifie que les enfants placés ont presque 5 fois plus de risque d'avoir un trouble mental que les enfants du groupe témoin. Ces résultats confirment la plus forte prévalence du trouble mental chez les enfants placés.

Publication	Lieu de l'étude	Nombre d'enfants	Âge (années)	Type de placement	Tests utilisés	Résultats enfants placés vs témoins
Meltzer et al 2003 ⁹⁰	Angleterre	1 039	5 - 17	18 % institution 82 % famille d'accueil	SDQ DAWBA	5 - 10 ans : 42 % vs 8 % 11 - 15 ans : 49 % vs 11 %
McCann 1996 ⁸⁷	Oxfordshire (Angleterre)	134	13 - 17	28 % institution 72 % famille d'accueil	CBCL YSR K-SADS	67 % vs 15 % de tests positifs
Ford et al 2007 ⁶¹	Angleterre Pays de Galles Écosse	1 543	5 - 17	Tous types	DAWBA SDQ	OR = 4,9 d'avoir au moins 1 trouble mental IC 95 %=[4,1 ; 5,9]
White et al 2007 ¹²⁸	Etats-Unis (5 états)	188	14 - 17	Famille d'accueil	CIDI	63 % vs 45 % de prévalence vie entière du trouble mental
Tarren-Sweeney 2013 ¹¹⁹	Australie (New South Wales)	347	4 - 11	Famille d'accueil ou chez des proches	CBCL	55 % de tests positifs + 0,3 à +1,9 DS par rapport à la population générale ($p < 0,001$)

OR : Odds Ratio ; CBCL : Child Behavior Checklist ; YSR : Youth Self Report ; K-SADS : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia ; DAWBA : Development and Well-Being Assessment ; SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire ; CIDI : Composite International Diagnostic Interview ; DS : Déviation Standard

Tableau 11 Études comparatives étrangères des troubles mentaux chez les enfants placés

3.3.2. Troubles du développement

Un enfant présente un retard de développement lorsque, dans un ou plusieurs domaines, il se développe plus lentement que les enfants de son âge, et que donc, certaines compétences attendues à son âge ne sont pas acquises. Les domaines concernés sont la motricité fine, la motricité globale, le langage, les cognitions et la socialisation. L'enfant peut présenter un retard dans un, ou plusieurs domaines, on parle alors de retard global de développement.

3.3.2.1. Retard de développement

Jusqu'à 3 ans, le retard est évalué par le calcul du Quotient de Développement (QD), rapport entre l'âge de développement, d'après les compétences de l'enfant au moment du test, et l'âge réel, multiplié par 100. Les compétences évaluées sont la posture, la coordination, le langage et la sociabilité. Un QD normal est de 100, et plus il est bas, plus le retard est important. En France, le calcul du QD se fait le plus souvent à partir du Test de Brunet-Lézine. On obtient des QD partiels, par domaine, et un QD global.

Dans une étude réalisée à St-Etienne (42), on retrouvait chez les nourrissons placés en pouponnière un QD global moyen identique à celui des enfants gardés en crèche. Cependant, le développement était plus hétérogène, avec des QD postural plus élevés.⁴² En 2004, 13 % des enfants placés dans le Maine-et-Loire présentaient un retard de développement global.¹⁰⁹

À noter qu'un retard de développement est un prédicteur fort de présenter un trouble psychiatrique diagnostiqué avant l'âge de 6 ans.⁷²

3.3.2.2. Retard mental

À partir de 3 ans, on peut mesurer l'intelligence d'un enfant, en calculant son Quotient Intellectuel (QI). En France, il est calculé à partir des Echelles de Wechsler : le *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence Révisé* (WPPSI-R) pour les enfants de 3 à 6 ans, et le *Wechsler Intelligence Scale for Children* version IV ou V (WISC-IV ou V) pour les enfants de 6 à 16 ans. Un QI normal se situe entre 90 et 110. On parle de retard mental avéré lorsque le score obtenu est inférieur à 70.

Dans le Maine-et-Loire, une étude de 2009 comptait 16 % d'enfants placés ayant un retard mental.⁴⁴ À l'étranger, les résultats montrent également une forte prévalence du retard mental chez ces enfants. En Angleterre, une étude comparative retrouvait 11 % d'enfants placés ayant un retard mental, versus 1,4 % dans le groupe témoin.⁶¹ Une autre étude réalisée sur 48 enfants placés retrouvait 4 % d'enfant avec un retard mental.³⁴ Aux États-Unis, 58 % des enfants de la cohorte NSCAW II, placés en famille d'accueil, présentaient un retard mental.⁴¹ Ces différences de QI ne sont pas dues à des différences de terme, de périmètre crânien ou de poids de

naissance.⁶² Dans la cohorte australienne d'enfants entre 4 et 11 ans placés en famille d'accueil, *Children In Care Study* (CICS), il y avait 22,5 % des enfants atteints de retard mental.¹²⁰

Les chiffres de prévalence du retard mental sont très variables selon les études, mais il semble tout de même qu'ils soient plus élevés chez les enfants placés qu'en population générale. Les complications néonatales, ainsi que les carences de stimulation pourraient peut-être en partie expliquer ces différences.

3.3.2.3. Troubles spécifiques du développement

Les enfants au niveau intellectuel normal peuvent présenter des troubles spécifiques du développement, qui intéressent une fonction cognitive en épargnant les autres domaines du développement. On parle aussi de trouble spécifique des apprentissages. Ils sont différenciés selon la fonction cérébrale altérée : langage oral (dysphasie), lecture (dyslexie), orthographe (dysorthographe), aptitudes arithmétiques (dyscalculie), motricité (dyspraxie), attention.

Le trouble spécifique du langage oral concernait 22 % des enfants placés dans le Maine-et-Loire en 2004.¹⁰⁹ Une étude sur 104 enfants placés hospitalisés à Paris retrouvait plus de difficultés sur le langage élaboré et plus de difficultés à accéder au langage métaphorique chez les enfants placés en comparaison à un groupe témoin d'enfants également hospitalisés. À l'écrit, ils ne souffraient pas plus de dysorthographe, mais présentaient plus de difficultés en orthographe syntaxique.⁶⁴ Aux États-Unis, 15 % des enfants de la cohorte NSCAW II présentaient un retard de langage,⁴¹ et dans la cohorte australienne CICS, 36 % des enfants entre 4 et 11 ans présentaient des difficultés de lecture.¹²⁰

Les troubles spécifiques des apprentissages ont dans l'ensemble été peu étudiés chez les enfants placés, mais il semble tout de même que la fréquence de ces troubles ne soit pas négligeable.

3.3.3. Symptômes post-traumatiques

Les violences subies, qu'elles soient physiques ou psychologiques, ainsi que les négligences lourdes, peuvent être considérées comme des traumatismes, et sont susceptibles d'entraîner par la suite l'émergence de symptômes post-traumatiques.

3.3.3.1. Traumatismes et psychiatrie

Tous les enfants exposés au même traumatisme ne présenteront pas de symptômes psychiatriques, environ 1 sur 4 s'adaptera au traumatisme, et ne présentera aucune difficulté par la suite, c'est le phénomène de « résilience ».⁶⁷ Les autres développeront des symptômes en lien avec le traumatisme. Il existe deux types de psychotraumatisme. Le type I, retrouvé principalement après des épisodes uniques, se manifeste par un Épisode de Stress Post-

Traumatique (ESPT), avec des particularités selon le traumatisme. Le psychotraumatisme de type II est la conséquence de traumatismes répétés et ayant duré dans le temps, et la symptomatologie peut prendre des formes très variées.

Les symptômes de psychotraumatisme sont multiples, mais varient principalement suivant l'âge de l'enfant.¹⁰⁰ Avant 6 ans, on observe surtout des pleurs, l'apparition d'une peur d'être séparé des parents, et une régression des acquisitions, comme la réapparition de la peur du noir, la succion du pouce, une énurésie nocturne. La réaction de l'enfant est fortement influencée par la réaction du parent. Entre 6 et 12 ans, on observe plutôt un retrait social, une agitation, une agressivité, une irritabilité, des difficultés d'attention, des troubles du sommeil, des cauchemars, des peurs irrationnelles, des maux de ventre, une baisse des résultats scolaires voire un refus scolaire, une hyperanxiété, et des symptômes dépressifs. À l'adolescence, les symptômes les plus fréquents sont les cauchemars, l'insensibilité émotionnelle, l'évitement conscient, la dépression, l'abus de substances, les comportements antisociaux, le retrait social, les plaintes somatiques, les idées suicidaires, la baisse des résultats scolaires, et les troubles du sommeil.

D'après une étude canadienne de 2009, qui a utilisé le *Trauma Symptôme Check-list for Children* (TSCC), un questionnaire validé basé sur la même classification que le CTQ, quasiment tous les types de maltraitements peuvent donner tous les syndromes psychiatriques étudiés dans cette étude : anxiété, dépression, irritabilité, dissociation, stress post-traumatique.⁴⁷ Les seules exceptions concernaient l'absence de lien retrouvé entre dépression et abus sexuel, et entre anxiété et violences physiques.

Le concept de *Complex Trauma* est utilisé par les équipes qui étudient le stress post-traumatique. Il est défini par la présence dans les antécédents d'au moins deux types de maltraitements parmi la négligence, l'abus physique, l'abus émotionnel, l'abus sexuel et les violences domestiques.⁶⁵ Les enfants placés ayant subi un *Complex Trauma* ont plus de risque de souffrir d'un trouble internalisé avec un OR à 1,6 ($IC_{95\%}=[1,2 ; 2,2]$), ou d'un épisode de stress post-traumatique avec un OR à 1,5 ($IC_{95\%}=[1,0 ; 2,3]$), que les enfants victimes d'un seul type de traumatisme.

3.3.3.2. Symptomatologie des enfants placés

Les symptômes post-traumatiques chez l'enfant peuvent être multiples, et il est parfois difficile de faire la part des choses entre ce qui est de l'ordre du post-traumatique, et l'émergence d'une pathologie psychiatrique, d'autant plus lorsque les faits de maltraitance n'ont pas été révélés en totalité.⁶⁷ L'ESPT est relativement fréquent chez les enfants placés, avec des chiffres entre 5 et 10 % et une prévalence vie entière au-dessus de 13 %, ^{34, 81, 128} mais surtout un risque entre 2 et 11 fois plus élevé qu'en population générale.^{61, 103} Ce trouble est 5

fois plus fréquent chez les filles que chez les garçons. Le diagnostic d'ESPT nécessite la présence de nombreux critères, et même lorsque les symptômes présentés par l'enfant ne permettent pas de poser le diagnostic, il est nécessaire d'envisager l'origine post-traumatique de certains symptômes, étant donné la fréquence des antécédents de maltraitance dans cette population.

3.3.4. Troubles internalisés

Les troubles dépressifs et anxieux de l'enfant ne sont souvent pas différenciés dans les études, et rassemblés sous le terme de troubles internalisés. Certaines études parlent de troubles de l'humeur, ou troubles émotionnels, mais il est difficile d'établir si le trouble bipolaire, bien que peu fréquent chez l'enfant, est inclus dans cette catégorie. Il n'a été retrouvé qu'une seule étude sur le trouble bipolaire, dans laquelle 9,3 % des adolescents placés avaient un antécédent d'épisode maniaque versus 1,7 % dans le groupe témoin.¹²⁸

3.3.4.1. Études descriptives

Publication	Âge (années)	Lieu	Type de placement	Trouble internalisé	Trouble anxieux	Épisode dépressif
Bronsard et al 2011 ³⁹	13 - 17	Bouches-du-Rhône (France)	Institution	33 % - filles 58 % - garçons 13 %	28 % - filles 49 % - garçons 13 %	15 % - filles 27 % - garçons 6 %
Tanguy et al 2011 ¹¹⁸	0 - 4	Maine-et-Loire (France)	Au moment du placement	34 %	19 %	9 %
Dimigen et al 1999 ⁵⁴	5 - 12	Écosse	6 semaines après le placement		16 %	36 %
Schmid et al 2008 ¹¹³	4 - 19	Allemagne	Institution		4 %	10 %
Griffin et al 2011 ⁶⁷	0 - 17	Illinois (Etats-Unis)	Institution Famille d'accueil		12 %	17 %

DISC 2.25 ; ; K-SADS-PL : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version

Tableau 12 Études descriptives de prévalence des troubles internalisés

En France, peu d'équipes ont étudié spécifiquement chaque trouble mental, la plupart relevant uniquement l'état psychique de l'enfant dans sa globalité. Sur les 2 études rapportées dans le Tableau 12, l'une concerne les enfants de moins de 4 ans au moment du placement et l'autre des adolescents au cours du placement, il n'est donc pas envisageable de comparer les résultats, mais nous pouvons tout de même souligner que dans ces 2 études, un tiers des enfants souffraient d'un trouble internalisé.^{39, 118}

Dans la littérature étrangère, on retrouve des prévalences pour le trouble anxieux entre 4 et 28 % selon les études.^{61, 87, 90, 113}

Pour la dépression, la prévalence varie selon les études entre 3,4 et 23 %.^{61, 81, 87, 113, 128} La comorbidité anxiété-dépression est importante, avec un OR à 55,1 ($IC95\%=[27,5 ; 122,4]$), c'est à dire que si un enfant placé a un trouble anxieux, il a 55 fois plus de risques d'avoir une dépression, et respectivement.⁹⁰

En comparant les filles et les garçons, on observe une inversion des proportions avec l'âge : chez les jeunes enfants (5-10 ans), les garçons ont une prévalence plus élevée de troubles internalisés, alors que pour les 11-15 ans, c'est les filles.⁹⁰

3.3.4.2. Études comparatives

Les études comparatives permettent le calcul de l'OR, qui représente l'augmentation du risque de développer un trouble chez les enfants placés par rapport aux enfants en population générale. Le Tableau 13 reprend les études épidémiologiques ayant comparé les enfants placés à un groupe témoin d'enfants non placés. On retrouve chez les enfants placés un risque entre deux et quatre fois plus élevé de souffrir d'un trouble anxieux, et entre 2 et 3 fois plus élevé de souffrir de dépression. Pour les troubles anxieux, la prévalence est significativement plus élevée chez les enfants placés, que ce soit pour le trouble panique, le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC), le Trouble Anxieux Généralisé (TAG) ou la phobie sociale.^{103, 128}

Auteur	Âge	Lieu	Trouble anxieux	Épisode dépressif
Pilowsky et al 2006 ¹⁰³	12 - 17	États-Unis	OR = 3,4 $IC95\%=[2,2 ; 5,1]$ de présenter au moins 8 symptômes d'anxiété	OR = 2,8 $IC95\%=[1,9 ; 3,9]$ de présenter au moins 6 symptômes de dépression
Ford et al 2007 ⁶¹	5 - 17	Angleterre Pays de Galles Écosse	11 % OR = 2,1 $IC95\%=[1,6 ; 2,8]$	3 % OR = 2,28 $IC95\%=[1,3 ; 3,9]$
McCann et al 1996 ⁸⁷	13 - 17	Oxfordshire (Angleterre)	26 % vs 4 %	35 % vs 7 %
Anderson et al 2011 ⁴	7 - 17	États-Unis		OR = 1,9 $IC95\%=[1,2 ; 3,1]$
Meltzer et al 2003 ⁹⁰	5 - 17	Angleterre	12 % 5-10 ans : 11 % vs 3 % 11-15 ans : 12 % vs 6 %	
White et al 2007 ¹²⁸	14 - 17	Etats-Unis (5 états)		11 % dans l'année - filles 16 % - garçons 6 % 19 % vs 12 % vie entière - filles 27 % - garçons 11 %

Tableau 13 Études comparatives de prévalences des troubles internalisés

3.3.5. Troubles externalisés

Les troubles externalisés regroupent le Trouble des Conduites (TC), le Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP) et, plus ou moins selon les auteurs, le Trouble Déficit

de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH), parfois aussi classé dans les troubles du développement. Loin d'être plus faciles à diagnostiquer, ils sont cependant souvent plus rapidement repérés, en raison de leur retentissement sur le comportement et donc la vie sociale. Ils sont en effet plus gênants pour l'entourage que les troubles internalisés et amènent donc plus rapidement à consulter. Ils sont très fréquents chez les enfants placés.⁷⁶

3.3.5.1. Études françaises

Une étude réalisée dans les Bouches-du-Rhône en 2006 chez des adolescents en institution retrouvait une prévalence de 19 % sur les 6 derniers mois.³⁹

La plupart des travaux français n'étudient pas spécifiquement les différents troubles externalisés. Dans le Maine-et-Loire en 2009, une étude retrouvait 54 % d'enfants placés avec des troubles du comportement, que les auteurs décomposaient en 31 % d'instabilité, 35 % d'agressivité et 11 % de repli ou mutisme.⁴⁴ Comme dans la plupart des études françaises, les critères utilisés étaient définis pour l'étude, mais ne correspondent pas à la définition des troubles du comportement utilisée dans les classifications. Dans l'étude parisienne de Bourdais et al en 2003, 74 % des enfants placés étaient fréquemment ou régulièrement violents verbalement, et 30 % physiquement.³⁸ Il est important de bien différencier les filles et les garçons, car les prévalences sont souvent très différentes selon le sexe. Dans cette même étude, les violences verbales concernaient 44 % des garçons et 29 % des filles, et les violences physiques, dont les vols, le racket et les dégradations, concernaient 42 % des garçons et 17 % des filles.³⁸ Il est difficile de trouver des chiffres en population générale sur les mêmes critères, mais il est probable qu'ils seraient inférieurs.

3.3.5.2. Études étrangères

Les pays anglo-saxons sont particulièrement en avance dans le dépistage et le traitement des troubles externalisés. La littérature étrangère permet d'avoir une idée de la prévalence de ces troubles dans la population d'enfants placés. Bien que très variables selon les études, l'âge des enfants inclus et le type de placement, les résultats (Tableau 14) montrent que les troubles externalisés seraient particulièrement fréquents chez les enfants placés.⁷³ Les chiffres sont extrêmement variables en fonction des études, probablement en raison des différences de méthodologie, de type de placement, de tests utilisés, ou de personnes interrogées. À noter que le genre devrait être pris en compte, car les troubles externalisés sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles. Les troubles du comportement sont deux fois plus fréquents et l'hyperactivité quatre fois plus fréquente.⁹⁰

Publication	Âge	Lieu	TC	TOP	TDAH
Dimigen et al 1999 ⁸⁴	5 - 12	Écosse 6 semaines après le placement	filles 33 % garçons 38 %		30 %
Blower et al 2004 ⁸⁴	7 - 17	Écosse	26 %	13 %	11 %
Schmid et al 2008 ¹¹³	4 - 19	Allemagne	26 %	22 %	
Whitted et al 2013 ¹²⁹	14 - 17	Etats-Unis (10 états)	84 %		74 %
Griffin et al 2011 ⁶⁷	0 - 17	Illinois (États-Unis)	6 %	10 %	13 %
Linares et al 2013 ⁸¹	3 - 14	New York (États-Unis)	25 %	40 %	55 %

TC : Trouble des Conduites ; TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation ; TDAH : Trouble Déficit Attentionnel avec Hyperactivité

Tableau 14 Études étrangères descriptives de prévalence des troubles externalisés

Même si les chiffres sont très variables suivant les études, les études comparatives (Tableau 15) permettent de mettre en évidence que quels que soient ces chiffres, les enfants placés ont beaucoup plus de risques de souffrir de troubles externalisés que les enfants de même classe d'âge en population générale.

Publication	Âge	Lieu	TC	TOP	TDAH
McCann et al 1996 ⁸⁷	13 - 17	Oxfordshire	28 % vs 0 %	7 % vs 3 %	14 % vs 3 %
Meltzer et al 2003 ⁹⁰	5 - 17	Angleterre	37 %		7 %
			5 - 10 ans : 36 % vs 5 %		5 - 10 ans : 11 % vs 2 %
			11 - 15 ans : 40 % vs 6 %		11 - 15 ans : 7 % vs 1 %
Ford et al 2007 ⁶¹	5 - 17	Angleterre Pays de Galles Écosse	27 % OR = 9,3 IC95%=[7,3 ; 12,0]	11 % OR = 3,6 IC95%=[2,5 ; 4,7]	9 % OR = 3,9 IC95%=[2,8 ; 5,4]

OR : Odds Ratio ; TC : Trouble des Conduites ; TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation ; TDAH : Trouble Déficit Attentionnel avec Hyperactivité

Tableau 15 Études étrangères comparatives de prévalence des troubles externalisés

Les troubles externalisés, TC, TOP et TDAH sont très comorbides entre eux. Dans une étude new yorkaise sur des enfants placés en famille d'accueil, parmi ceux atteints de TDAH, 35 % souffraient également d'un TOP ou d'un TC.⁸¹

3.3.6. Troubles psychotiques

Les troubles psychotiques ont été peu étudiés chez les enfants placés. En France, une étude sur des adolescents placés en institution dans les Bouches-du-Rhône retrouvait une prévalence de 19 %.³⁹ Dans l'étude sur des enfants placés en pouponnière dans le Maine-et-Loire et suivis pendant 14 ans, ils retrouvaient 3,9 % d'enfants souffrant de troubles psychotiques à l'entrée en pouponnière, et 7,8 % 14 ans plus tard.¹¹⁸

À l'étranger, une seule étude comparative a été trouvée, elle montrait une prévalence du trouble psychotique de 8 % chez des adolescents placés en Angleterre, et aucun chez les témoins.⁸⁷

3.3.7. Addictions

En France, les addictions ont été peu étudiées chez les enfants placés. On retrouve dans une étude réalisée à Paris la notion d'abus de substance, mais pas de dépendance. À 11-12 ans, 8 % des enfants placés consommaient du tabac, 11 % du cannabis, et 12 % faisaient un mésusage de médicaments.³⁸

Dans la littérature étrangère, la prévalence de l'abus de substance varie entre 4 et 26 % chez l'adolescent.^{34,67,113} L'abus d'alcool concernerait plus de 15 % des enfants placés, avec un risque presque 2 fois plus élevé qu'en population générale.¹⁰³ La différence avec les adolescents qui vivent chez leurs parents est plus marquante sur les autres critères :

- 4 fois plus de risque de dépendance à l'alcool,
- 2 fois plus de risque d'abus de substance illicites,
- 5 fois plus de risque de dépendance aux substances illicites.

Les résultats de la cohorte américaine NSCAW montrent que sur l'échelle du *Drug-Free Schools and Communities Act* (DFSCA), l'augmentation d'un point du sous-score *Comportement délinquant* était lié à l'augmentation de 6 % de la consommation de tabac ou d'alcool ($p < 0,01$), et de 10 % de la consommation d'autres drogues ($p < 0,001$).¹²⁴

3.3.8. Suicide

Les idées suicidaires, les tentatives de suicide (TS), et le suicide, sont les témoins d'une souffrance psychique intense. Plusieurs études ont étudié leur prévalence spécifiquement.

3.3.8.1. Idées suicidaires

Avoir des idées suicidaires est le fait de penser à se donner la mort. Le principal biais de ce symptôme est sa sous-révélation, car ne sont comptabilisées dans les études que les idées suicidaires confessées, soit au médecin qui fait l'entretien, soit à la personne qui remplit un hétéro-questionnaire. Dans le Maine-et-Loire en 2009, 28 % des enfants placés interrogés par auto-questionnaire, déclaraient avoir déjà eu des idées suicidaires, 11 % souvent et 17 % quelque fois. Cependant, seuls 20 % en avaient déjà parlé à un médecin. Ce symptôme était plus fréquent chez les filles que chez les garçons.⁴⁴

Aux Etats-Unis, dans une étude de cohorte d'adolescents placés, 27 % avaient eu des idées suicidaires dans l'année, correspondant à un risque 3 fois plus élevé qu'en population

générale.¹⁰³ Dans la cohorte américaine NSCAW, le risque d'avoir des idées suicidaires était 7 fois plus important chez les enfants en institution que chez ceux qui étaient suivis par la protection de l'enfance mais non placés. L'augmentation de la fréquence des idées suicidaires pourrait s'expliquer par l'augmentation des symptômes dépressifs.⁴ Devant ces chiffres élevés, l'étude de la cohorte NSCAW II, créée dans la suite de la cohorte NSCAW, a tenté de préciser les facteurs de risques ou de protection. Les résultats montraient que le fait d'avoir des liens forts avec le *caregiver* diminuait le risque d'avoir des idées suicidaires de 44 % (OR à 0,6 IC95%=[0,4 ; 0,8]), par contre, la présence de relations amicales avec des pairs délinquants augmentait ce risque de 34 % (OR 1,3 IC95%=[1,03 ; 1,73]).⁷¹

3.3.8.2. Tentatives de suicide

En France, plusieurs études ont exploré les antécédents de TS. Dans les Bouches-du-Rhône en 2005, 30 % des adolescents de 13 à 17 ans accueillis en institution avaient déjà fait une TS,³⁹ et dans le Maine-et-Loire en 2009, 14 % des enfants placés entre 6 et 18 ans avaient déjà fait au moins une TS, 8 % en avaient fait plusieurs.⁴⁴ Seul 1 sur 2 avait été hospitalisé au décours.

Aux États-Unis, dans une étude sur des adolescents de 12 à 17 ans, 15 % avaient fait une tentative de suicide, correspondant à un risque 4 fois plus élevé qu'en population générale.¹⁰³

Dans une cohorte canadienne sur 8 279 enfants placés et 353 050 témoins entre 5 et 17 ans, le risque relatif (RR) de tentative de suicide pour les enfants placés était de 2,11 (IC95%=[1,84 ; 2,43]).⁷⁵ Ce risque diminuait cependant avec le placement, avec un RR à 0,27 (IC95%=[0,21 ; 0,34]) avant/après le placement. Dans une autre étude canadienne sur 179 enfants placés avec le statut de Pupille de la Couronne, c'est à dire qu'aucun retour n'est envisagé dans la famille, le RR de consultation aux urgences pour un passage à l'acte auto-agressif était de 5,1 pour les garçons (IC95%=[3,0 ; 6,7]) et 5,4 pour les filles (IC95%=[4,4 ; 6,5]), en comparaison avec le groupe témoin et après ajustement sur l'âge, la présence d'un suivi et le lieu d'habitation.¹⁰⁷

3.3.8.3. Suicide

Dans la cohorte canadienne d'enfants de 5 à 17 ans, le RR de suicide était de 3,54 (IC95%=[2,11 ; 5,95]) pour les enfants placés en comparaison à la population générale.⁷⁵ Ce risque n'augmentait pas avec la durée ou le nombre de placements, et n'était pas lié à la présence d'une pathologie mentale chez les parents.⁷⁵

3.3.9. Evolution des troubles avec le placement

La plupart des études, même de cohorte, sont descriptives et transversales, et l'évolution de la santé mentale des enfants placés est peu étudiée, mais nous disposons tout de même de quelques informations. Une étude a évalué l'impact de la prise en charge en pouponnière chez 32 enfants présentant des signes de souffrances psychiques au moment du placement : troubles de l'alimentation, du sommeil, des interactions, de la communication, de l'humeur, de l'organisation sensori-tonique, ou retard de développement.⁸⁵ Les résultats montraient, après 4 mois de prise en charge, une adaptation corporelle plus harmonieuse, une amélioration des interactions visuelles et subjectives, et une meilleure acquisition des rythmes de vie.

Dans le Maine-et-Loire, en 2009, 60 % des enfants présentaient une évolution favorable de leur état psychique depuis le placement, ce chiffre était légèrement supérieur (72 %) pour les enfants en famille d'accueil en comparaison avec ceux accueillis en institution.⁴⁴

Une autre étude rétrospective a été réalisée dans le même département, chez des enfants de moins de 4 ans placés en pouponnière et suivis en moyenne pendant 13 ans.¹¹⁸ La prévalence globale du trouble psychiatrique était plus faible à l'adolescence (71 %) qu'à l'admission (91 %), mais en considérant les classes diagnostiques, on observait une diminution de la prévalence uniquement pour le trouble des conduites, de 23 % à 18 %. Il y avait une augmentation des troubles de l'humeur de 34 % à 44 %, et des troubles psychotiques de 4 à 8 %. Cependant, l'augmentation de ces chiffres peut s'expliquer par l'augmentation de la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles psychotiques avec l'âge.

Aux Etats-Unis, la cohorte NSCAW II a permis la comparaison des résultats des enfants au CBCL, à l'inclusion et à 18 mois de placement. Parmi les enfants qui avaient un placement stable, on notait une augmentation des troubles chez les moins de 6 ans, passant de 8 à 13 % ($p = 0,008$), mais une diminution des troubles chez les enfants de 6 à 10 ans, passant de 26 à 13 % ($p = 0,003$).⁴⁸

3.4. Santé mentale selon le lieu de placement

La vie en famille d'accueil et la vie en institution n'apportent pas le même encadrement et soutien à l'enfant, et nécessitent par ailleurs des compétences sociales différentes. Or, le type de placement n'est généralement pas choisi de façon aléatoire. En fonction de l'enfant, de son comportement, de son âge, de son projet de vie, la décision sera différente. Les profils des enfants étant différents, et la qualité du soutien dont ils peuvent bénéficier étant probablement également variable selon le type de lieu d'accueil, nous avons fait l'hypothèse que les troubles mentaux retrouvés chez ces enfants seraient différents.

3.4.1. Comparaison entre les différents types de placement

En Belgique, en 2010, dans une étude sur 292 enfants de 3 à 17 ans, les enfants en institution avaient des scores plus élevés que ceux en famille d'accueil au SDQ, au CBCL, ainsi qu'au *Teacher Report Form* (TRF), un questionnaire rempli par l'enseignant principal qui permet une évaluation de la performance académique, du fonctionnement adaptatif et des problèmes comportementaux et/ou émotionnels de l'enfant dans le cadre scolaire.⁷⁴ Aux États-Unis, dans la cohorte NSCAW II, les résultats (Tableau 16) étaient semblables.⁴¹

Test	Famille d'accueil	Institution
CBCL ou ASR positif	46 %	64 %
CBCL ou ASR positif pour le trouble internalisé	35 %	49 %
CBCL ou ASR positif pour le trouble externalisé	43 %	78 %

CBCL : Child Behavior Checklist ; ASR : Adult Self-Report

Tableau 16 Résultats au tests CBCL et ASR selon le type de placement dans la cohorte NSCAW II

Dans une étude anglaise, le risque d'avoir un trouble psychiatrique quel qu'il soit était plus de 3 fois supérieur chez les enfants en institution par rapport à ceux en famille d'accueil.⁹⁰ Dans la cohorte américaine NSCAW II, les troubles émotionnels ou du comportement concernaient 52 % des enfants en famille d'accueil versus 79 % de ceux en institution.

L'abus de substance était également plus fréquent en institution (13 % versus 8 %), même une fois les résultats ajustés sur l'âge des enfants.⁴¹

3.4.2. Essai contrôlé randomisé : le « *Bucarest Early Intervention Project* » (BEIP)

Le *Bucarest Early Intervention Project* (BEIP) est le seul essai contrôlé randomisé multicentrique en simple aveugle. Il a été réalisé en Roumanie pour étudier l'impact du type de placement sur la santé mentale des enfants. Il a débuté en 2001, à une période où le placement familial n'existait pas en Roumanie, et tous les enfants étaient alors placés en institution. L'inclusion de 136 enfants placés de moins de 31 mois a permis la constitution de 2 groupes de 68 enfants. Les enfants du premier groupe étaient placés dans des familles d'accueil nouvellement créées pour l'étude, formées et suivies par les investigateurs de l'étude, eux-mêmes formés par des spécialistes du développement aux États-Unis. Les enfants du second groupe restaient accueillis en institution. Le groupe témoin était constitué d'enfants jamais placés, appariés sur l'âge, le sexe et le lieu d'habitation. Les enfants ont été évalués à l'inclusion, puis à l'âge de 30, 42 et 54 mois. Les résultats de cette étude ont donné lieu à de multiples publications. La principale limite à souligner est due à l'analyse des données en intention de traiter. En effet, pendant le déroulement de l'étude, le gouvernement roumain a mis en place un système de placement familial, et 70 % des enfants du groupe en institution ont été

placés dans ces familles au cours de l'étude.

3.4.2.1. Troubles psychiatriques

La symptomatologie psychiatrique a été évaluée à l'aide du *Preschool Age Psychiatric Assessment* (PAPA), un hétéro-questionnaire basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV. Les troubles étudiés étaient : les troubles internalisés, les troubles externalisés et le TDAH.

Lors de l'analyse à 54 mois, 53 % des enfants placés avaient au moins un trouble psychiatrique.³⁷ La seule différence retrouvée dans l'analyse en intention de traiter entre les enfants en famille d'accueil et en institution était qu'il y avait moins de troubles internalisés chez les enfants en famille d'accueil.¹²³ Huit ans plus tard, soit chez des enfants âgés d'environ 13 ans, on retrouvait plus de troubles externalisés chez les garçons du groupe institution par rapport à ceux en famille d'accueil, mais aucune différence n'était observée chez les filles.⁷⁴

La qualité de l'attachement, évaluée par la *Strange Situation Procedure* à l'inclusion et à 42 mois, permettrait d'expliquer une partie des symptômes psychiatriques.⁸⁸ Ce test consiste en l'observation de l'enfant avec son *caregiver* afin d'évaluer l'attachement de l'enfant à son *caregiver*. Au moment de l'inclusion dans le protocole, soit chez des enfants en institution de moins de 31 mois, 19 % seulement avaient un attachement sécurisé, alors qu'ils étaient 74 % parmi les enfants témoins jamais placés.³⁷ À 42 mois, le taux d'attachements sécurisés était de 18 % chez les enfants du groupe institution, mais de 49 % chez ceux du groupe famille d'accueil. Il y avait, en l'espace d'un an, une nette amélioration de la qualité de l'attachement chez les enfants du groupe famille d'accueil (de 19 % à 49 %), mais aucune amélioration chez ceux du groupe institution (de 19 % à 18 %). Par ailleurs, à 54 mois, soit 4 ans ½, les enfants qui présentaient un attachement sécurisé à 42 mois, avaient moins de troubles internalisés, moins de symptômes anxieux et dépressifs. L'amélioration de la qualité de l'attachement, entre le placement et 42 mois, expliquerait 36 % de l'effet de la famille d'accueil par rapport à l'institution sur les symptômes. En effet, une fois les résultats ajustés sur l'attachement, il n'y avait plus de différence de prévalence de trouble mental entre famille d'accueil et institution.⁶²

Cette étude a par la suite permis la comparaison entre les familles d'accueil créées par le gouvernement roumain, et les familles d'accueil créées pour l'étude, qualifiées de « haute qualité » car formées par des spécialistes du développement de l'enfant, et suivies très régulièrement. Les résultats montraient moins de troubles internalisés et de TDAH chez les filles placées dans les familles d'accueil qualifiées de haute qualité que celles initialement restées en institution puis placées en famille d'accueil du gouvernement.¹²³ Il n'y avait pas de différence chez les garçons. Pour les troubles externalisés, il n'y avait pas de différence selon le type de famille d'accueil.

3.4.2.2. Développement cognitif

Le développement cognitif a été évalué dans cette étude à l'aide du *Bayley Scales of Infant Development*, 2^{ème} version (BSID-II) à 42 mois, et du WPPSI-R à 54 mois.⁹⁴ Les résultats (Tableau 17) montrent que le QD et le QI étaient plus faibles chez les enfants du groupe famille d'accueil que ceux du groupe institution.

	Institution	Famille d'accueil	Jamais placé
QD moyen à 42 mois	77,1	85,7	103,4
QI moyen à 54 mois	73,3	81,0	109,3

QD : Quotient de Développement ; QI : Quotient Intellectuel

Tableau 17 Développement cognitif à 42 et 54 mois dans l'étude BEIP

Après ajustement sur le sexe et le poids de naissance, on retrouvait, à 42 mois, une perte de 0,85 points de QD par mois supplémentaire passé en institution par rapport à un placement en famille d'accueil. De la même manière, à 54 mois, on retrouvait une perte de 0,59 points de QI par mois supplémentaire passé en institution par rapport à un placement en famille d'accueil. Ces résultats laissent envisager qu'un placement familial « de qualité » augmenterait significativement les chances des enfants d'avoir un développement global et une santé mentale satisfaisants.

L'évaluation du QI, à l'aide du WISC-IV à 8 ans (Tableau 18), retrouvait une différence entre les groupes institution et famille d'accueil, essentiellement due à une différence d'un des sous-score, l'Indice de Compréhension Verbale (ICV), plus élevé chez les enfants du groupe famille d'accueil.⁶² Les autres sous-scores étaient légèrement plus élevés chez les enfants du groupe famille d'accueil, mais de façon non significative. La différence entre les 2 groupes n'était pas aussi franche à 8 ans qu'à 54 mois. En effet, le QI des enfants du groupe institution avait plus augmenté en 8 ans (+ 4,8 points en moyenne), que celui des enfants du groupe famille d'accueil (+ 0,04 points en moyenne). Et parmi ces derniers, ceux qui avaient un attachement sécure avaient la meilleure progression de leur QI.⁶² Ces évolutions viennent probablement souligner les limites de l'analyse en intention de traiter. En effet, le fait que les résultats soient plus proches entre les 2 groupes à 8 ans qu'à 3 ans ½, pourraient s'expliquer par le fait qu'à 8 ans, plus de la moitié des enfants du groupe institution avaient en fait été placés dans des familles d'accueil créées par le gouvernement roumain. Les enfants placés dans des familles d'accueil de l'étude avaient des scores de QI supérieurs à ceux des enfants placés initialement en institution puis en famille d'accueil du gouvernement, la différence se faisait sur les indices de mémoire de travail et de vitesse de traitement.⁶² Les deux hypothèses qui permettraient d'expliquer ces différences sont : que la précocité du placement en famille d'accueil participerait à un meilleur développement intellectuel, et/ou que c'est la qualité de la formation et du suivi des familles créées pour l'étude.

	Institution	Famille d'accueil	Jamais placé
Indice de Compréhension Verbale	81,2	87,5	110,2
Indice de Raisonnement Perceptif	82,3	83,8	106,8
Indice de Mémoire de Travail	83,0	87,8	108,9
Indice de Vitesse de Traitement	78,4	81,2	91,8
QI moyen	76,2	81,5	107,0

Tableau 18 QI et sous-scores à 8 ans dans l'étude BEIP

3.4.2.3. Données électro-encéphalographiques

L'analyse électro-encéphalographique réalisée avant la randomisation, c'est à dire alors que les enfants étaient tous en institution, révélait une réduction des ondes alpha et une augmentation des ondes thêta en frontal, temporal et occipital, chez certains enfants.³⁷ Cette augmentation des basses-fréquences et diminution des hautes-fréquences reflète un retard de développement de la maturation corticale, que l'on retrouve dans certains troubles du développement, notamment dans le TDAH. L'étude de la symptomatologie psychiatrique à 54 mois a révélé que ces enfants, lorsqu'ils étaient dans le groupe institution, souffraient fréquemment de TDAH, ce qui n'était pas le cas de ceux du groupe famille d'accueil, ce qui pourrait expliquer la différence de prévalence du TDAH entre les deux groupes de l'étude. Ces résultats sont essentiels, car ils laissent envisager que chez des enfants avec un tracé d'électro-encéphalogramme (EEG) précoce révélant une vulnérabilité pour le TDAH, un placement en famille d'accueil pourrait participer à l'amélioration du retard développemental et réduire le risque d'apparition de la symptomatologie.

3.4.2.4. Réponse au stress

Dans les études chez le rat, la maltraitance est mimée en privant le nouveau-né de sa mère. On observe alors de la même façon que chez l'Homme une dysrégulation de la réponse au stress. Cependant, quand on apporte au rat un environnement de qualité malgré l'absence maternelle, il y a récupération quasi-totale de la réponse au stress.⁸⁹ Ce type d'étude ne paraît pas éthiquement envisageable chez l'Homme, mais laisse penser qu'un placement de qualité précoce pourrait limiter les conséquences néfastes des stress précoces sur la santé mentale des enfants placés.

Dans l'étude BEIP, la réponse au stress était étudiée par des dosages de cortisol salivaire, et la passation de 3 tests : un test d'évaluation par les pairs, un test de frustration, et le *Trier Social Stress Test* (TSST), qui correspond à une présentation orale devant un jury. Les résultats montraient, chez les enfants du groupe institution, des réactions au stress émoussées du système nerveux autonome et de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Cependant, pour les enfants par la suite placés dans des familles d'accueil du gouvernement, on observait une

normalisation des réponses au stress, suggérant une plasticité cérébrale, même après un séjour en institution. L'amélioration de la réponse au stress, plus nette lorsque le placement en famille d'accueil a lieu avant l'âge de 24 mois, laisse penser que l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien serait plus sensible à l'environnement avant cet âge là, et que par la suite, la plasticité cérébrale pourrait diminuer.⁸⁹ Ces résultats laissent penser que la précocité du placement en famille d'accueil serait plus importante que la qualité de l'accueil pour le développement des enfants placés.

3.4.2.5. Variabilité génétique

Ces travaux ont par ailleurs permis l'étude de la susceptibilité génétique aux troubles psychiatriques chez ces enfants placés. La protéine Catechol-O-MethylTransferase (COMT) est une enzyme au rôle clé dans le catabolisme de la Dopamine, dans le cortex préfrontal.³⁷ En position 158 de la protéine, lorsque qu'à la place d'une Valine (Val), on trouve une Méthionine (Met), l'activité enzymatique de dégradation de la Dopamine est diminuée par 4. Chez les enfants inclus dans l'étude, à 54 mois, on observait moins de symptômes dépressifs chez les enfants ayant au moins 1 allèle « Met 158 » du gène codant pour la protéine COMT. De plus, chez les enfants du groupe institution, on observe un effet protecteur de cet allèle contre la dépression, avec une diminution de 108 % du risque pour les homozygotes Met/Met, et de 60 % pour les hétérozygotes (Met/Val). En famille d'accueil, aucun effet n'a été observé. Cette différence pourrait s'expliquer par une meilleure adaptabilité des enfants avec l'allèle « Met 158 » aux conditions de vie en institution.

3.5. Facteurs de risque

Tous les enfants placés ne souffriront pas de pathologies mentales. La cohorte australienne d'enfants placés CICS est une des seules à avoir étudié les facteurs de risque de troubles mentaux chez les enfants placés. Les principaux facteurs de risques identifiés étaient l'âge actuel, l'âge au moment du placement, le nombre de placements, la durée du placement actuel, ainsi que l'exposition à la maltraitance actuelle ou passée.¹²⁰

3.5.1. Maltraitance

La maltraitance est un facteur de risque indépendant de trouble mental. Une méta-analyse de 124 études prospectives et rétrospectives, a montré une augmentation du risque de symptomatologie psychiatrique, quel que soit le type de maltraitance subie.⁹⁷ Bien que la plupart des études incluses aient été réalisées chez l'adulte, elles montrent bien la relation particulière qui existe entre la maltraitance et la pathologie. Dans le Tableau 19, ne sont rapportés que les

OR globaux calculés, reflète de l'augmentation du risque chez les personnes victimes de maltraitance en comparaison à la population générale.

Odds Ratios (OR)	Violences physiques	Violences psychologiques	Négligence
Trouble dépressif	1,54 (avec relation dose-effet)	3,06	2,11
Trouble anxieux	1,51 (avec relation dose-effet)	3,21	1,82
ESPT	2,94	-	1,73
TCA	5 (compulsions alimentaires)	-	-
Troubles du comportement	2,29	-	2,01
Abus de drogues	1,92	1,41	1,36
Tentatives de suicide	3,40	3,37	1,95

ESPT : Épisode de Stress Post-Traumatique ; TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

Tableau 19 Méta-analyse sur le lien entre les types de maltraitance et les pathologies mentales⁹⁷

Il faut lire, par exemple, que les personnes ayant subi des violences physiques ont 1,54 fois plus de chances de présenter un trouble dépressif que la population générale, et que plus elles en ont subies, plus le risque est élevé. On constate que les troubles internalisés et les tentatives de suicide sont plus fréquents lorsqu'un antécédent de maltraitance est rapporté. Cette méta-analyse met également en évidence l'augmentation du risque d'abus de substance et de troubles du comportement.

Une étude norvégienne, réalisée sur 400 adolescents placés dans 86 institutions, retrouvait que 71 % avaient subi des maltraitances, et qu'ils avaient en moyenne 2,8 diagnostics du DSM-IV, contre 1,5 pour ceux qui n'avaient pas d'antécédent de maltraitance, mais cette différence n'était pas significative.⁶⁶

≥ 1 diagnostic DSM-IV	Épisode dépressif majeur	Dysthymie	Tout trouble anxieux	TAG	Idées suicidaires	TS
80 % vs 64 %	29 % vs 9 % OR = 3,6 (<i>p</i> < 0,001)	14 % vs 3 % OR=3,9 (<i>p</i> = 0,030)	42 % vs 18 % OR = 3,0 (<i>P</i> < 0,001)	28 % vs 4 % OR=8,9 (<i>p</i> < 0,001)	14 % vs 5 % OR = 2,8 (<i>p</i> = 0,041)	42 % vs 21 % OR = 2,2 (<i>p</i> = 0,006)

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual version IV ; OR : Odds Ratio ; TAG : Trouble Anxiété Généralisée

Tableau 20 Prévalence des troubles mentaux sur les 3 derniers mois selon l'antécédent de maltraitances⁶⁶

Cette étude a par ailleurs mis en évidence une augmentation du risque pour plusieurs pathologies mentales (Tableau 20). Les pourcentages correspondent à la prévalence de la pathologie chez les enfants ayant subi des maltraitances, versus ceux n'en ayant pas subi, et l'OR indique l'augmentation du risque de trouble mental en cas d'exposition à la maltraitance. On remarque que chez ces adolescents en institution, le risque de trouble dépressif ou anxieux

est bien plus élevé chez ceux qui ont un antécédent de maltraitance, en particulier pour le TAG.

Une autre étude sur des adolescents en institution, au Canada cette fois, a montré que plus la fréquence des faits de maltraitance était élevée, plus la prévalence des troubles mentaux augmentait.⁴⁷ Enfin, dans une étude chez des enfants placés de moins de 6 ans à Londres, lorsque l'enfant avait subi plusieurs types de maltraitance, le risque de pathologie mentale était multiplié par 3 ($p = 0,01$).⁷²

Dans la cohorte CICS, après analyse multivariée, les enfants placés ayant subi des violences sexuelles avaient 3 fois plus de risques de souffrir d'un trouble mental, et ceux ayant subi des violences physiques avaient 2 fois plus de risque.¹²⁰

3.5.2. Séparations

Les enfants placés ont subi, au cours de leur vie, au moins une séparation. Myriam David expliquait lors d'une conférence en 1998 que « *la séparation n'est pas traumatique en soi. Certes, elle est toujours chargée d'émotions intenses pour l'enfant comme pour ses parents et, ceci, plus spécialement au cours de la première enfance où c'est l'absence de ces émotions qui doit inquiéter. Mais c'est l'absence de moyens mis à la disposition de l'enfant et/ou son éventuelle incapacité à les utiliser qui est traumatique, parce que, cette absence met en échec le système défensif et adaptatif de l'enfant et, de ce fait, le confronte à un état d'impuissance déstructurante* ». ⁵¹ Ce traumatisme peut par la suite donner lieu à l'émergence de troubles mentaux.

3.5.2.1. Placement hors du domicile familial

Pour un enfant, et d'autant plus qu'il est jeune, la séparation représente la perte des figures d'attachement principales, aussi nocives soient-elles pour son bien-être. Les conséquences de cette séparation sur la santé mentale sont peu étudiées, et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il ne serait pas éthique d'envisager une étude comparative dans laquelle on laisserait ou non les enfants dans leur famille, lorsqu'il y a indication à séparer l'enfant. Ensuite, la maltraitance subie avant la séparation est un facteur de confusion majeur dans l'émergence de troubles psychiques.

3.5.2.2. Placements multiples

Il faut considérer que la séparation va rajouter un traumatisme à l'enfant. Le placement est donc proposé lorsque le risque de danger au domicile et ses conséquences sur le bien-être de l'enfant, sont plus importants que les conséquences potentielles de la séparation. De nombreux enfants connaîtront plusieurs lieux de vie différents tout au long de leur parcours.

Les raisons de ces changements de placement sont plurielles, ils peuvent être dus à une inadaptation de l'enfant à son lieu de vie, par exemple lorsqu'il présente des troubles du comportement, ou un déménagement de la famille d'accueil. Cependant, à chaque changement, l'enfant subit une nouvelle séparation, familiale, et le plus souvent également scolaire et sociale. Par ailleurs, ces changements entraînent l'absence pour l'enfant de figures d'attachement stables. La perte de repères ne peut pas être favorable au bien-être de l'enfant. Dans une étude anglaise sur des enfants de moins de 6 ans, les facteurs de risque indépendants de trouble mental dus au placement étaient, entre autres, le changement de placement soudain, avec un RR à 1,80 ($IC_{95\%} = [1,05 ; 3,1]$), les placements multiples, avec un RR à 1,89 ($IC_{95\%} = [1,16-3,09]$), et les différences culturelles entre le lieu d'origine et le lieu d'accueil.⁷²

3.6. Facteurs de protection

Plusieurs facteurs de risques de pathologie psychiatrique ont été mis en évidence. Cependant, pour une meilleure connaissance de cette population d'enfants placés, il est aussi intéressant de chercher à identifier l'existence de facteurs protecteurs, qui permettent une diminution du taux d'incidence du trouble mental.

3.6.1. Âge de placement

L'âge au premier placement est un élément clé, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, plus le placement est tardif, et plus l'enfant a pu être exposé longtemps à des mauvais traitements, ou du moins n'a pas bénéficié d'un environnement le plus propice à son bon développement. Ensuite, plus l'enfant est jeune et plus l'adaptation au nouveau mode de vie sera facile, c'est à dire que la séparation aura moins de conséquences négatives sur le développement par la suite.

3.6.1.1. Placement précoce

L'impact de l'âge de placement pourrait être résumée ainsi, « *plus la séparation est précoce, moins l'évolution est défavorable* ». ⁹¹ Dans une étude rétrospective française, réalisée sur 82 jeunes adultes placés au moins 4 ans dans l'enfance, la prévalence des pathologies psychiatriques graves à l'adolescence passait de 5 à 22 %, et les troubles du comportement de 15 à 50 %, selon que les enfants avaient été placés avant ou après l'âge d'un an. ⁹¹ Il n'y avait aucune différence entre les enfants placés entre 1 et 3 ans et ceux placés après l'âge de 3 ans.

Ces résultats sont confirmés par une étude anglaise récente qui montrait que le placement après l'âge de 6 mois entraînait une multiplication par 3,3 du risque de pathologie psychiatrique par rapport à un placement précoce, mais mettait également en évidence une période, entre 25 et 72 mois, pendant laquelle le risque de trouble mental était plus élevé si le placement avait

lieu pendant cette période.⁷²

L'analyse des données de l'assurance maladie américaine *Medicaid* confirmait également ces résultats en permettant d'établir le profil type de l'enfant qui consultait aux urgences psychiatriques dans les 3 premiers mois de placement, et qui associait placement tardif et prise de traitement psychotrope.⁵⁹

3.6.1.2. Attachement, développement et réponse au stress

Les enfants accueillis après l'âge d'un an présenteraient un attachement moins sécurisé que ceux ayant connu ces changements d'environnement durant leurs premiers mois, mais on peut faire l'hypothèse que cela est lié à la durée de vie dans un environnement insécurisé plus qu'à l'âge. Toujours est-il que lors d'un placement après 3 ans, le lien d'attachement est plus long à mettre en place, et on observe plus de retards de développement et de troubles du comportement par la suite.¹¹¹

Au plan développemental, l'étude BEIP rapportait un QD à 42 mois inversement proportionnel à l'âge de placement et, à 54 mois, un QI plus élevé chez les enfants placés avant l'âge de 2 ans.⁶² Par ailleurs, l'étude de la réponse au stress, qui serait liée à l'émergence de troubles mentaux par la suite, montrait une meilleure réponse du cortisol et du système nerveux autonome si le placement avait lieu avant 2 ans, et une meilleure arythmie sinusale respiratoire, reflet de l'effet du stress sur la fréquence cardiaque, si le placement avait lieu avant 18 mois.^{89,94}

3.6.2. Stabilité du placement

3.6.2.1. Evolution du risque de trouble mental

La stabilité du placement serait également un facteur de bon pronostic de santé mentale. Aux Etats-Unis, parmi les enfants de la cohorte de San Diego, ceux qui avaient un score positif au CBCL avaient vécu en moyenne 4,6 changements de placements, alors que ceux qui avaient un score négatif avaient vécu en moyenne 3,9 changements de placements,⁹⁶ et dans la cohorte NSCAW, les enfants qui avaient une instabilité de placement avaient 2 fois plus de risque d'avoir un score positif au CBCL.¹¹⁰

En Angleterre, on retrouvait, parmi des enfants placés de 5 à 17 ans, 31 % d'enfants ayant un diagnostic psychiatrique parmi ceux qui étaient dans le même placement depuis 5 ans au moins, et 49 % chez ceux dont le placement actuel datait de moins d'un an.⁹⁰ Une étude américaine réalisée à San Diego en Californie, la *LONGitudinal Studies of Child Abuse and Neglect* (LONGSCAN), mettait en évidence que les enfants en placement instable avaient entre 5,5 et 6 fois plus de risque d'avoir un trouble externalisé ($p < 0,05$) et entre 6,5 et 7,5 fois plus de risque d'avoir un trouble internalisé ($p = 0,02$).¹²⁷

Concernant les troubles externalisés uniquement, l'étude BEIP retrouvait une prévalence proportionnelle à l'instabilité du placement, avec un maximum de troubles mentaux pour le placement institutionnel multiple, puis la multiplicité des familles d'accueil, et enfin la famille d'accueil unique.⁷³ Par ailleurs, l'analyse des données de l'assurance maladie américaine *Medicaid* montrait un risque 2 fois plus élevé de consultation en urgence ou d'hospitalisation en psychiatrie après un changement de placement (OR 2,23, $p < 0,001$).⁵⁹

3.6.2.2. L'instabilité, cause ou conséquence du trouble mental

Un changement de placement marque l'absence de stabilité dans l'entourage de l'enfant. Or, le bouleversement de l'environnement ne peut pas être de bon pronostic concernant l'équilibre psychique de l'enfant, qui se retrouve seul, contraint de s'adapter à nouveau à un environnement différent.

Il est essentiel de noter que la pathologie psychiatrique est en elle-même un motif de changement de placement. En effet, les pathologies marquées par des troubles du comportement essentiellement, les troubles externalisés, peuvent entraîner une impossibilité de maintien du placement lorsque le comportement de l'enfant n'est plus contrôlable, compromettant sa sécurité ou celle des autres. Cependant, l'analyse de la cohorte NSCAW montrait que l'instabilité du placement augmentait le risque de troubles du comportement, et ce d'autant plus que l'enfant n'y était pas prédisposé. En effet, en étudiant les enfants à faible risque de trouble mental, c'est à dire placés jeunes, sans problème de santé, et sans antécédent psychiatrique familial, la prévalence des troubles du comportement passait de 22 à 36 % selon que le placement était stable ou non.¹¹⁰

Cause ou conséquence, l'enfant qui ne bénéficie pas d'un placement stable a un risque élevé d'avoir une pathologie psychiatrique.

3.6.3. Facteurs prédictifs de résilience

3.6.3.1. Définitions

Quels sont les chances pour un enfant placé d'échapper au trouble mental ? La résilience correspond à la capacité qu'à l'enfant atteint d'un trouble psychiatrique, à se réorganiser, afin d'évoluer et conserver un fonctionnement adapté. À l'origine, le terme « résilience » servait uniquement à définir la capacité à conserver un fonctionnement après avoir subi un traumatisme et avoir été confronté à sa propre mort, mais le sens a progressivement été élargi. Il existe des échelles validées pour mesurer la résilience, telles que la *Child and Youth Resilience Measure* (CYMR), qui donne un score entre 1 et 5 pour 4 sous-types de résilience : individuelle, relationnelle, communautaire, culturelle.⁴⁷

Au Canada, le projet *Ontario Looking After Children* (OnLAC), qui évalue annuellement chaque enfant, retrouvait une différence de pronostic selon le trouble mental. Les enfants, sans différence entre les filles et les garçons, souffrant d'un trouble de l'humeur, étaient plus résilients (70 %) que ceux atteints d'un trouble du comportement (50 %). Un profil d'enfants non résilients a pu être dressé, il s'agissait d'enfants souffrant de troubles du comportement et de l'humeur, ayant de mauvais résultats scolaires et des difficultés sociales.²⁴

3.6.3.2. Caractéristiques propres à l'enfant

À quoi est due la résilience ? Si l'on en croit cette étude *OnLAC*, elle serait pour deux tiers due aux caractéristiques et expériences propres de l'enfant : son âge, le nombre de placements, l'investissement des parents biologiques, l'exposition à la maltraitance et son niveau de développement, soit des facteurs sur lesquels il n'est plus possible d'agir une fois la pathologie diagnostiquée.²⁴ Une étude identifiait également le traitement médicamenteux comme un facteur de risque de non résilience.

3.6.3.3. Caractéristiques liées au placement

En dehors des caractéristiques propres à l'enfant, la résilience serait attribuable au lieu de vie et à l'expérience des professionnels en charge de l'enfant.²⁴ Concernant le lieu d'accueil, ce n'est pas le type de placement qui jouerait, mais plutôt la taille du lieu et le nombre d'enfants pris en charge qui augmenterait le risque de non résilience.²⁵

Golse insistait sur l'importance des parents sur le bien-être des enfants accueillis.¹¹¹ Il constatait que les contacts fréquents avec les parents pouvaient être en lien avec le développement plus fréquent d'un attachement évitant, mais dépendait surtout du contexte de l'accueil en termes d'accompagnement des rencontres organisées, de l'histoire familiale, des conditions d'accueil de l'enfant, et des pathologies des parents. Par ailleurs, le fait que l'assistant familial ait à l'esprit une image positive des parents lors de ses échanges avec l'enfant influencerait favorablement son développement. Une étude anglaise sur des enfants de moins de 6 ans a par ailleurs montré que la faible expérience du *cargiver*, et la fréquence des contacts avec la famille biologique étaient des facteurs de risque de moins bonne résilience.⁷²

3.7. Prises en charges des enfants placés

Notre travail a souligné que les enfants placés avaient significativement plus de troubles mentaux que les enfants en population générale. Cependant, une fois la pathologie diagnostiquée, la question de la mise en place des soins est cruciale.

3.7.1. Prises en charge

3.7.1.1. Situation en France

En Haute-Savoie, en 2009 - 2010, 32 % des enfants placés bénéficiaient d'un suivi psychiatrique, alors que cela concernait seulement 2,6 % des enfants de ce département.⁵⁰ À la même période dans le Maine-et-Loire, 57 % des enfants placés bénéficiaient d'une prise en charge psychologique, avec un taux de prise en charge plus élevé chez les 6-14 ans (73 %) que chez les 15-18 ans (39 %).⁴⁴ Les suivis étaient, pour la moitié d'entre eux mensuels, et pour un tiers hebdomadaires.

	Famille d'accueil	Institution
Nombre d'enfants	129	189
Psychologue	38 %	31 %
Psychiatre	12 %	16 %
Orthophoniste	20 %	12 %
Psychomotricien	18 %	4 %

Tableau 21 Taux de prise en charge des enfants placés en Haute-Savoie en 2012⁵⁰

Les chiffres varient selon les départements, en raison des différentes politiques de protection de l'enfance, de l'offre de soin disponible sur le territoire, et des partenariats établis entre les services sociaux et les services de soins.

	Loire-Atlantique en 2013 ²³	Maine-et-Loire en 2009 ⁴⁴
CMP	14 %	21 %
Psychiatre libéral	3 %	5 %
Psychologue libéral	2 %	8 %
Psychologue de l'ASE	6 %	11 %
SESSAD	3 %	

CMP : Centre Médico-Psychologique ; ASE : Aide Sociale à l'Enfance ; SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile

Tableau 22 Lieux de prise en charge des enfants placés dans deux départements français

Notons que la prise en charge en orthophonie est élevée, selon les départements elle concerne entre 10 et 18 % des enfants, avec des taux de prise en charge qui diminuent avec l'âge (33 % des 6-10 ans, 6 % des 15-18 ans).^{23,44} Cependant, à indication identique, un enfant placé à 3,5 fois moins de chances ($p=0,038$) d'avoir un suivi orthophonique qu'un enfant qui n'est pas placé.⁶⁴

3.7.1.2. Situation à l'étranger

Les taux de prise en charge sont également élevés à l'étranger. Aux États-Unis, 44 % des enfants accueillis en famille d'accueil, et 75 % de ceux en institution, ont eu au moins une

consultation avec un psychiatre dans l'année, et 16 % ont un suivi.⁴¹ Cependant, seuls 32 % de ceux qui avaient un score positif au CBCL, et donc probablement un trouble mental, voyaient un psychiatre.⁴⁰ Ce chiffre paraît faible, mais 83 % des enfants qui ont un diagnostic psychiatrique, bénéficient d'une psychothérapie comportementale, en individuel, groupale ou familiale, ce qui permet de relativiser ces chiffres. Le suivi médical est faible mais la prise en charge en thérapie reste élevée.

En Angleterre, en 2003, 34 % des enfants placés avaient vu un pédopsychiatre dans l'année.⁹⁰ Cependant, seuls 44 % des enfants ayant un diagnostic pour un trouble mental avaient vu un pédopsychiatre dans l'année, ce qui pose la question de la prise en charge des autres.

Il existe par ailleurs une différence de prise en charge en fonction du trouble, et de son potentiel perturbateur sur la vie en société. En effet, dans la même étude, 62 % des enfants avec hyperactivité avaient vu un psychiatre dans l'année, contre seulement 49 % de ceux qui souffraient d'un trouble internalisé. Étonnamment, seuls 45 % de ceux qui avaient un trouble du comportement avaient vu un psychiatre dans l'année, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que ces troubles ne soient pas forcément identifiés comme étant des troubles mentaux mais plutôt comme des carences éducatives. Les chiffres diffèrent également pour les hospitalisations.

Aux États-Unis, dans la cohorte NSCAW II, 2 % des enfants en famille d'accueil et 45 % des enfants en institution ont été hospitalisés en psychiatrie dans l'année.⁴¹ Cette différence, partiellement expliquée par la différence d'âge des enfants et de prévalence des troubles selon les lieux de placement, pose tout de même la question de la tolérance des structures aux troubles mentaux des enfants. On peut en effet penser qu'une structure collective est moins à même de supporter les troubles d'un enfant qu'une structure familiale, car le nombre d'adultes par enfant est moindre, et le risque de perturber les autres enfants est également peut-être plus élevé.

Selon les cohortes, le suivi varie en fonction du motif de placement. Dans la cohorte de San Diego, les enfants ayant subi des maltraitances psychologiques avaient plus de chances de bénéficier d'un suivi ($p = 0,0005$).⁸⁰ Dans la cohorte NSCAW, les enfants entre 2 et 5 ans ayant subi des violences sexuelles avaient plus de chance de bénéficier de soins que les enfants qui avaient subi des négligences, avec un OR à 3,7 ($IC95\% = [1,6 ; 8,6]$).⁴⁰ Dans cette même cohorte NSCAW, le suivi était également plus fréquent pour les adolescents dont les *caregiver* avaient connaissance de pathologies mentales sévères chez les parents.⁴⁰

3.7.2. Traitements médicamenteux

L'utilisation des médicaments psychotropes chez les enfants placés est fréquente, en France comme à l'étranger.

3.7.2.1. Situation en France

En Haute-Savoie, en 2009 - 2010, 13,7 % des enfants en institution et 4,6 % des enfants en famille d'accueil prenaient un traitement médicamenteux, à posologie élevée, le plus souvent en polythérapies, et comprenant 10 fois plus d'antipsychotiques que d'antidépresseurs.⁵⁰

Même si effectivement les enfants placés souffrent fréquemment de troubles mentaux, le recours au traitement médicamenteux paraît important. Le choix préférentiel des antipsychotiques, et de la polythérapie, chez des enfants, à cette fréquence, ne peut se faire qu'hors recommandations de bonnes pratiques, ce qui amène la question des motivations de ces choix thérapeutiques.

3.7.2.2. Etats-Unis

Dans la cohorte NSCAW II, plus de 40 % des enfants placés prenaient un médicament psychotrope, et nombreux sont ceux qui en prenaient au moins 2.⁴¹ Parmi ces derniers, 22 % avaient deux médicaments de la même classe.¹³² Cependant, seuls 42 % de ceux qui avaient un diagnostic psychiatrique bénéficiaient d'un traitement médicamenteux.¹¹⁴ Comme les troubles mentaux, le taux de prescription de psychotropes varie selon le lieu de placement des enfants. Dans la cohorte NSCAW II, 18 % des enfants en famille d'accueil prenaient au moins 2 psychotropes, quand cela concernait 43 % des enfants en institution.⁴¹ Le Tableau 23 reprend les taux de prescription de psychotropes dans deux études américaines.

	Zito et al. 2008	Linares et al. 2013
Nombre d'enfants	472	252
Âge	0 - 19 ans	3 - 14 ans
Source	Assurance maladie	Familles d'accueil
Lieu	Sud-Ouest des Etats-Unis	New York (Etats-Unis)
Antidépresseurs	51,8 %	7 %
Antipsychotiques	53,2 %	65 %
Psychostimulants	55,9 %	69 %
Thymorégulateur		13 %

Tableau 23 Taux de prescriptions de traitements psychotropes d'après 2 études américaines^{81,132}

3.7.2.3. Pistes de réflexion

L'importance de la prescription ne paraît en lien ni avec l'importance du diagnostic, ni avec les recommandations actuelles de traitement chez l'enfant. On peut proposer plusieurs raisons à ce décalage. L'utilisation des antipsychotiques en première intention dans les troubles externalisés peut s'expliquer par une difficulté de vivre en collectivité avec ces troubles, qui peuvent alors devenir très invalidant en institution. L'urgence est alors d'apaiser les troubles au plus vite, afin de permettre un maintien de l'enfant au sein de sa structure. Un traitement médicamenteux n'est jamais recommandé en première intention chez l'enfant, sauf cas très

sévère, et doit en principe n'être utilisé qu'en cas d'échec de la psychothérapie. Il est probable que la temporalité de la psychothérapie et les délais d'efficacité ne soient pas considérés comme compatibles avec un maintien en collectivité ou dans une famille d'accueil, et que des solutions plus rapides soient demandées.

3.8. Facteurs limitant le soin

Il est établi que les enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance présentent plus de pathologies psychiatriques, et que la précocité de la prise en charge entraîne un meilleur pronostic. Nous avons constaté pourtant que de manière globale, les prises en charge n'étaient pas optimales, et nous nous sommes posé la question des facteurs limitant l'accès aux soins dans cette population.

Berger soulignait que la Protection de l'Enfance, comme elle est désignée en France, n'avait « *pas pour objectif la protection du développement affectif et intellectuel de l'enfant* ». ²⁷ Cependant, d'après l'article L223-5 du CASF, les services de l'ASE doivent rédiger un rapport annuel pour chaque enfant (semestriel pour les moins de 2 ans), portant sur « *la santé physique et psychique de l'enfant, son développement, sa scolarité, sa vie sociale et ses relations avec sa famille et les tiers intervenant dans sa vie* ». ¹¹ L'objectif de ce rapport est de vérifier la bonne application du PPE, « *et l'adéquation de ce projet aux besoins de l'enfant* ».

3.8.1. Organisation des soins

Un enfant placé, et ce d'autant plus que le placement est récent ou instable, présente plusieurs particularités pouvant limiter la qualité de l'accès aux soins. Les accompagnants aux soins, éducateurs ou assistants familiaux, ne connaissent pas toujours bien l'enfant, et donc pas forcément les antécédents personnels ou familiaux, d'autant plus lorsque le carnet de santé n'a pas suivi l'enfant. De plus, le médecin ne peut a priori pas leur communiquer d'information relative à l'état de santé de l'enfant sans l'accord des parents, car le secret médical s'oppose à eux. En effet, le partage des informations tenues au secret est limité au strict nécessaire, et le médecin ne peut normalement pas communiquer l'intégralité des informations. ¹² Par ailleurs, au gré des changements de lieux de vie, les enfants changent également de structures de soins.

Aux États-Unis, l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) avait dès 2005 fait le point sur les freins à l'organisation des soins des enfants placés. ³ Ils mettaient en évidence :

- des besoins en santé mentale complexes et multiples, faces à des travailleurs sociaux incompetents vis-à-vis des problèmes de santé
- une population très mobile, avec des lieux de vie transitoires
- un manque de moyens médicaux et financiers

- une complexité de la bureaucratie qui gère les enfants placés, qui freine le partage d'information, et la responsabilité partagée en terme de soins entre les parents, la famille d'accueil, et les travailleurs sociaux
- des difficultés pour recueillir les antécédents, d'autant plus difficile si l'enfant a changé de placement plusieurs fois, pour obtenir les autorisations de soins, et faire suivre le carnet de santé

En France, il aura fallu attendre 2016, et le Rapport Euillet commandé en 2013 par le Défenseur des Droits, qui s'est appuyé sur une analyse qualitative pour analyser les facteurs limitants l'accès aux soins des enfants placés à l'ASE en France.⁵⁸ Il ressort de cette étude que c'est le domaine des soins psychiques qui est le plus problématique, autant dans le dépistage, le diagnostic, que les soins. Il met en évidence à peu de choses près les mêmes difficultés que l'AAP en 2005, avec principalement, l'absence de cadre, d'organisation, et de partenariat, qui définiraient précisément le rôle de chacun dans le dépistage, le diagnostic et le soin psychique de ces enfants.

3.8.2. Autorisation parentale

Tout acte médical sur un enfant nécessite l'accord parental. Comme le soulignait Berger en 2006, un enfant est placé le plus souvent en raison « d'incompétences parentales ». ²⁷ Par définition, ils sont donc incapables d'exiger un projet de soin et un projet de vie cohérent pour leur enfant. Les parents d'un enfant placé conservent l'autorité parentale et donc le droit de décider ou non que leur enfant sera vu par un médecin. La consultation psychiatrique est un acte non usuel, et le plus souvent hors du cadre de l'urgence vitale, il n'est donc pas possible de se passer d'accord parental. Il faut donc, avant toute consultation, que quelqu'un se charge de contacter les deux parents, ce qui n'est pas toujours possible facilement, et d'obtenir leurs accords, écrits et signés. Cette personne est en pratique un éducateur ou la famille d'accueil. De plus, la psychiatrie n'a pas toujours bonne presse auprès de la population, et les parents peuvent ne pas être d'accord avec le fait même que leur enfant consulte un psychiatre, et pour les convaincre, encore faut-il que la personne qui s'en charge soit elle-même convaincue du bien-fondé de la prise en charge.

3.8.3. Coût et financement des soins

3.8.3.1. Avance des frais

En France, les enfants placés sont pour la plupart couverts par la CMU et la CMU-C. Le rapport Euillet met en évidence que certains enfants se heurteraient à un refus de soin de la part de médecins libéraux, qui refuseraient de les prendre en charge en raison de l'absence d'avance

des frais.⁵⁸ Pour les consultations de professionnels qui demandent une avance des frais, l'assuré paye l'acte et est ensuite remboursé. Si l'enfant est ayant droit de ses parents, c'est à eux de payer, si c'est l'enfant qui a sa propre carte vitale, c'est à lui. Cette dernière situation concerne les enfants qui bénéficient de la CMU, ils sont donc tenus d'avancer les frais. Acceptable pour un adolescent, c'est tout à fait impensable pour un enfant ou même un nourrisson.

3.8.3.2. Dépassements d'honoraires et professionnels non remboursés

En cas de dépassement d'honoraire ou de consultation d'un psychologue ou psychomotricien en libéral, non remboursée par l'Assurance Maladie, l'enfant doit payer la consultation. Si on considère que ce n'est pas possible car les parents ne lui donnent pas d'argent ou refusent de payer, c'est au Conseil Départemental de financer les soins. Dans ce cas, ce dernier aurait un droit de regard sur le professionnel consulté. L'organisation du paiement des soins peut être complexe, plusieurs solutions existent. Soit le tiers qui accompagne l'enfant avance les frais et se fait ensuite rembourser, soit le professionnel est directement payé par le Conseil Départemental, ce qui nécessite d'avoir auparavant établi un partenariat ou un contrat. L'enfant peut aussi adhérer à une mutuelle de santé, et ainsi bénéficier du remboursement de ces frais supplémentaires. La cotisation doit être réglée, soit par les parents, soit par des financements du Conseil Départemental.

Il n'y a actuellement pas de cadre officiel, et chaque situation est gérée au cas par cas selon les politiques départementales. La solution la plus évidente, serait que tous ces enfants soient suivis par le Centre Médico-Psychologique (CMP) de leur secteur afin de bénéficier des soins gratuitement. La principale limite de cette solution réside dans les délais de prise en charge et l'inégalité de la répartition des CMP sur le territoire.

3.8.4. Accessibilité des soins

Les secteurs de psychiatrie ne correspondent pas, pour la plupart, au découpage en circonscriptions des Départements et donc des services de l'ASE. Il n'est pas simple, pour des équipes de Protection de l'Enfance, étrangers du système de soins, de s'y retrouver. Par ailleurs, la question du choix du secteur de pédopsychiatrie est toujours au premier plan : secteur du domicile des parents, de la famille d'accueil, de l'institution ? En cas de changement de lieu de vie, événement malheureusement fréquent dans le parcours d'un enfant placé, si l'enfant doit changer de secteur, alors il doit changer d'équipe soignante, mais surtout respecter les délais d'attente, parfois très longs dans certaines régions. Le suivi et l'adhésion aux soins sont surement compromis dans ces cas-là. En effet, la démographie des pédopsychiatres en France entraîne des délais d'attente importants, peu compatibles avec la précocité de prise en charge

dont devraient bénéficier ces enfants. Il est également important de souligner que la plupart des départements n'ont pas de partenariat privilégié avec les services de psychiatrie ou les psychiatres libéraux.

3.8.5. Organisation des soins

La responsabilité de l'organisation des soins est une question centrale. En considérant que les parents ne peuvent avoir ce rôle, celui-ci est endossé, selon les cas et les départements, par différents professionnels. Les symptômes peuvent ne pas être faciles à repérer, d'autant plus dans les troubles qui n'entraînent pas de modification franche du comportement. Seul un professionnel proche de l'enfant peut repérer et alerter en cas d'apparition de symptômes. Ce professionnel doit donc être au fait de sa mission, et connaître suffisamment l'enfant pour être sensible au moindre changement. Il est probablement nécessaire qu'il bénéficie également d'une formation au repérage des symptômes de souffrance psychique.

Ensuite, une fois la décision prise de consulter un psychiatre ou un autre professionnel de santé, quelqu'un doit se charger de récupérer les autorisations parentales avant chaque prise en charge. Ces questions sont gérées à l'échelle des départements, au gré de la motivation des équipes, en raison de l'absence de cadre légal clair. Il paraît nécessaire d'imaginer un cadre plus officiel définissant le rôle de chacun dans le dépistage et le suivi des troubles mentaux de ces enfants.

Pour ce qui est de l'offre de soins, si elle n'est pas suffisante sur tous les territoires, une meilleure organisation pourrait probablement réduire les difficultés d'accès aux soins.

Depuis la loi du 14 mars 2016 réformant la protection de l'enfance, chaque service départemental doit désigner un médecin référent pour la protection de l'enfance.⁸³ Cette nouveauté pourrait permettre d'améliorer l'organisation des soins, en nommant clairement un responsable de la santé de ces enfants, mais les différences interdépartementales resteront probablement importantes.

3.9. Initiatives pour une amélioration des prises en charge

Les enfants placés sont plus vulnérables, ont plus de troubles mentaux que les enfants qui vivent avec leurs parents biologiques, ont des pathologies sévères et précoces, et ne bénéficient pas de soins à la hauteur de leurs besoins. Les pays anglo-saxons, qui ont particulièrement travaillé sur la santé mentale des enfants placés, ont développé depuis plusieurs années des protocoles de dépistage systématisés, mais ont également mis en place et évalué des psychothérapies spécifiquement pensées pour cette population.

3.9.1. Dépistage systématique des troubles mentaux

Déjà au moment du placement, la prévalence des troubles mentaux est très importante chez les enfants placés.⁵⁴ Pour toute pathologie fréquente ou grave, le dépistage est un outil de santé publique utile. Dans le cas de la pathologie psychiatrique chez l'enfant placé, on observe une fréquence des troubles importantes, qui pourrait justifier d'une politique de dépistage systématique dans cette population.

3.9.1.1. La situation de la France

En France, il n'est pas organisé de programme national de dépistage systématique. La protection de l'enfance étant gérée au niveau départemental, liberté est donnée à chaque département de gérer la santé de ces enfants. Le rapport Euillet de mars 2016 sur l'accès aux soins des enfants placés rapportait que 35 % des départements faisaient passer un bilan de santé systématique au moment du placement, et 51 % un bilan uniquement sur certains critères : âge, motif du placement, problématique parentale ou autre.⁵⁸ Il est alarmant de constater que dans 44 % des départements, aucun bilan de santé systématique n'est prévu au cours du placement. Le PPE, créé par la loi de 2007, est pour rappel un document obligatoire qui « *précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre* ». ⁸² Seuls 69 % des départements ont élaboré un document type, et parmi ceux-là, seuls 47 % comportent un volet santé. Cependant, seulement 16 % des départements déclarent en établir un pour chaque enfant placé. À la lecture de ces quelques chiffres, on est loin du dépistage systématique. D'autant plus que pour les enfants qui bénéficient d'un bilan de santé, il n'est pas évident qu'il comporte une évaluation fine de la santé mentale.

Le Conseil Départemental de Loire-Atlantique (44) a mis en place une Unité Médicale, chargée de tenir à jour un dossier médical par enfant placé dont elle a la charge.²³ Cette unité doit s'assurer que les consultations médicales obligatoires sont bien réalisées, que les pathologies chroniques sont bien suivies, que les prescriptions médicales sont bien exécutées par les lieux de vie. Il est intéressant de relever que le dossier médical comporte un volet *Éléments de connaissance sur les troubles psychologiques*. S'il est bien rempli, on peut penser que ce dossier médical permettrait de dépister des troubles psychologiques et d'orienter si besoin vers une prise en charge plus spécialisée.

Aux Etats-Unis, plusieurs protocoles ont été proposés afin de surveiller l'état de santé des enfants placés.

3.9.1.2. Le protocole de l'American Association of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)

Développé en 2003, ce protocole propose une évaluation initiale dans les 24 heures suivant le placement, dans l'objectif de rechercher une pathologie mentale ou la consommation d'alcool ou de drogue, afin de dépister les enfants ayant un besoin urgent de soin ou présentant un risque en raison de troubles du comportement.¹ Il doit être réalisé par un professionnel de santé ayant des compétences particulières en santé mentale, addictologie, développement et spécificités de l'enfant placé. Lors de cette évaluation sont également analysées les conséquences de la séparation. Puis, dans les 2 mois qui suivent, une évaluation complète de la santé mentale doit être réalisée par un psychiatre. Le suivi est ensuite annuel, ou plus fréquent selon les conclusions de l'évaluation. Une prise en charge du traumatisme de la séparation est mise en place, même en l'absence de symptomatologie.

3.9.1.3. Le protocole de l'American Academy of Pediatrics (AAP)

Proposé en 2005, ce protocole comporte une évaluation complète par un professionnel de santé spécialisé dans les 30 jours suivant le placement, avec plusieurs objectifs :³

- Identifier les troubles du développement et les troubles mentaux, poser un diagnostic, proposer un traitement et informer la famille biologique, la famille d'accueil et les éducateurs référents
- Évaluer à l'aide d'outils standardisés la motricité fine, la cognition, le langage, et les interactions sociales
- Rapporter les événements de vie, les circonstances du placement, les éventuels traumatismes, et évaluer la régulation émotionnelle et les rapports avec les membres de la famille et les pairs
- Évaluer le risque suicidaire et hétéro-agressif, la consommation de substances, les comportements sexuels à risques et les comportements antisociaux.
- Évaluer les familles biologique et d'accueil (composition, facteurs de stress, attitude, attentes vis-à-vis de l'enfant), et les informer sur le développement normal, les besoins spécifiques de l'enfant suite aux effets de la maltraitance et de la séparation, leur donner des conseils sur les conditions favorables au bon développement, à la sécurité affective, aux mesures disciplinaires et aux limites à poser
- Mettre en place un traitement si nécessaire, définir les modalités de visites, d'un changement de placement et du rythme des évaluations

L'évaluation est renouvelée tous les 6 mois jusqu'aux 6 ans de l'enfant puis une fois par an, ainsi qu'à chaque événement critique de la vie de l'enfant. Un coordinateur des soins est ensuite

nommé pour chaque enfant, il recueille les antécédents, définit quelles évaluations sont nécessaires, s'assure du suivi, et assure l'éducation thérapeutique de la famille.

Malgré ces deux protocoles, en 2006, 40 % des agences de protection de l'enfance américaines n'avaient pas mis en place de politique de dépistage des troubles mentaux.⁷⁹

3.9.1.4. Le protocole de la Child Welfare Mental Health (CW-MH)

Publié en 2007 après une conférence de consensus, le protocole de la CW-MH propose un dépistage plus formalisé en 4 étapes :¹⁰⁸

1. 72h après le placement : une première consultation permet d'identifier les difficultés qui pourraient rapidement compromettre le bon déroulement du placement : risque auto ou hétéro-agressif et risque de fugue, présence d'éléments psychotiques, post-traumatiques ou addictologiques, et niveau de stress aigu.
2. À 30 jours : une évaluation des besoins de soins psychiques est réalisée, afin d'émettre des recommandations en terme de prise en charge, et donner un avis sur le type de placement le plus adapté.
3. En cas de diagnostic psychiatrique, à 3 mois du placement, une évaluation globale est réalisée pour évaluer la santé mentale, les addictions, les facteurs de risque psycho-sociaux, les capacités d'adaptation, les symptômes post-traumatiques, et les antécédents familiaux. Un temps est donné à l'enfant pour qu'il puisse exprimer ses ressentis, ses souhaits vis-à-vis du placement et des visites.
4. Par la suite, l'évaluation est annuelle ou plus fréquente si on note une modification du comportement ou de l'environnement. Une attention particulière est portée au soutien de la famille biologique, avec orientation vers une prise en charge psychologique si nécessaire.

Toutes les interventions psychosociales doivent être choisies parmi des interventions validées, et personnalisées, en fonction du *caregiver* et si possible de la famille biologique. Les objectifs sont un bon fonctionnement psychosocial de l'enfant, une stabilité du placement, et la satisfaction de l'enfant. Concernant le traitement pharmacologique, il nécessite le consentement éclairé de l'enfant, du *caregiver*, ainsi que de sa famille. L'enfant doit conserver sur lui un document sur le médicament, et l'évolution est surveillée par des consultations mensuelles à l'aide d'échelles validées. Les assistants sociaux des services de protection de l'enfance doivent être formés aux affections psychiatriques de l'enfant, au développement de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'aux effets neuro-développementaux de l'exposition anténatale aux toxiques.

3.9.1.5. Évaluation de l'impact des recommandations

Ces 3 protocoles, bien que différents, proposent chacun un dépistage très précoce dans les premières heures, puis une évaluation plus globale, et enfin un suivi régulier de l'enfant. Établis chacun par des sociétés savantes différentes, ces protocoles ne sont pas recommandés officiellement par les pouvoirs publics ou les agences de protection de l'enfance américaines. Cependant, aux Etats-Unis, il y a eu de nets progrès depuis 2003, époque à laquelle seuls 43 % des états américains avaient un dispositif de dépistage des troubles mentaux chez les enfants placés. En 2014, sur 48 états américains étudiés, tous avaient mis en place un protocole de dépistage des pathologies mentales.⁷⁰ Trente-cinq états réalisaient un dépistage pour tous, avec l'utilisation d'une évaluation spécialisée uniquement en cas de besoin. Les échelles de dépistage étaient variables et l'évaluation spécialisée n'était pas toujours réalisée par un professionnel de santé, et n'était pas forcément prévue à une date donnée. Douze états avaient mis en place une évaluation complète pour tous les enfants, la plupart au cours du premier mois de placement, et le plus souvent par un professionnel de santé, mais seule la moitié des états utilisaient une évaluation standardisée. Enfin, un état avait mis en place un dépistage ainsi qu'une évaluation systématique pour tous les enfants. Concernant les protocoles des sociétés savantes, seul un état en respectait un, les autres états ayant établi leur propre protocole, s'inspirant de ceux publiés dans la littérature. Moins de la moitié des états utilisait des outils de dépistage validés chez les enfants placés.

3.9.1.6. Recommandations américaines actuelles

Devant l'intérêt du dépistage précoce, de nouvelles recommandations plus globales, non spécifiques aux troubles mentaux ont été publiées aux États-Unis en 2015, synthétisant les précédentes et proposant :¹¹²

- Une première évaluation au moment du placement (dans les 24 heures pour un nourrisson, dans les 72 heures pour les plus grands), permettant d'identifier une pathologie chronique, une infection aiguë, des signes de maltraitance, un problème nutritionnel, un trouble mental aigu ou une grossesse
- Une évaluation clinique globale au cours du premier mois, en présence du *caregiver*, des parents et du travailleur social responsable de l'enfant, associée à une analyse de l'adaptation au nouveau domicile, des conséquences de la séparation, de la qualité des contacts avec les parents, du sommeil, du comportement, de l'alimentation, et d'une potentielle énurésie ou encoprésie
- Une évaluation du traumatisme par un psychiatre spécialisé au cours du 2ème mois de placement

- Un suivi pédiatrique mensuel jusqu'à l'âge de 6 mois, bimestriel jusqu'à un an, trimestriel jusqu'à 2 ans puis semestriel : exploration du traumatisme, examen clinique orienté pour rechercher une réponse immunitaire ou inflammatoire due aux modifications neuroendocrines (infections, allergies, asthme, syndrome métabolique), évaluation du développement et de la santé mentale avec la loupe du traumatisme.

Une agence de protection de l'enfance américaine, la *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare*, a établi une liste, régulièrement mise à jour, d'outils évalués et validés pour mesurer les besoins en santé mentale des enfants placés.¹²¹ L'objectif est de recenser les échelles permettant soit le dépistage soit le diagnostic des troubles mentaux, qui sont accessibles, utilisables, et interprétables sans licence particulière, afin d'offrir aux professionnels de la protection de l'enfance des outils validés. Ils permettent d'évaluer facilement, sans être un professionnel de santé, le développement de l'enfant, la présence de traits autistiques, l'humeur, l'anxiété, le fonctionnement familial et social, et la santé globale de l'enfant. Pour la plupart, ces échelles ne sont pas encore traduites en français.

Le dépistage précoce puis l'évaluation globale dans un second temps, semble être la formule la plus adaptée aux enfants placés. En effet, si l'on considère que les compétences parentales sont insuffisantes, il faut également considérer que le suivi médical de base n'est pas bon, et que certaines pathologies n'ont pas été diagnostiquées et ne sont pas traitées. Par ailleurs, une évaluation après quelques semaines de placement semble indispensable, pour évaluer l'adaptation de l'enfant à son lieu d'accueil, les conséquences des traumatismes subis, et recueillir l'observation de l'éducateur ou de l'assistant familial.

3.9.2. Formation des professionnels

Élever un enfant qui n'est pas le sien, qui a été maltraité, et séparé de ses parents, nécessite des compétences particulières. Les assistants familiaux et les éducateurs sont formés de façon spécifique pour accueillir cette population d'enfants placés. Cependant, la formation est peu axée sur la particularité de ces enfants, sur leurs troubles, ainsi que la façon de se comporter avec eux. D'après Guédeney, « *les accueillants doivent être formés au repérage et à l'interprétation des manifestations dysfonctionnelles de l'attachement des enfants qu'ils accueillent, et pourraient bénéficier de formations aux besoins d'attachement, au paradoxe de l'enfant maltraité, à la notion de stratégie adaptative de protection, et sensibilisés à la légitimité de répondre à ces besoins d'attachement sans prendre la place des parents* ». ⁶⁸

Aux États-Unis, plusieurs programmes de formation des *caregiver* ont été évalués.^{56, 57, 93,}
⁹⁵ Certains ont été validés par des études contrôlées randomisées, ce qui leur donne une validité externe plus importante. La plupart sont des thérapies comportementales, probablement pour

plusieurs raisons. Tout d'abord, elles sont adaptées aux soins en groupe, ce qui facilite leur mise en place dans le cadre de la formation professionnelle. Ensuite, étant bien protocolisées, elles permettent plus facilement d'être évaluées de façon randomisée et contrôlée. Les tableaux 24 et 25 reprennent les différents protocoles de thérapie étudiés, respectivement chez les enfants de 0 à 7 ans et de 7 à 17 ans.

Le programme le plus utilisé et aussi le plus étudié est le *Multi-dimensional Treatment Foster Care* (MTFC), un programme multidimensionnel.¹⁰⁵ Il est mis en place par une équipe spécialisée d'assistants sociaux, psychologues et éducateurs. Il comporte une thérapie individuelle pour l'enfant, une thérapie familiale, des interventions scolaires et du soutien. Il est basé sur la théorie cognitivo-comportementale. À l'enfant, il propose des exercices de résolution de problèmes, un entraînement social et de non-agressivité. Aux assistants familiaux, il permet d'apprendre à proposer un environnement structuré, à poser des règles et limites claires, et à superviser l'enfant. Il propose également une guidance parentale pour les familles biologiques. Ce programme a été étudié principalement aux États-Unis, mais également au Royaume-Uni, en Suède et en Allemagne. Les résultats sont toujours positifs que soit l'étude et le pays.^{105, 131} On observe une amélioration des comportements de l'enfant, avec moins de délinquance, moins d'actes anti-sociaux, et une réduction des consommations de drogues. Par ailleurs, on observe une diminution des symptômes dépressifs et des troubles mentaux par la suite, mais uniquement chez les filles.

Programme	Public visé	Intervention	Résultats
ABC <i>Études contrôlées randomisées</i>	12 - 24 mois	<u>Thérapie comportementale</u> Durée 10 semaines Développement des compétences affectives Aide à la reconnaissance des émotions de l'enfant Aide à la gestion des comportements	Taux de cortisol salivaire plus bas, suggérant une meilleure gestion du stress Amélioration des comportements et des interactions sociales
MT-FCP	3 - 7 ans	<u>Thérapie comportementale</u> Apprendre à poser des limites, renforcer les comportements pro-sociaux, éviter l'influence des pairs antisociaux	Meilleure gestion du stress Placements plus stables
PFR	0 - 2 ans	<u>Thérapie basée sur la théorie de l'attachement</u> Durée 10 semaines Donner au <i>caregiver</i> un sensibilité aux spécificités de l'enfant, lui apprendre à poser des exigences adaptées, recadrer l'interprétation et la réponse aux comportements difficiles et réactions ambiguës de l'enfant	

ABC : Attachment and Behavioral Catch-up ; MT-FCP : Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers ; PFR : Promoting First Relationships

Tableau 24 Programmes à destination des *caregivers* en charge d'enfants de 0 à 6 ans

Programme	Public visé	Intervention	Résultats
Nurturing attachments	4 - 14 ans avec troubles de l'attachement	Durée 18 mois Développement des compétences des <i>caregivers</i> pour travailler avec des enfants qui ont des troubles de l'attachement	Diminution du score au SDQ
Fostering changes	2 - 17 ans avec troubles du comportement	Durée 12 semaines Apprentissage de stratégies de gestion des comportements (renforcement positif, limites)	Diminution des troubles du comportement Pas d'amélioration des troubles des conduites et de l'hyperactivité
Incredible years carer training <i>www.incredibleyears.com</i>	2 - 17 ans avec troubles externalisés	Durée 12 semaines Amélioration des compétences parentales (renforcement positif, limites, motivation de l'enfant)	Diminution des troubles du comportement, variable selon les études
KEEP = déclinaison du MTFC	5 - 12 ans	Durée 16 semaines Apprentissage de stratégies de gestion des comportements (renforcement positif, limites)	Amélioration du comportement variable selon l'implication du <i>caregiver</i>
MTFC-A	12 - 17 ans	Thérapie comportementale + supervision + stratégies pour éviter la mauvaise influence des pairs antisociaux	Amélioration du comportement Diminution des troubles mentaux chez les filles

KEEP : Keeping foster parents trained and supported ; MTFC-A : Multi-dimensional Treatment Foster Care for Adolescents ; SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire

Tableau 25 Programmes à destination des *caregivers* en charge d'enfants de 7 à 17 ans

Tous ces programmes ont pour but de recréer entre l'enfant et l'Assistant Familial une relation parent-enfant. En effet, ils comportent quasiment tous un volet *Guidance parentale* avec l'apprentissage des limites et du renforcement positif, ainsi qu'un volet *Attachement*, avec l'objectif de créer un attachement sécure entre l'enfant et sa famille d'accueil.

3.9.3. Thérapies individuelles et familiales spécifiques des enfants placés

La séparation ne soigne pas les conséquences psychiques des traumatismes subis. Il est donc indispensable d'envisager des soins pour les enfants placés qui présentent un trouble mental.

3.9.3.1. Intérêts de thérapies spécifiques

Devant les particularités de cette population, il paraît nécessaire d'avoir des thérapies spécifiques, ou au moins adaptées, qui aient été étudiées et validées dans cette population. Le risque chez ces enfants, est soit de considérer tous les symptômes comme étant post-traumatiques, et d'occulter une autre pathologie, soit de ne pas prendre en compte la part traumatique et la spécificité de leur mode de vie, et de les prendre en charge de façon classique. Cela nécessite également que les thérapeutes qui les prennent en charge soient formés spécifiquement.

Le congrès américain a mis en place en 2011 un programme, le *Promoting Safe and Stable Families Program*.⁶⁷ L'objectif est de prendre en charge en premier lieu les conséquences du traumatisme, et par la suite de traiter les pathologies psychiatriques sous-jacentes. Après avoir montré sur 14 000 enfants placés que pour chaque traumatisme, un enfant présentait 1,7 symptômes psychiatriques, et 1,4 symptômes post-traumatiques, ils proposent une recherche systématique du traumatisme et des symptômes associés chez tous les enfants placés. Dans le cas où un symptôme psychiatrique est identifié, le traitement est initialement centré sur le traumatisme. Si malgré tout, le symptôme persiste, le diagnostic est précisé, et une prise en charge de cette pathologie est proposée. En effet, le traitement du traumatisme est différent : plus focalisé sur le contexte, la sécurité, et le soutien, il comprend les symptômes et les comportements à risque comme parts de réactions globales, permet le développement de mécanismes de protection et de force, et est moins focalisé sur l'utilisation des médicaments.

Dans l'idée de rétablir une dynamique familiale positive, et en considérant que c'est en partie cette même dynamique qui est à l'origine des difficultés et du placement, une prise en charge en thérapie familiale peut être envisagée. Seulement, elle nécessite que les parents acceptent l'aide, reconnaissent leurs responsabilités, que l'état psychique de l'enfant ne soit pas trop dégradé, et surtout que les évolutions familiales espérées soient possibles dans un délai compatible avec le développement de l'enfant.

En France, à notre connaissance, aucune thérapie n'a été étudiée spécifiquement sur cette population. Les seules recommandations qui existent sont celles du Pr M. Berger, qui préconise, après évaluation du fonctionnement mental des parents, observation de l'interaction parent/enfant, et évaluation du développement cognitif et affectif de l'enfant, d'être « *au plus près de l'enfant, le plus souvent possible, pour l'accompagner et verbaliser avec lui ses ressentis* », et accompagner le double attachement, à sa famille biologique et à ses *caregiver*.²⁷

Aux États-Unis et au Royaume-Uni par contre, de nombreux protocoles thérapeutiques ont été mis en place et évalués.^{53, 78, 93} La plupart des interventions étudiées et recommandées sont de type comportementale, plus ou moins cognitive, dans un objectif de réduction des symptômes.

3.9.3.2. Interventions sur l'enfant

Le Tableau 26 reprend plusieurs thérapies individuelles adaptées et étudiées chez les enfants placés.¹³¹ Plusieurs protocoles ont par ailleurs été étudiés dans le traitement spécifique de certaines pathologies, l'épisode dépressif, le trouble anxieux, ou les troubles du comportement dans les suites d'un traumatisme. Toutes les études ayant évalué ces protocoles retrouvent une amélioration de la symptomatologie.

Thérapie	Public visé	Intervention	Résultats
ARC	Tout âge	Attachement Régulation des émotions Compétences sociales	Diminution des troubles du comportement et des symptômes post-traumatiques
Life story work	3 - 17 ans	Récit des expériences de l'enfant	Amélioration des compétences relationnelles et de la gestion des émotions
Mentoring	6 - 17 ans	Entraînement aux compétences sociales	Amélioration des compétences relationnelles et de la gestion des émotions
Équithérapie et thérapie avec les chiens	7 - 17 ans		Diminution des symptômes post-traumatiques Attachement plus sécuritaire
Art-thérapie et méditation en pleine conscience	8 - 15 ans	Développement de l'attention et de l'imagination Compréhension de ses émotions et comportements	Meilleures réactions émotionnelles
CBCT	13 - 17 ans	Durée 6 semaines Promouvoir l'empathie et la compassion	Aucun effet constaté sur l'inflammation ou les symptômes psychiatriques
TCC pour la dépression <i>www.kpchr.org/public/acwd/acwd.html</i>	12 - 18 ans en famille d'accueil, avec dépression ou dysthymie		Diminution des symptômes dépressifs
TCC pour l'anxiété	6 - 17 ans avec trouble anxieux		
TF-CBT (focalisée sur le trauma) <i>tfcbt.musc.edu</i> <i>Études contrôlées randomisées</i>	3 - 18 ans en famille d'accueil, avec antécédent de trauma, avec troubles du comportement ou de l'humeur		Diminution des symptômes post-traumatiques, dépressifs et anxieux Amélioration du fonctionnement global

ARC : Attachment Regulation and Competency ; CBCT : Cognitively-Based Compassion Training ; TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale ; TF-CBT : Trauma Focused Cognitive Based Therapy

Tableau 26 Thérapies étudiées chez les enfants placés

3.9.3.3. *Interventions mixtes enfant et caregiver*

Un seul protocole de thérapie de type familiale a été retrouvé dans la littérature :

Thérapie	Public visé	Intervention	Résultats
Parent-child interaction therapy <i>http://www.pcit.org</i>	2 - 7 ans avec troubles externalisés	Thérapie comportementale : apprentissage du renforcement positif	Amélioration des compétences parentales de la famille d'accueil Amélioration du comportement de l'enfant

La principale limite de toutes les études ayant évalué ces différentes thérapies réside dans

la faible puissance des résultats, due à la petite taille des échantillons étudiés, le plus souvent moins de 50 enfants inclus par groupe. Par ailleurs, elles sont très rarement contrôlées, et quasiment jamais randomisées. Elles comportent également d'importants biais : elles sont le plus souvent réalisées par les équipes qui ont créé le protocole de thérapie, et les résultats sont évalués uniquement par des hétéro-questionnaires remplis par les *caregiver*.

À notre connaissance, il n'existe pas d'étude réalisée en France sur un protocole de thérapie spécifique aux enfants placés.

Conclusion

En France, un peu moins de 1 % des enfants sont placés hors du domicile de leurs parents biologiques. Avant le placement, ils ont pour la plupart subi des mauvais traitements, ou au moins n'ont pas été dans un environnement permettant leur développement de façon satisfaisante. Notre hypothèse initiale était que ce contexte développemental potentiellement délétère pouvait entraîner une fréquence plus élevée de troubles mentaux que chez les enfants du même âge en population générale.

Nous avons tout d'abord mis en évidence la vulnérabilité précoce de ces enfants, issus de familles instables, aux nombreux antécédents familiaux psychiatriques, et sujets à des complications très précoces, fœtales et néonatales. Plus de la moitié d'entre eux ont été victimes de maltraitance physique, psychique et/ou sexuelle, et ont tous vécu au moins une séparation au moment de leur placement. Ces traumatismes sont considérés comme d'importants facteurs de risque de pathologie mentale.

Les résultats de notre revue non exhaustive de la littérature soulignent la prépondérance des retards de développement, des retards mentaux, et ensuite l'importante prévalence de toutes les pathologies mentales. Des différences de fréquence de troubles mentaux ont pu être mises en évidence selon le type de placement, avec une prévalence des troubles plus importante chez les enfants accueillis en institution par rapport à ceux accueillis en familles d'accueil. Certains facteurs de protection ont pu être mis en évidence, comme la stabilité du placement ou l'âge de placement précoce. En effet, un placement avant l'âge de 2 ans semble diminuer le risque de trouble mental par la suite.

L'analyse des prises en charges a permis de mettre en évidence des disparités territoriales importantes, mais dans l'ensemble, on note qu'à difficultés identiques, les enfants placés sont moins bien pris en charge que les enfants en population générale. En terme de traitement, la prescription de psychotropes est également très fréquente dans cette population.

Nous avons été contraints d'élargir nos recherches à la littérature étrangère, principalement anglo-saxonne, en raison de l'absence d'études françaises suffisantes sur les troubles mentaux chez les enfants placés. En effet, malgré l'existence de quelques études départementales sur la santé ou le bien-être des enfants placés, on ne peut ni les comparer entre elles, ni extrapoler les résultats. C'est la principale limite de notre travail, nous avons pu décrire des chiffres ou des tendances, mais en aucun cas tirer des conclusions sur la situation française à partir des résultats étrangers, en raison de trop grandes différences dans l'organisation des politiques de protection de l'enfance. Cependant, la constance des résultats retrouvés, quel que soit le pays, le mode de recueil des données, et la population incluse, souligne la robustesse des résultats : les enfants placés ont plus de troubles mentaux, et ont un moins bon accès aux soins

que les enfants de leur âge qui vivent avec leurs parents.

Les politiques de protection de l'enfance, gérées par les Conseils Départementaux, sont très variables, que ce soit en terme de financement, de solutions d'hébergement, ou de politique de santé de ces enfants. Au niveau national, il n'existe aucune recommandation de prise en charge concernant la santé mentale des enfants placés. Preuve cependant de l'intérêt de cette question, le rapport sur l'accès aux soins commandé par le Défenseur des Droits et publié en mars 2016, qui pointe de nombreux freins, principalement dus à l'absence de cadre clair.

Concernant les axes d'amélioration possibles, le dépistage systématique précoce et le suivi rapproché apparaît comme essentiel à mettre en place. C'est ce que recommandent les sociétés savantes américaines depuis plusieurs années, et qui se met progressivement en place dans ce pays. Les bénéfices à long termes de ces protocoles, encore trop récents, n'ont pas encore pu être établis.

Au plan du soin à proprement parler, il n'existe à notre connaissance, en France, aucune étude de psychothérapie dans cette population d'enfants placés. Dans les pays où des thérapies spécifiques ont été évaluées, elles étaient le plus souvent basées sur des théories comportementales, mais les résultats sont difficilement interprétables en raison des nombreux biais présents, en particulier la taille des effectifs et les conflits d'intérêt des auteurs.

En France, malgré l'absence de protocole national, il est important de souligner l'existence d'initiatives locales, des départements qui tentent de s'adapter aux spécificités territoriales. La plupart des initiatives françaises concernent l'adaptation et la création de structures permettant d'accueillir les enfants ayant de graves troubles du comportement, souvent nommés les « *incasables* », qui ne relèvent pas hospitalisation au long cours en psychiatrie, mais sont par ailleurs trop difficiles à gérer dans des lieux de vie classiques. Cependant, les choses changent, les mentalités évoluent, et le constat quasi unanime des difficultés psychiques des enfants placés amènent à des évolutions. Par exemple, en Gironde (33), l'Agence Régionale de Santé (ARS) a engagé en 2012 une dynamique de travail destinée à améliorer l'accès aux soins psychiatriques des adolescents et éviter les ruptures de prise en charge. Sa Délégation territoriale a animé une démarche d'amélioration des délais de consultations en CMP, d'identification de consultations en urgence, d'hospitalisation de mineurs de moins de 15 ans en unité de pédopsychiatrie ou de pédiatrie et non en unité pour adultes, d'information et d'accompagnement des professionnels d'établissements sociaux et médico-sociaux qui accueillent ou prennent en charge des adolescents. Par ailleurs, un correspondant Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) est chargé de faciliter l'accès aux droits et aux soins des enfants placés. En France, le 23 février 2015, la 2ème réunion avec les représentants des présidents des conseils départementaux a identifié plusieurs pistes d'amélioration, dont la première est de favoriser la stabilité des parcours des enfants en

protection de l'enfance.

De nombreux progrès restent tout de même à faire, en particulier dans le diagnostic précoce des troubles, et l'accès aux soins. Il serait intéressant de mettre en place en France une étude de cohorte d'enfants placés, qui soit multicentrique, afin de gommer les différences de politiques et spécifiés territoriales, pour étudier plus en détail la santé et les troubles mentaux des enfants placés. L'objectif étant la diminution des troubles ou du moins de leur gravité et retentissement, l'objectif pourrait être dans un second temps de faire émerger des recommandations, applicables et faciles à mettre en œuvre, afin de dépister ces troubles de façon précoce. Des solutions politiques concrètes aux problèmes d'accès aux soins sont également attendues.

Bibliographie

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Child Welfare League of America. *AACAP/CWLA Policy Statement on Use of Alcohol/Drugs, Screening/Assessment of Children in Foster Care* [Internet]. Disponible sur : https://www.aacap.org/en-us/advocacy-and-policy/aacap-policy-statements/2003/Mental_Health_and_Use_of_Alcohol_and_Other_Drugs_Screening_and_Assessment_of_Children_in_Foster_Care.aspx
2. American Academy of Pediatrics. *Mental and behavioral health* [Internet]. Healthy Foster Care America. Disponible sur : <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/healthy-foster-care-america/Pages/Mental-and-Behavioral-Health.aspx>
3. American Academy of Pediatrics District II, New York State. *Fostering health: Health care for children and adolescents in foster care*, 2nd edition. 2005.
4. Anderson HD. *Suicide ideation, depressive symptoms, and out-of-home placement among youth in the U.S. Child Welfare system*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2011;40(6):790-6.
5. Article L2111-2 du Code de la Santé Publique. Modifié par la Loi 2005-706 2005-06-27
6. Article L112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Modifié par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016
7. Article L123-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Modifié par la Loi n°2007-293 du 5 mars 2007
8. Article L123-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Modifié par la Loi n°2013-403 du 17 mai 2013
9. Article 221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Modifié par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016
10. Article L223-1-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Créé par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016
11. Article L223-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Modifié par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016
12. Article 226-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Créé par la Loi n°2007-293 du 5 mars 2007
13. Article 227-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Modifié par la Loi n°2013-403 du 17 mai 2013
14. Article L371-1 du Code Civil. Modifié par la Loi n°2013-404 du 17 mai 2013
15. Article 372 du Code Civil. Modifié par la Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016
16. Article 372-2 du Code Civil. Créé par la Loi n°2002-305 du 4 mars 2002
17. Article 375 du Code Civil. Modifié par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016
18. Article 375-1 du Code Civil. Modifié par la Loi n°2004-1 du 2 janvier 2004
19. Article 375-7 du Code Civil. Modifié par la Loi n°2016-731 du 3 juin 2016
20. Article 226-13 du Code Pénal. Modifié par l'Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000
21. Article 434-3 du Code Pénal. Modifié par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016
22. Bacro F, Rambaud A, Humbert C, et al. *Les parcours de placement et la qualité de vie des enfants de 6 à 11 ans accueillis dans des institutions relevant de la protection de l'enfance*. L'Encéphale. 2015;41:412-9.
23. Bacro F, Rambaud A, Sellenet C et al. *La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique*. 2013.
24. Bell T, Romano E, Flynn RJ. *Multilevel correlates of behavioral resilience among children in child welfare*. Child Abuse & Neglect. 2013;37(11):1007-20.
25. Bell T, Romano E, Flynn RJ. *Profiles and predictors of behavioral resilience among children in child welfare*. Child Abuse & Neglect. 2015;48:92-103.
26. Berger M, Castellani C, Ninoreille K et al. *Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2010;58:282-92.
27. Berger M. *La spécificité du travail clinique en protection de l'enfance*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2006;54:137-41.
28. Bernard K, Butzin-Dozier Z, Rittenhouse J et al. *Cortisol production patterns in young children living with birth parents vs children placed in foster care following involvement of child protective services*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2010;164(5):438-43.
29. Bernard K, Zwerling J et al. *Effects of early adversity on young children's diurnal cortisol rhythms and externalizing behavior*. Developmental Psychobiology. 2015;1-13.
30. Bianco JL, Lamy P. *L'aide à l'enfance demain, contribution à une politique de réduction des inégalités*. Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, 1980.

31. Bick J, Zhu T, Stamoulis C et al. *Effect of early institutionalization and foster care on long-term white matter development, A Randomized Clinical Trial*. JAMA Pediatrics. 2015;169(3):211-9.
32. Blaze J, Roth TL. *Exposure to caregiver maltreatment alters expression levels of epigenetic regulators in the medial prefrontal cortex*. International Journal of Developmental Neuroscience. 2013;31(8).
33. Blaze J, Scheuing L, Roth TL. *Differential methylation of genes in the medial prefrontal cortex of developing and adult rats following exposure to maltreatment or nurturing care during infancy*. Neuroscience. 2013;35:306-16.
34. Blower A, Addo A, Hodgson J et al. *Mental Health of 'Looked After' Children: A Needs Assessment*. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2004;9(1):117-29.
35. Bonnot O. *Troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-204-G-10, 2007.
36. Borderies F, Trespeux F. *Les bénéficiaires de l'Aide Sociale Départementale en 2012. Etudes et résultats*. 2013;(858).
37. Bos K, Zeanah CH, Fox NA et al. *Psychiatric outcomes in young children with a history of institutionalization*. Harvard Review of Psychiatry. 2011;19(1):15-24.
38. Bourdais M, Grenier M, Mennesson A. *Étude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris*. CAREPS; 2003.
39. Bronsard G, Lançon C, Loundou A et al. *Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System*. Children and Youth Services Review. 2011;33(10):1886-90.
40. Burns B, Phillips S, Wagner H et al. *Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004;43(8):960-70.
41. Casanueva C, Tueller S, Smith K et al. *NSCAW II Wave 3 Report*. 2014 p. 64. Report No.: 2013-43.
42. Castellani C, Ninoreille K, Berger M et al. *Comparaison du niveau de développement d'enfants en crèche et en pouponnière et soumis à différents niveaux de défaillances parentales précoces*. Devenir. 2015;27(1):5-29.
43. Chapon N. *Le placement des enfants de la France au Québec : deux politiques, une même intention*. Intervention. 2012;(137):15-25.
44. Charrel M, Beauvais M-C, Da Silva E. *Étude sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine-et-Loire*. Conseil Départemental du Maine-et-Loire; 2009 p. 72. Rapport No.: 615.
45. Child Welfare Information Gateway. *How the child welfare system works* [Internet]. US Department of Health and Human Services, Children's bureau; 2013. Disponible sur : <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/cpswork.pdf>
46. Cicchetti D, Rogosch FA, Oshri A. *Interactive effects of CRHR1, 5-HTTLPR, and child maltreatment on diurnal cortisol regulation and internalizing symptomatology*. Developmental Psychobiology. 2011;23(4):1125-38.
47. Collin-Vézina D, Coleman K, Milne L et al. *Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care*. International Journal of Mental Health and Addiction. 2011;9(5):577-89.
48. Conn A-M, Szilagyi MA, Jee SH et al. *Mental health outcomes among child welfare investigated children: In-home versus out-of-home care*. Children and Youth Services Review. 2015;57:106-11.
49. *Convention Internationale de Droits de l'Enfant* [Internet]. nov 20, 1989. Disponible sur: <http://www.droitsenfant.org/convention/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>
50. Corbet E. *La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance*. CREAI Rhône-Alpes, Département de la Haute-Savoie, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes. 2012.
51. David M. *Séparation précoce : Traumatisme de la première enfance ?* Dialogue. 2005;2(168):97-105.
52. De Bellis MD. *The Psychobiology of Neglect*. Child Maltreatment. 2005;10(2):150-72.
53. Deutsch SA, Lynch A, Zlotnik S et al. *Mental health, behavioral and developmental issues for youth in foster care*. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. 2015;45:292-7.
54. Dimigen G, Del Priore C, Butler S et al. *Psychiatric disorder among children at time of entering local authority care: questionnaire survey*. British Medical Journal. 1999;319:675.
55. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). *4,2 millions de prestations d'aide sociale attribuées par les départements en 2014*. Études et Résultats. 2015;(942).
56. Dozier M, Peloso E, Lewis E et al. *Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care*. Development and Psychopathology. 2008;20(3):845-59.
57. Dozier M, Peloso E, Lindhiem O et al. *Developing Evidence-Based Interventions for Foster Children: An Example of a Randomized Clinical Trial with Infants and Toddlers*. Journal of Social Issues. 2006;62(4):767-85.
58. Euillet S, Halifax J, Moisset P et al. *L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin* [Internet]. 2016. Disponible sur :

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf

59. Fawley-King K, Snowden LR. *Relationship between placement change during foster care and utilization of emergency mental health services*. Children and Youth Services Review. 2012;34:348-53.
60. Fiacre P, Peintre C, Barreyre J-Y. *Observer les situations de vie des enfants, adolescents et jeunes majeurs placés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Yvelines*. Schéma Yvelines 2ème Génération, Volet « enfance-famille », Annexes Enquête situations de vie; 2003.
61. Ford T, Vostanis P, Meltzer H. *Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households*. British Journal of Psychiatry. 2007;190:319-25.
62. Fox NA, Almas A, Degnan KA et al. *The effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: findings from the Bucharest Early Intervention Project*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2011;52(9):919-28.
63. Gauthier Y, Fortin G, Jéliu G. *Applications cliniques de la théorie de l'attachement pour les enfants en famille d'accueil : importance de la continuité*. Devenir. 2004;16(2):109-39.
64. Giannitelli M, Plaza M, Guillemont F 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;59:492-500.
65. Greeson JK, Ake GS, Briggs E et al. *Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network*. Child welfare. 2011;90(6):91-108.
66. Greger HK, Myhre AK, Lydersen S et al. *Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population*. Child Abuse & Neglect. 2015;45:122-34.
67. Griffin G, McClelland G, Holzberg M. *Adressing the impact of trauma before diagnosing mental illness in child welfare*. Child welfare. 2011;90(6):69-89.
68. Guédény N. *Le domaine de la protection de l'enfance. L'enrichissement des pratiques par la théorie de l'attachement*. Perspectives psy. 2007;46:11-7.
69. Haute Autorité de Santé. *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir*. 2014 p. 114.
70. Hayek M, Mackie TI, Mulé CM et al. *A multi-state study on mental health evaluation for children entering foster care*. Administration and Policy in Mental Health. 2014;41(4):552-67.
71. He AS, Fulginiti A, Finno-Velasquez M. *Connectedness and suicidal ideation among adolescents involved with child welfare: A national survey*. Child Abuse & Neglect. 2015;42:54-62.
72. Hillen T, Gafson L. *Why good placements matters: Pre-placement and placement risk factors associated with mental health disorders in pre-school children in foster care*. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2015;20(3):486-99.
73. Humphreys K, Gleason M, Drury S et al. *Effects of institutional rearing and foster care on psychopathology at age 12 years in Romania: follow-up of an open, randomised controlled trial*. Lancet Psychiatry. 2015;2(7):625-34.
74. Janssens A, Deboutte D. *Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium*. Journal of Epidemiology & Community Health. 2010;64:353-9.
75. Katz LY, Au W, Singal D et al. *Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system*. Canadian Medical Association Journal. 2011;183(17):1977-81.
76. Kayser C, Jaunay E, Giannitelli M et al. *Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2011;59:393-403.
77. Konicheckis A. *Troubles psychiques liés aux interactions précoces*. Spirale. 2003;1(25):149-60.
78. Landsverk JA, Burns BJ, Faw Stambaugh L et al. *Psychosocial interventions for children and adolescents in foster care: Review of research literature*. Child Welfare. 2009;88(1):49-69.
79. Leslie LK, Hurlburt MS, Landsverk J et al. *Comprehensive assessments for children entering foster care: A national perspective*. Pediatrics. 2006;112:134-42.
80. Leslie LK, Landsverk J, Ezzet-Lofstrom R et al. *Children in foster care: factors influencing outpatient mental health service use*. Child Abuse & Neglect. 2000;24(4):465-76.
81. Linares LO, Martinez-Martin N, Castellanos FX. *Stimulant and atypical antipsychotic medications for children placed in foster homes*. PLOS ONE. 2013;8(1).
82. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (JO n°55 du 6 mars 2007)
83. Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 (JO n°63 du 15 mars 2016)
84. Luke N, Sinclair I, Woolgar M et al. *What works in preventing and treating poor mental health in looked after children?* NSPCC; 2014.

85. Mascaro R, Dupuis-Gauthier C, Jardri R et al. *Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière*. Devenir. 2012;24:69-115.
86. Mazet P, Stoléru S. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. 3ème édition. Masson; 2003. 434 p. (Les âges de la vie).
87. McCann J, James A, Wilson S et al. *Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system*. British Medical Journal. 1996;313:1529-30.
88. McLaughlin K, Zeanah C, Fox N et al. *Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2012;
89. McLaughlin KA, Sheridan MA, Tibu F et al. *Causal effects of the early caregiving environment on development of stress response systems in children*. Proceedings of the National Academy of Science. 2015;112(18):5637-42.
90. Meltzer H, Gatward R, Corbin T et al. *The mental health of young people looked after by local authorities in England*. Office for National Statistics on behalf of the Department of Health; 2003.
91. Mouhot F. *Séparations parents/enfant : impact de l'âge des enfants sur leur évolution*. La psychiatrie de l'enfant. 2003;46:609-29.
92. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Quality standards for the health and wellbeing of looked after children and young people*. [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs31>
93. National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC). *The child protection system across the UK* [Internet]. Disponible sur: <https://www.nspcc.org.uk/preventing-abuse/child-protection-system/>
94. Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA et al. *Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project*. Science. 2007;318:1937-40.
95. Nelson EM, Spieker SJ. *Intervention effects on morning and stimulated cortisol responses among toddlers in foster care*. Infant Mental Health Journal. 2013;34(3):211-21.
96. Newton RR, Litrownik AJ, Landsverk J. *Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements*. Child Abuse & Neglect. 2000;24(10):1363-74.
97. Norman R, Byambaa M, De R et al. *The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis*. PLoS Medecine. 2012;9(11): e1001349.
98. Observatoire national de la protection de l'enfance. *Enfants en (risque de) danger, enfants protégés ; quelles données chiffrées ? Onzième rapport annuel de l'ONPE au Gouvernement et au Parlement*. Octobre 2016.
99. ODPE du Finistère. *Le placement des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance*. Conseil Général du Finistère; 2011 p. 13.
100. Olliac B. *Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2012;60:307-14.
101. Organisation Mondiale de la Santé. *La maltraitance des enfants* [Internet]. Aide-mémoire N°150; 2016. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
102. Paquette D, Laporte L, Bigras M, et al. *Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance*. Santé mentale au Québec. 2004;29(1):201-20.
103. Pilowsky DJ, Wu L-T. *Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care*. Journal of Adolescent Health. 2006;38(4):351-8.
104. Proposition de loi sur l'enfance délaissée et l'adoption, adoptée par l'Assemblée Nationale n°881 le 1er mars 2012.
105. Racusin R, Maerlender AC, Sengupta A et al. *Psychosocial treatment of children in foster care: A review*. Community Mental Health Journal. 2005;41(2):199-221.
106. Rahilly T, Hendry E. *Promoting the Wellbeing of Children in Care*. NSPCC; 2014.
107. Rhodes AE, Boyle MH, Bethell J et al. *Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors*. Child Abuse & Neglect. 2012;36:542-51.
108. Romanelli LH, Lansverk J, Mass Levitt J. *Best practices for mental health in child welfare: screening, assessment, and treatment guidelines*. Child welfare. 2009;88(1):163-88.
109. Rousseau D, Parot E, Fanello S. *Enquête auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents dans le Maine-et-Loire (2002-2004)* [Internet]. 2006. Disponible sur: <http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/Publications/ase-epidemiologie.pdf>
110. Rubin DM, O'Reilly AL, Luan X et al. *The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care*. Pediatrics. 2007;119(2):336-44.
111. Savard N. *La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. ONED; 2010.

112. Schilling S, Fortin K, Forkey H. *Medical management and trauma-informed care for children in foster care*. Current Problems of Pediatric and Adolescent Health Care. 2015;45:298-305.
113. Schmid M, Goldbeck L, Nuetzel J. *Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2008;2(2):1753-2000.
114. Scozzaro C, Janikowski TP. *Mental health diagnosis, medication, treatment and placement milieu of children in foster care*. Journal of Child and Family Studies. 2015;24:2560-7.
115. Service des études juridiques. - *Les structures de protection de l'enfance* [Internet]. Étude de législation comparée n° 170. Sénat. 2007. Disponible sur: https://www.senat.fr/lc/lc170/lc170_mono.html#toc2
116. Simms MD, Dubowitz H, Szilagyi MA. *Health care needs of children in the foster care system*. Pediatrics. 2000;106(4):909-18.
117. Szilagyi MA, Rosen DS, Rubin D et al. *Health care issues for children and adolescents in foster care and kinship care*. Pediatrics. 2015;136(4):1142-66.
118. Tanguy M, Rousseau D, Roze M et al. *Parcours et devenir de 128 enfants admis avant l'âge de 4 ans en pouponnière sociale*. Archives de pédiatrie. 2015;22:1129-39.
119. Tarren-Sweeney M. *An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomatology among children in foster and kinship care*. Child Psychiatry and Human Development. 2013;44:727-41.
120. Tarren-Sweeney M. *Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care*. Children and Youth Services Review. 2008;30:1-25.
121. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. *Measurement tools highlighted on the CEBC* [Internet]. Disponible sur: <http://www.cebc4cw.org/assessment-tools/measurement-tools-highlighted-on-the-cebc/>
122. *The Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS)*, [Internet]. The John Praed Foundation. Disponible sur : <https://praedfoundation.org/tools/the-child-and-adolescent-needs-and-strengths-cans/>
123. Tibu F, Humphreys KL, Fox NA et al. *Psychopathology in young children in two types of foster care following institutional rearing*. Infant Mental Health Journal. 2014;35(2):123-31.
124. Traube DE, James S, Zhang J et al. *A national study of risk and protective factors for substance use among youth in the child welfare*. Addictive Behaviors. 2012;37(5):641-50.
125. Trémintin J. *Le placement en Europe*. Lien Social. 1995;(328).
126. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's bureau. *The AFCARS Report. Preliminary FY 2014 Estimates* [Internet]. 2015. Report No.: 22. Disponible sur: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb>
127. Villodas MT, Litrownik AJ, Newton RR et al. *Long-term placement trajectories of children who were maltreated and entered the child welfare system at an early age: consequences for physical and behavioral well-being*. Journal of Pediatric Psychology. 2015;1-7.
128. White C, Havalchak A, Jackson LJ et al. *Mental health, ethnicity, sexuality, and spirituality among youth in foster care: Findings from the Casey Field Office Mental Health Study*. Casey Family Programs; 2007 p. 50.
129. Whitted KS, Delavega E, Lennon-Dearing R. *The youngest victims of violence: Examining the mental health needs of young children who are involved in the child welfare and juvenile justice systems*. Child and Adolescent Social Work Journal. 2013;30:181-95.
130. Zeanah CH, Larrieu JA, Scott Heller S et al. *Evaluation of a preventive intervention for maltreated infants and toddlers in foster care*. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 2001;40(2):214-21.
131. Zilberstein K, Popper S. *Clinical competencies for the effective treatment of foster children*. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2014;
132. Zito J, Safer D, Gardner J. *Psychotropic medication patterns among youth in foster care*. Pediatrics. 2008;121(1):157-63

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le
Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)

Résumé

Actuellement en France, environ 160 000 enfants sont placés hors du domicile parental, sous la responsabilité de l'Aide Sociale à l'Enfance. Ces enfants ont vécu dans des environnements peu propices à leur bon développement, et ont été séparés de leur famille biologique. Ces parcours de vie chaotique ne peut pas être sans conséquence sur le développement psychique de l'enfant.

Une revue non exhaustive de la littérature entre 2015 et 2016, en France et à l'étranger, a été effectuée pour identifier le profil de ces enfants, les facteurs de risque de troubles mentaux et les pathologies psychiatriques qu'ils présentent.

L'Aide Sociale à l'Enfance est gérée au niveau départemental. Le nombre d'enfants placés, les types et les motifs de placement varient selon les territoires. Plus de la moitié de ces enfants ont subi des maltraitances avant le placement. Par rapport aux enfants de même classe d'âge, ils présentent plus de troubles internalisés et externalisés, plus de retards de développement, plus d'addictions, et plus de comportements suicidaires, mais les prévalences dépendent du type d'accueil. Des facteurs de protection ont été identifiés, comme l'âge de placement précoce, et la stabilité du placement. Les enfants placés reçoivent plus de traitements médicamenteux, et moins de psychothérapie. Les principaux freins à l'établissement de soins sont l'absence de cadre législatif, à l'origine de difficultés organisationnelles, et le manque de partenariats entre les services sanitaires et sociaux.

Des recommandations nationales pour le dépistage des troubles et l'organisation des soins, ainsi que la validation de protocoles de soins spécifiques aux enfants placés, paraissent nécessaires.

Mot clés : santé mentale, enfants placés, placement, psychiatrie

MENTAL HEALTH OF CHILDREN IN FOSTER CARE, LITERATURE REVIEW

Summary: In France, more than 160 000 children live in foster homes, under the responsibility of the French Child Protection Agency. These children have lived in environments that can't be good for their development, and have been separated from their families, that have to have consequences on the mental development of these children.

A literature review in France and abroad between 2015 and 2016 was made to identify these children's profile, the risk factors and the mental disorders they can present.

French child protection is handled by smaller territories, called *Départements*. There are more than 90 and count around 1 000 000 people each. The number of foster children are very different comparing each *Département*, so as the placement types and meaning of the placement. More than half of these children have suffered maltreatment before the placement. Comparing to same age children, they present more internalizing and externalizing disorders, more delayed development, more addiction problems and suicidal behaviors. Prevalence of mental health problems depend on the type of home.

Protection factors have been identified, such as early age of placement, and placement stability. Foster children receive more medication, and less psychotherapy then in general population. The main inhibitors of good health care are the absence of a common regulatory framework, source of organization difficulties, and the lack of collaboration between health and social services.

National recommendations for mental health screening and care organization, so as validation of protocols for specific therapies for foster children seem to be necessary.

Key words : foster care, psychiatry, mental health, placement, children

Discipline : Psychiatrie