



HAL
open science

Place de la Pédopsychiatrie dans l'écosystème de l'enfant confié à l'A.S.E : état des connaissances et présentation du protocole de l'étude ECCLORE

Marine Gouiran

► **To cite this version:**

Marine Gouiran. Place de la Pédopsychiatrie dans l'écosystème de l'enfant confié à l'A.S.E : état des connaissances et présentation du protocole de l'étude ECCLORE. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02950826

HAL Id: dumas-02950826

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02950826v1>

Submitted on 28 Sep 2020

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Place de la Pédopsychiatrie dans l'écosystème de l'enfant confié à l'A.S.E :
état des connaissances et présentation du protocole de l'étude ECCLORE**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 3 Avril 2020

Par Madame Marine GOUIRAN

Née le 25 décembre 1990 à Pertuis (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Monsieur le Professeur DA FONSECA David

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan

Directeur

Madame le Docteur ROUDAUT Anne

Assesseur

Madame le Docteur KROUCH Tiphaine

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Place de la Pédopsychiatrie dans l'écosystème de l'enfant confié à l'A.S.E :
état des connaissances et présentation du protocole de l'étude ECCLORE**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 3 Avril 2020

Par Madame Marine GOUIRAN

Née le 25 décembre 1990 à Pertuis (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Monsieur le Professeur DA FONSECA David

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan

Directeur

Madame le Docteur ROUDAUT Anne

Assesseur

Madame le Docteur KROUCH Tiphaine

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Asseseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

*A Monsieur le **Professeur François POINSO***

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci aussi pour la qualité de l'enseignement dont j'ai pu bénéficier durant un an dans votre service. Les staffs du vendredi matin, les cours du DESU petite enfance et vos consultations du mercredi ont été d'une richesse inestimable dans ma formation.

*A Monsieur le **Professeur David DA FONSECA***

Ne pas avoir pu passer dans votre service restera un regret dans mon internat. Merci pour la qualité de vos enseignements au cours de mon externat et dans le cadre du DES. Votre cours sur la théorie de l'attachement et ses liens avec la protection de l'enfance en deuxième année de médecine m'a particulièrement marquée.

*A Madame le **Docteur Anne ROUDAUT***

Merci pour la découverte des consultations de pédiatrie « à la Brazelton ». Ton engagement en faveur de la PMI, tes compétences et tes connaissances ont été particulièrement inspirants pour moi. Tu m'as encouragée à m'engager durant ce semestre et je t'en remercie ! Merci aussi pour tes conseils dans la réalisation de ce travail.

*A Madame le **Docteur Tiphaine Krouch***

Nous n'avons fait que nous croiser durant mon internat et je le regrette profondément. Tes compétences et nos intérêts communs pour de nombreux sujets ont vite été une évidence. Ton dynamisme et ton engagement sont exemplaires pour moi. Merci pour ton invitation à Valvert qui a guidé une partie de ce travail.

*A Monsieur le **Docteur Jokthan GUIVARCH***

Un immense merci pour avoir accepté de diriger ce travail et pour ta confiance. Ton professionnalisme, tes connaissances et ton empathie aussi bien envers les enfants et leurs familles qu'envers ton équipe sont exemplaires et m'ont beaucoup appris. Merci encore pour ton aide, tes conseils, ta disponibilité. Au regret de ne pas poursuivre ma carrière professionnelle avec toi !

A **Victor**, mon rayon de soleil qui m'a déjà tant appris en seulement deux ans.

A **Timothée**, pour ce magnifique cadeau et pour avoir supporté ces 13 dernières années si studieuses. Ma vie à vos côtés est merveilleuse. A nos projets !

A **mes parents**, merci pour votre soutien sans faille depuis toujours et pour votre amour. C'est aussi grâce à vous que je suis « tombée dedans quand j'étais petite ». Merci pour tout.

A ma sœur **Delphine** et à mes neveux **Rémi et Vincent**, merci pour ces journées en famille, bouffées d'oxygène dans les périodes chargées. Soyez assurés de l'importance que vous avez dans ma vie. A mon frère **Christophe**, qui a toujours veillé sur moi de là où il est.

A mon parrain **Benoît**, toujours présent et à ta famille.

A ma famille stéphanoise et montpelliéraine : **Brigitte, Bruno, Muriel, Jeremy, Tatiana, Priam, Thomas, Lili, Amel, Pépé et Mémé, Gilou, Minouche, Clément, Florent**. Merci pour votre soutien depuis le début de ces études et pour tous ces bons moments en famille.

A **Anne-Sophie**, une amitié qui dure depuis presque 30 ans et à ta si jolie famille.

A **Julia-Lou, Arnaud, Malo et Camille**, en souvenir du lycée et à la suite !

A **Céline et Alisée**, vous êtes si merveilleuses et votre amitié est tellement précieuse.

A **Femie, Toto et Cassie**, vivement la fin de votre exil au Canada pour voir grandir nos enfants ensemble. A **Julien, Violaine, Aël et Aimy**, nous voulons plus de sorties au théâtre avec vous ! Encore de beaux projets pour notre joyeux groupe.

A mes merveilleuses rencontres d'externat : **Miléna, Paul, Léon, Sima, Oriane, William, Thibaut, Jean, Sarah, Claudia**, et tous les autres. Que de souvenirs et de bons moments à vos côtés.

A mes supers co-internes : **Céline et Maud**, avec un début d'internat mouvementé mais quel bonheur de vous avoir rencontrées. **Mathilde**, j'espère faire un bout de chemin avec toi à Digne. **Caroline**, on a toujours un goûter à organiser. La team Poinso 1: **Catherine, Madeleine, Lola, Delphine, Léa, Cécilia, Clara**, quels fous rires avec vous ! Les Poinsonettes : **Fanny** (à nos soirées jeux de société avec **Quentin et Tim**), **Laure, Victoire, Dalia, Elodie, Sabine, Maud**, quel semestre mémorable à vos côtés !. La team Poinso 2 : **Claudia** (enfin un semestre ensemble !), **Tiphaine** (merci pour tout), **Ariel** (à nos KSADS), **Pauline et Eugénie** (merci pour votre humour qui fait du bien), les **Alexandre**, et les autres. **Anaïs**, pour finir en beauté mon internat !

A mes maîtres de stage et rencontres d'internat

*A l'équipe du **Dr.Chabannes**, en particulier au **Dr.Charre**, au **Dr.Cano** et à l'unité 2.*

*A l'équipe de la regrettée **Dr.Lorient**, en particulier au **Dr.Sara Stouvenel** pour cette belle collaboration, et à l'équipe Reibaut Est.*

*A toute l'équipe du CMP Saint Marcel de Valvert, en particulier au **Dr.Mélanie Bapteste**, merci de m'avoir fait découvrir la pédopsychiatrie et encouragée depuis.*

*Aux équipes de l'hôpital Valvert. A l'équipe des Cèdres, notamment au super duo **Dr.Valérie Jeanjean / Dr.Maxence Bras**. A l'équipe des Lilas, notamment aux **Dr.Claude Guinard, Dr.Hélène Pigeon, Dr.Mathieu Parriggi, Dr.Laurence Milandre**, à **Marylène**.*

*A toute l'équipe du **Pr.François Poinso**. En particulier à l'équipe de l'USP, du CMP Raphaël, de la psychopédagogie. Au **Dr.Sokolowsky** : merci pour vos cours, au **Dr.Jokthan Guivarch** : merci pour tout, au **Dr.Xavier Salle-Collemiche** : merci pour l'initiation à la thérapie familiale, au topissime trio du **Dr.Catherine Sanguinetti**, du **Dr.Anna Hoareau** et du **Dr.Lola Cohen**, à la merveilleuse enseignante **Karen**.*

*Au **Dr.Olivier Bernard**, au **Dr.Marie-Ange Einaudi** et aux équipes de la CRIP et de la MDPH 13.*

*A toute la fabuleuse équipe de la PMI Saint Sébastien, en particulier au **Dr.Anne Roudaut**, au **Dr.Eve Gillet-Carret**, au **Dr.Lucile Moreau**, au **Dr.Julie Picon**, au **Dr.Christina Mahiou**, à **Aurelia**.*

*Au **Dr.Mireille Bruna** pour notre future collaboration !*

A tous les infirmiers et infirmières, psychologues, cadres, secrétaires, assistantes sociales, ASH, et les autres professionnels que j'ai eu la chance de rencontrer durant cet internat. Aux éducateurs et assistantes familiales ayant inspiré ce sujet. A tous les soignants et éducateurs ayant accepté de répondre à mon questionnaire.

*Et pour finir à tous les **patients et leurs familles**, vous êtes ceux m'ayant le plus appris.*

Sommaire

INTRODUCTION	3
I. Contexte actuel et méthodologie globale	6
I.1 Contexte actuel de la problématique	6
I.2 Champs d'étude et problématiques	8
I.3 Particularités de la recherche chez les enfants confiés et justification de la méthodologie employée	9
II. Revue de la littérature	11
II.1 Méthodologie et résultats	11
II.2 Approche épidémiologique.....	12
II.3 Approche historique	22
II.4 Approche développementale et psychopathologique.....	26
II.4.1 Besoins et développement de l'enfant en situation adéquate	26
II.4.2 Modèles psychopathologiques	39
II.4.3 Facteurs de vulnérabilité et de risque du développement des enfants confiés à l'ASE.....	49
II.4.4 Facteurs de risque biologiques, génétiques, épigénétiques, néonataux	78
II.4.5 Facteurs de résilience et de protection	83
II.4.6 Synthèse des études françaises spécifiques sur le développement, la psychopathologie et le devenir des enfants confiés à l'ASE.....	87
II.5 Approche écosystémique.....	93
II.5.1 Conception écosystémique de l'enfant confié à l'ASE	93
II.5.2 Place de la pédopsychiatrie dans l'écosystème	101
II.5.3 Rôle thérapeutique et accès à la pédopsychiatrie pour les enfants confiés.....	113
II.5.4 Exemples de partenariats formalisés et de structures dédiées	127
III. Protocole ECCLORE et protocole d'évaluation des pratiques	130
III.1 Etapes préliminaires à l'écriture du protocole.....	130
III.2 Protocole.....	131
III.3 Résultats d'une enquête d'évaluation des pratiques.....	139
CAS CLINIQUES	161
DISCUSSION	175
CONCLUSION	193
BIBLIOGRAPHIE	197

ABREVIATIONS

AF	Assistante Familiale
AFT	Accueil Familial Thérapeutique
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CMP	Centre Médico Psychologique
CMPP	Centre Médico Psycho Pédagogique
CPPE	Commission Projet Pour l'Enfant
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECG	Electrocardiogramme
ESS	Equipe Suivi Scolarisation
HDJ	Hôpital De Jour
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDS	Maison De la Solidarité
MECS	Maisons d'Enfants à Caractère Social
MIO	Modèles Internes Opérants
ONPE	Observatoire National de la Protection de l'Enfance
PMI	Protection Maternelle Infantile
QI	Quotient Intellectuel
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
WISC	Wechsler Intelligence Scale for Children

INTRODUCTION

En France environ 300 000 enfants et adolescents sont concernés par une mesure de protection de l'enfance, dont 164 000 sont confiés aux services des départements et placés dans des structures d'accueil collectives (Maisons d'Enfants à Caractères Social, MECS) ou en familles d'accueil. (1) La protection de ces enfants pose des défis considérables à l'Etat mais aussi à la pédopsychiatrie.

Ils constituent une population particulièrement fragile et vulnérable pour différentes raisons. Tout d'abord du fait de leur histoire antérieure au placement et ayant conduit à celui-ci (maltraitements physiques, psychiques, sexuelles, négligence, carence affective ou matérielle, incarcération ou perte d'un parent). (2) Vulnérables également du fait de la situation même de séparation et de nécessaire adaptation à un nouveau milieu. Les mécanismes relationnels issus de leur adaptation à un milieu antérieur souvent inadapté rendent parfois difficile l'établissement d'une sécurité affective avec les personnes prenant désormais soin d'eux au quotidien ("caregivers"), et peuvent compromettre la stabilité du placement, avec une aggravation des troubles proportionnelle aux différentes ruptures en découlant.(3)

Les données disponibles relatives à l'avenir de ces enfants suggèrent combien il est important de se préoccuper d'eux et de penser leur accompagnement sur tous les plans.(4)

La pédopsychiatrie s'est historiquement construite autour d'eux, avant de s'en éloigner progressivement. (5) Pourtant les études sont consensuelles autour de la prévalence importante des troubles psychiques dans cette population, dépassant parfois 50% selon les études.(6) Alors quelle place peut-elle occuper entre le risque de trop "pathologiser", le risque de passer à côté de potentiels troubles, d'être trop intrusive ou au contraire trop peu concernée ? Il s'agit donc de rester vigilants face au risque de stigmatisation, déjà important, chez ces enfants, mais de s'engager suffisamment face aux difficultés et particularités de ces prise en charge. (7)

En effet les intervenants gravitant autour d'eux sont nombreux : juges, éducateurs et assistants familiaux ("caregivers"), référents ASE, enseignants, psychologues, PMI, pédopsychiatres, autres professionnels du soin, et bien sûr lorsqu'ils le peuvent, les

parents. Une prise en compte d'une seule dimension en ignorant les autres ne permettrait pas d'assurer une cohérence dans les réponses apportées à ces enfants. (8) Ainsi ces différents professionnels ne peuvent qu'être en interaction. Se pose alors la question de faire co-exister des professions de formations et d'approches hétérogènes, dans le respect du rôle de chacun, alors que les risques de clivage sont nombreux. (9)

Les parents biologiques sont souvent en difficulté pour répondre adéquatement à leurs besoins, parfois du fait de troubles psychiques, parfois du fait de difficultés matérielles ou de précarité extrême ou encore d'histoires personnelles difficiles. Ils peuvent aussi se sentir jugés, mis en échec dans leur rôle parental, et se placer en opposition avec la justice et les institutions prenant en charge l'enfant. (10)

Les caregivers, assistants familiaux ou éducateurs dans les MECS, peuvent eux aussi se sentir impuissants ou démunis face à la souffrance, à la violence de certaines situations, face aux réactions des enfants parfois incompréhensibles sans éclairage, et sont eux aussi à risque de souffrances professionnelles.(11) Leur travail quotidien demande une réflexivité importante sur le plan individuel et collectif, des éclairages suffisants en terme de psychopathologie et un soutien approprié dans les situations difficiles, afin de continuer à s'ajuster aux besoins de ces enfants.(12)

La question de ces besoins a justement été récemment approfondie par une démarche de consensus récente en novembre 2017 par le Dr.Martin-Blachais sur la demande de la ministre des familles, de l'enfance et du droit des femmes, madame Laurence Rossignol. Il ressort de ces travaux que les enfants confiés à l'ASE ont des besoins spécifiques, dont un besoin de sécurité, qui apparaît comme un méta besoin par rapport à d'autres plus élémentaires, et qu'une approche écosystémique est nécessaire pour y répondre adéquatement. (13)

La question des interactions entre le soin pédopsychiatrique et le champ socio-éducatif est étudiée depuis quelques années. Les adolescents dit "difficiles" et relevant à la fois de ces différents champs en sont une illustration. (14)

En pédopsychiatrie il est classique d'entendre qu'un "enfant seul n'existe pas", il ne serait donc pas envisageable de proposer des soins à un enfant sans y intégrer son ou ses parents. Alors comment travailler de même avec les éducateurs référents ou

les assistants familiaux avec la spécificité qu'ils ne sont justement pas les parents ? Et comment intégrer à ce travail les parents biologiques ?

Face à tous ces questionnements nous avons voulu d'une part approfondir l'état des connaissances en termes de développement et de psychopathologie de ces enfants, de leurs besoins de soins, et d'autre part questionner des soignants et des éducateurs sur leurs attentes et représentations réciproques afin de faire un état des lieux des relations actuelles et de dégager des pistes d'évolution.

Nous commencerons par détailler la méthodologie utilisée dans ce travail qui regroupe une revue de la littérature et un protocole de recherche en attente de validation, dont sera extrait une évaluation des pratiques au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP). Puis nous tenterons d'affiner le rôle de la pédopsychiatrie auprès des enfants confiés par une approche épidémiologique, historique, développementale et psychopathologique des troubles qu'il sont susceptibles de présenter, sans oublier que des facteurs de résilience interdisent toute prédiction fataliste.(15) Enfin nous nous pencherons sur la manière dont la pédopsychiatrie peut travailler en collaboration avec les personnes gravitant autour d'eux, dans le respect des places et besoins de chacun et dans une perspective écosystémique.

Pour approfondir ces questions nous présenterons le protocole d'une étude destinée à être menée au sein d'un CMP de Marseille, intitulée ECCLORE (Enfants Confiés : Clinique déveLoppementale et RElation éducateurs-soignants) et dont les résultats d'une évaluation des pratiques pourront d'ores et déjà être présentés.

Des cas cliniques issus de la pratique courante en CMP et en hôpital de jour viendront compléter ce travail en illustrant sur le plan pratique les données que nous aurons précédemment développées.

Nous discuterons et conclurons sur les perspectives pratiques et théoriques ouvertes par ces différents travaux.

I. Contexte actuel et méthodologie globale

La méthodologie de ce travail repose d'une part sur une revue de la littérature complétée par de la littérature davantage historique afin d'établir un état global des connaissances sur la question, et d'autre part sur la présentation d'un protocole de recherche élaboré au sein d'une équipe de pédopsychiatrie hospitalière et dont un protocole d'évaluation des pratiques a été extrait pour compléter notre travail.

I.1 Contexte actuel de la problématique

Ce travail s'intègre dans une période de modifications importantes de la politique de la protection de l'enfance et des attentes sociales, sociétales et sanitaires envers les enfants en relevant.

La 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.

Elle s'inscrit à la fois dans un cadre international, dont la convention internationale des droits de l'enfant est fondatrice, dans un cadre national sous la responsabilité du ministère des Solidarités et de la Santé, et dans un cadre local et décentralisé sous la dépendance du Président du Conseil Départemental.

Elle comprend des actions de prévention en faveur des familles, assure le repérage et le traitement des situations de danger ou à risque de danger pour l'enfant, et enfin formalise les décisions administratives prises par le président du Conseil Départemental ou judiciaires prises par le juge des enfants afin de protéger l'enfant.

Si la pédopsychiatrie est née dans des services réservés aux enfants abandonnés et délinquants sa mission sociale n'a pas toujours été au centre des pratiques et elle s'est progressivement éloignée des questions relatives à la protection de l'enfance. (5)

Aujourd'hui pourtant la fréquence des troubles psychiques chez les enfants en relevant est telle qu'elle est sollicitée très fréquemment, et que les textes officiels l'appellent à s'engager et s'impliquer dans ces prises en charge.

La démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance remise en février 2017 à la ministre des Familles et de l'Enfance pose les bases scientifiques des notions de besoins et de développement de l'enfant et préconise une approche écosystémique pour l'ensemble des acteurs intervenant auprès de ces enfants.

La stratégie nationale pour la protection de l'enfance 2018-2022 s'articule avec la stratégie nationale de santé. Il est par ailleurs précisé " *il est essentiel que les éducateurs et les assistants familiaux puissent croiser leurs regards avec des professionnels issus d'autres disciplines, au premier rang desquelles la pédopsychiatrie et la psychologie, pour mieux comprendre et mieux répondre aux besoins des enfants ainsi que de leurs familles. Cette approche est indispensable non seulement dans l'accompagnement quotidien des enfants, mais également pour éclairer les rapports de situation et les décisions judiciaires.*"

Le texte mentionne des budgets alloués pour "des projets d'ouverture de lits d'hospitalisation, de places en hôpital de jour ou de nuit, le renforcement des équipes des CMP, le développement des équipes mobiles pour des visites à domicile ou en institution."

Un débat au Sénat a eu lieu le 9 janvier 2020 sur la situation de la psychiatrie infanto-juvénile en France, à la suite de ce débat le secrétaire d'Etat auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé, Adrien Taquet, a émis un communiqué de presse le 3 février 2020 où il précise que le renfort de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent initié en 2019 est "une condition essentielle vers une efficacité accrue des politiques de protection de l'enfance dans chaque département.(16)

I.2 Champs d'étude et problématiques

Dans ce travail nous nous sommes situés en aval de la décision de placement de l'enfant en famille d'accueil ou en établissement, les spécificités liées au placement à domicile et aux mesures d'Aide Educative en Milieu Ouvert ne seront donc pas étudiées, de même que les situations d'adolescents relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, bien que l'association à une mesure de l'ASE soit fréquente.

Ce travail se centre sur les enfants confiés de manière générale, mais n'entre pas dans toutes les spécificités de l'accueil du tout petit enfant de moins de 3 ans, ni dans celles de l'accueil des adolescents, ces périodes faisant davantage l'objet de travaux spécifiques et impliquant généralement des réseaux et des dispositifs particuliers. Enfin notre travail considérera la pédopsychiatrie de façon globale mais s'intéressera davantage à la place et aux rôles de la pédopsychiatrie publique.

Les problématiques ayant guidé ce travail et les choix méthodologiques ont été les suivantes :

De quelle façon la pédopsychiatrie peut-elle répondre et s'adapter à cette nouvelle demande sans perdre ses caractéristiques et spécificités qui en font sa richesse ?

Faut-il considérer une clinique développementale spécifique aux enfants confiés ?

Faut-il donc constituer une spécialisation ou au moins formaliser des dispositifs spécifiques pour soigner les enfants confiés à l'ASE ?

Au-delà de son rôle diagnostique et thérapeutique la pédopsychiatrie doit-elle tenir un rôle préventif auprès de ces enfants ?

Doit-elle utiliser ses connaissances théoriques et pratiques acquises dans un rôle explicatif et comment peut-elle les utiliser avec les différents intervenants, les parents et les enfants eux-mêmes ?

Quelle place et quelle distance peut-elle occuper auprès de l'enfant, de ses parents et des autres acteurs de son écosystème ?

Quels sont les bénéfices et les risques pour l'enfant liés à ces considérations ?

I.3 Particularités de la recherche chez les enfants confiés et justification de la méthodologie employée

La recherche chez les enfants confiés

En France il existe peu d'études spécifiques aux enfants confiés. En effet les freins à la recherche sont nombreux, déjà quand il s'agit de mineurs, mais encore plus lorsque ceux-ci sont confiés. Il s'agit de raisons éthiques, pratiques, légales.

Bronsard soulève que ce thème interpelle plusieurs champs de natures différentes qui peuvent être sollicités par des idéologies, des illusions, des espoirs, des craintes, parfois des peurs ce qui rend ce sujet difficile à "porter, maîtriser, organiser, ranger".(6)

La question du consentement à la recherche pose question, s'agit-il de l'accord du mineur, de ses parents, du juge des enfants, de l'inspecteur ASE, des caregivers ? Si l'on considère la participation à la recherche comme un acte "non usuel" l'accord des deux parents est requis dans la mesure où ils conservent l'autorité parentale, situation la plus fréquente. (17) Leur donner une information et obtenir un consentement peut alors prendre du temps.

S'agissant d'une population particulièrement fragile et vulnérable des considérations éthiques s'imposent quant à l'effet possible de la recherche et de la rencontre entre l'enfant, le chercheur et le protocole, qui nécessite d'être réfléchi et anticipé. La présentation de la recherche à l'enfant doit être pensée dans la mesure où celle-ci peut entraîner des représentations et des attentes parfois fantasmatiques ou imaginaires pour l'enfant. (18)

Les caregivers des enfants confiés peuvent également montrer de la réticence, avec parfois l'idée "d'évaluation" derrière un projet de recherche.

Par ailleurs l'instabilité fréquente des parcours en protection de l'enfance rend difficile le suivi des enfants et favorise les changements géographiques augmentant le nombre de perdus de vue et la perte des données médicales.

Enfin la faible médicalisation des établissements accueillant des enfants confiés à l'ASE rend difficile l'accès aux données de santé et la culture de la recherche scientifique dans les équipes socio-éducatives.

Méthodologie employée

Pour répondre à nos problématiques et étayer nos hypothèses nous avons fait le choix de réaliser un état des connaissances comprenant une revue récente de la littérature ainsi que des références bibliographiques plus historiques obtenues dans le cadre d'une recherche bibliographique avec l'aide d'une documentaliste de l'université. En effet les idées et les recherches dans le champ de la pédopsychiatrie ont évolué tel un balancier en fonction des époques, des avancées scientifiques, des politiques, des cultures, et il semble indispensable d'adopter une vision intégrative des nouvelles connaissances sans en négliger les bases.

Pour compléter ces données nous avons voulu, au sein d'une équipe de pédopsychiatrie hospitalière, réaliser une recherche, ECCLORE, permettant d'avancer sur cette question. Du fait des particularités liées à la recherche chez les enfants confiés précédemment citées, cette étude est toujours en cours de validation ce qui nous permettra seulement d'en présenter le protocole dans la partie III. Néanmoins devant l'intérêt d'étayer nos pratiques face aux modifications actuelles de la protection de l'enfance précédemment décrites nous avons décidé d'en extraire un protocole d'évaluation des pratiques dont les résultats seront présentés dans la partie III.

II. Revue de la littérature

II.1 Méthodologie et résultats

II.1.1 Méthodologie

Cette revue a été réalisée entre mai 2019 et novembre 2019 à partir des moteurs de recherches suivants : PubMed, Google Scholar, CAIRN.

Les critères de sélection des articles étaient :

- Une date de publication entre 2000 et 2019,
- Une publication en langue anglaise ou française
- Répondant à un semble de mots clefs (cf. infra)
- Les articles, revues de la littérature et méta-analyses ont été sélectionnés à partir des mots-clés suivants :

Pour définir la population étudiée : enfants confiés, enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance, protection de l'enfance, famille d'accueil, maisons d'enfant à caractère social, Child Welfare System (équivalent de l'ASE), Child in out-of-home care (terme regroupant les différents types de placement), Foster care system (équivalent de la famille d'accueil), Residential group home (équivalent des MECS), caregiver.

En association avec : pédopsychiatrie, psychiatrie, psychopathologie, développement, écosystémique, child psychiatry, psychiatry, development, psychopathology, ecosystemic.

Les articles obtenus ont été sélectionnés en fonction de la pertinence de leurs titres puis de leurs résumés.

II.1.2 Résultats

Nous avons inclus 289 articles. Par ailleurs plusieurs travaux cités sont tirés de rapports d'organismes tels que l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) en France ou le "Centre Jeunesse-Institut Universitaire du Québec" dont le thème de travail est spécifiquement lié à l'enfance en danger.

A partir des articles obtenus et grâce à la littérature historique nous avons dégagé plusieurs possibilités d'approches de la question du rôle et de la place de la pédopsychiatrie auprès des enfants confiés : l'approche épidémiologique, l'approche historique, l'approche développementale, l'approche psychopathologique, l'approche écosystémique.

Les approches épidémiologiques, historiques, développementales et psychopathologiques nous ont d'abord permis de définir la place et les rôles de la pédopsychiatrie en tant que discipline, puis l'approche écosystémique les a replacés de façon plus large dans l'écosystème de l'enfant et auprès de lui.

II.2 Approche épidémiologique

La plupart des études françaises n'a pas étudié la symptomatologie psychiatrique en détail, mais a plutôt évalué la souffrance psychique dans sa globalité.(6) (19) (20)

Il s'agit souvent d'études réalisées à partir d'hétéro-questionnaires remplis par la personne s'occupant de l'enfant au quotidien. Par ailleurs les méthodes utilisées sont peu comparables entre elles car souvent peu validées par la littérature.

Seules quelques études ont utilisé les critères du DSM.(21) Les résultats de l'étude de Bronsard montrent la présence d'un trouble psychiatrique chez 48,6% chez 183 adolescents en foyer dans les Bouches du Rhône, soit 5 fois plus qu'en population générale ainsi que des profils pathologiques spécifiques.

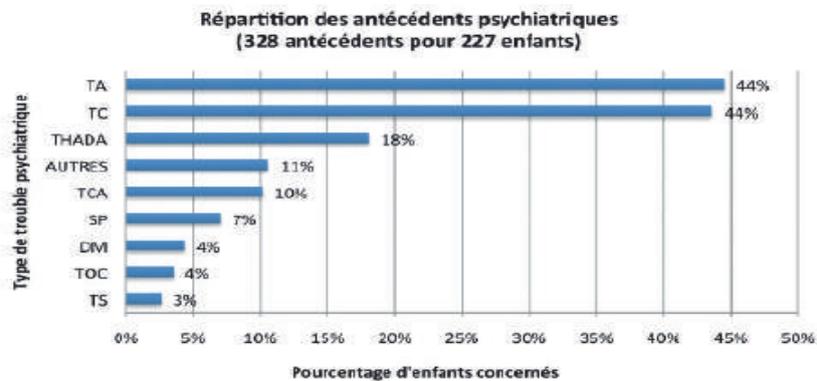
Les filles étaient par ailleurs significativement davantage touchées que les garçons, présentaient plus de comorbidités psychiatriques, plus de troubles anxieux et plus d'épisodes dépressifs majeurs. Les prévalences des différentes pathologies recherchées sont présentées dans le tableau ci-dessous.(6)

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les adolescents placés comparés
aux adolescents en population générale

	Adolescents Placés dans les foyers des Bouches-du Rhône	Adolescents population générale (Fombonne, 2005 et Insem 2003)
Troubles anxieux	28.4	5
Trouble des Conduites	15.3	8
THADA	3.8	2
Symptômes Psychotiques	18.6	0.5 (psychoses avérées)
Dépression Majeure	14.8	3
TOC	0	1
TCA	0	1.2
Au moins un trouble	48.6	12

D'après les travaux du
Dr.Bronsard (5)

L'étude ESSPER-ASE13 (Étude de la santé somatique et psychique des enfants relevant de l'ASE des BDR) retrouvait chez 22% des enfants au moins un antécédent psychiatrique dont un tiers en cumulait plusieurs. Les résultats présentés dans le tableau ci-dessous, extrait de cette étude, retrouvait une majorité de troubles anxieux (TA), de troubles des conduites (TC) et de troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). (22)



**Figure 1 : Répartition des antécédents psychiatriques
(328 antécédents pour 227 enfants, un enfant pouvant cumuler
plusieurs antécédents) (Étude ESSPER-ASE13, France, 2014)**

Les rares autres études françaises, malgré des différences méthodologiques, rapportent toutes une forte prévalence de la souffrance psychique. En incluant les études étrangères une revue de la littérature récente retrouve entre 23 et 71 % des enfants placés qui présentent un trouble psychiatrique.(23)

Peu d'équipes ont étudié spécifiquement chaque trouble mental, la plupart relevant uniquement l'état psychique de l'enfant dans sa globalité.

A l'étranger :

Les résultats des études étrangères ne sont pas transposables à la population française dans la mesure où les systèmes de protection de l'enfance peuvent grandement différer, néanmoins elles permettent des éclairages supplémentaires dans la mesure où les effectifs sont nettement plus considérables et les outils de mesure davantage standardisés. En considérant les études étrangères qui utilisent des outils de dépistage validés des troubles mentaux on retrouve au moins 30% de tests de dépistage positifs chez les enfants placés, au moins un tiers d'entre eux ont donc probablement pathologie psychiatrique.(24) (25)

Une étude retrouve un Odds Ratio de 4,9 ce qui signifie que les enfants en placement ont 5 fois plus de risque d'avoir un trouble mental que les enfants du groupe témoin.(26)

Troubles de l'humeur et troubles anxieux

La plupart des études réalisées sur ce sujet regroupent les troubles anxieux et dépressifs sous le terme de troubles internalisés.

Une étude chez des moins de 4 ans(27) et une étude chez des adolescents(6) retrouvent toutes les deux 30% environ de troubles internalisés. Cette dernière les retrouve par ailleurs chez 58% des filles et 13% des garçons entre 11 et 15 ans alors que ce sex ratio semble inversé chez les jeunes enfants. (28)

Troubles anxieux :

Dans la littérature étrangère, on retrouve des prévalences pour le trouble anxieux entre 4 et 28 % selon les études.(26) (29)

Le risque de troubles anxieux est deux à quatre fois plus élevé chez les enfants en situation de placement par rapport à la population générale.(26)

Troubles dépressifs :

La littérature étrangère retrouve des prévalences de troubles dépressifs entre 3,4 et 23% (29), soit entre 2 et 3 fois plus de risque de souffrir de dépression qu'en population générale.(30)

La comorbidité anxiété-dépression est importante, une étude rapporte un risque 55 fois plus élevé de présenter un trouble dépressif en cas de trouble anxieux.(31)

Troubles bipolaires :

Une seule étude a étudié la prévalence des troubles bipolaires chez les enfants confiés, elle retrouvait 9,3 % des adolescents placés ayant un antécédent d'épisode maniaque versus 1,7 % dans le groupe témoin.(32)

Tentatives de suicide (TS) et idées suicidaires :

En France dans le Maine-et-Loire en 2009 les auto-questionnaires révélaient que 28 % des enfants placés avaient déjà eu des idées suicidaires, 11 % souvent et 17% quelquefois, seuls 20 % en avaient déjà parlé à un médecin. Par ailleurs 14 % avait déjà fait au moins une TS, 8 % en avaient fait plusieurs. Seul la moitié avait été hospitalisée au décours.(20)

L'étude de Bronsard retrouvait 30% des adolescents en institution ayant déjà fait une TS.(6)

Celle de Hammoud retrouvait 3%.(22)

Aux Etats-Unis on retrouvait dans une cohorte d'adolescents placés 27 % d'idées suicidaires dans l'année et un risque environ quatre fois supérieur à celui de la population générale de tentative de suicide au cours des 12 mois précédents.(30)

Au Canada une étude de cohorte retrouvait un risque relatif de TS de 2,11 (IC95%=[1,84;2,43]), qui diminuait au cours du placement.(33)

Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP), Trouble des Conduites (TC)

La plupart des études chez les enfants confiés regroupent ces troubles sous le terme de troubles externalisés. Ils sont souvent davantage repérés par les professionnels car plus bruyants et retentissants sur la vie sociale, scolaire et le quotidien de l'enfant.(34)

L'étude de Bronsard retrouvait chez des adolescents en institution une prévalence de 19 % sur les 6 derniers mois.(6) Les autres études françaises n'utilisent pas ces classifications, parlant plutôt d'agressivité, de troubles du comportement, de violences. L'étude du Maine-et-Loire de 2009 retrouvait 54% de troubles du comportement, (20) une étude parisienne retrouvait elle 74% d'enfants présentant fréquemment de la violence verbale et 30% physique.(35)

La littérature étrangère, bien que hétérogène sur le plan méthodologique et contextuel permet tout de même de souligner l'importance de la fréquence des troubles externalisés chez les enfants placés.

Une revue de la littérature récente retrouve une prévalence des TC estimée entre 6 et 26% avec un odds ratio à 9,23 (IC95%=[7,3; 12,0]) et celle du TOP entre 13 et 40%; avec un odds ratio à 3,6 (IC95%=[2,5; 4,7]).(23)

Troubles psychotiques

Peu de données existent concernant la prévalence des troubles psychotiques chez les enfants en situation de placement. En France l'étude de Bronsard précédemment citée retrouvait une prévalence de 19 % de symptômes psychotiques.(6)

L'étude dans le Maine-et-Loire sur des bébés en pouponnière suivis pendant 14 ans retrouvait 5 à 10 % de jeunes souffrant de troubles psychotiques.(27)

Une étude comparative anglaise retrouve une prévalence de 8 % chez des adolescents placés, contre aucun dans le groupe témoin.(29)

Addictions

Une étude parisienne retrouve 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.(35)

La littérature étrangère retrouve des prévalences de l'abus de substance entre 4 et 26 % chez l'adolescent.(23)

Une étude américaine suggère que les adolescents placés sont cinq fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de toxicomanie (AOR 4,81; IC 95% [3,22, 7,18]).(30)

Troubles liés aux traumatismes et au stress

Il s'agit d'une catégorie distincte dans le DSM V(21) qui inclut notamment le trouble réactionnel de l'attachement (TRA), le trouble désinhibition du contact social (TDCS), l'état de stress post-traumatique (TSPT), l'état de stress aigu, le trouble de l'adaptation. Il y a peu d'études concernant ces troubles chez les enfants confiés. Des données sont disponibles pour la catégorie état de stress post-traumatique. Concernant le TRA et le TDCS les études se basent généralement sur l'ancienne classification de ces troubles, à savoir trouble réactionnel de l'attachement de la première enfance (TRAPE) de type inhibé ou désinhibé.

TSPT

Le TSPT est relativement fréquent chez les enfants placés, les études retrouvent des chiffres entre 5 et 10 % et une prévalence vie entière au-dessus de 13 %.(36) (25) (32) avec un risque 2 à 11 fois supérieur à celui de la population générale.(30)

TRA et TDCS

Il s'agit d'une catégorie peu étudiée de façon générale. En effet le terme de "trouble de l'attachement" est fréquemment utilisé en pratique courante, cependant il existe souvent une confusion entre les patterns de comportements d'attachement, notamment l'attachement désorganisé, et les véritables troubles de l'attachement dont la prévalence est difficile à établir mais qui semble, en dehors des situations d'institutionnalisation, peu élevée. Aucune étude française, à notre connaissance, n'a étudié ces catégories chez les enfants confiés en termes de prévalence. Une étude américaine retrouve 38 à 40% de ces deux troubles dont 17% présentent une forme mixte. (37) Une autre étude longitudinale américaine, portant sur une population d'enfants d'âge préscolaire vivant en institution, retrouve 31% de TRAPE désinhibé et 4.6 % de TRAPE inhibé à 20 mois, 17 % de désinhibé à 54 mois contre 4.1% de forme inhibée au même âge.(38) Enfin il faut souligner que le diagnostic différentiel entre TRA et trouble du spectre autistique n'est pas toujours aisé, ainsi une étude sur des enfants roumains anciennement institutionnalisés retrouvait 6% d'autisme mais avec des particularités rendant difficile cette distinction.(39)

Troubles neurodéveloppementaux

Trouble spécifique des apprentissages:

Les troubles spécifiques des apprentissages regroupent plusieurs diagnostics différenciés en fonction de la fonction cérébrale altérée : dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dyspraxie, dysphasie, trouble attentionnel.

Ils ont peu été étudiés parmi les enfants confiés à l'ASE mais la clinique courante suggère que ces troubles ne soient pas négligeables. Le trouble spécifique du langage oral concernait 22 % des enfants placés dans le Maine et-Loire en 2004.(20)

Une étude cas-témoins sur 104 enfants placés hospitalisés à Paris ne retrouvait pas plus de dysorthographe, mais plus de difficultés en orthographe syntaxique, en langage élaboré et plus de difficultés à accéder au langage métaphorique.(40)

Une étude retrouvait 23,1% de troubles spécifiques des apprentissages et 2,9 % de trouble spécifique du langage chez des enfants placés et bénéficiant d'une notification à la Maison Départementale des Personnes Handicapées.(41)

Aux États-Unis, 15 % des enfants d'une cohorte d'enfants placés présentait un retard de langage.(42)

TDAH :

Le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est l'un des syndromes les plus couramment rencontrés chez les enfants qui ont passé les premières années de leur vie en institution.(43)

Sheridan évalue à 20,7% la prévalence du TDAH chez les enfants au sein d'une institution, avec une forte prédominance masculine.(44)

Une revue de la littérature récente retrouve entre 11 et 55 % de prévalence pour le TDAH.(23)

Dans les Bouches-du-Rhône une étude retrouve 16%, soit la troisième pathologie par ordre de fréquence.(22)

TSA :

Il n'existe à notre connaissance que très peu de données françaises concernant la prévalence des TSA chez les enfants placés. La prévalence en population générale étant de 1/150 il apparaît donc licite d'imaginer que cette pathologie existe également

dans cette population. L'étude sur les notifications MDPH des enfants confiés des Bouches du Rhône retrouve la mention "trouble envahissant du développement" chez 6% des enfants bénéficiant d'une notification MDPH.(41)

Une étude américaine retrouve 2,4% dans son échantillon.(45)

Nous avons déjà souligné la difficulté du diagnostic différentiel entre trouble réactionnel de l'attachement et autisme, ainsi une étude retrouvait chez des enfants anciennement institutionnalisés 6% d'autisme mais avec des atypies.(39)

Troubles du comportement alimentaire (TCA)

L'étude de Bronsard ne retrouvait pas de TCA, celle de Hammoud en retrouvait 10%.(22)

Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

L'étude de Bronsard ne retrouvait pas de TOC, celle de Hammoud en retrouvait 4%.(22)

Enurésie et encoprésie

L'étude en Maine et Loire retrouvait 5,6 % d'énurésie et 1,2% d'encoprésie.(20)

Une étude en Haute Savoie retrouvait une énurésie chez 8 % des enfants en famille d'accueil et 5,8 % en établissements, et une encoprésie pour 1,6% en famille d'accueil et 1% en établissement. (19)

Présence de co-morbidités

La co-morbidité est élevée : plus de la moitié d'entre eux (24,6%) présentent au moins deux troubles et 4,1% en présentent 5 ou 6.(6) Dans une autre étude un tiers des enfants (33 %) cumulait plusieurs antécédents psychiatriques, pouvant aller au maximum jusqu'à cinq antécédents.(22)

Les troubles externalisés, TC, TOP et TDAH sont très co-morbides 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.(25)

Handicap

Une étude déjà citée a croisé les fichiers relatifs aux enfants placés dans les Bouches du Rhône et aux notifications MDPH de ce même département.(41) Les résultats ont montré que 17 % des enfants placés avaient une notification à la MDPH contre 2,5% dans la population générale soit un taux 7 fois supérieur.

Les enfants avaient en moyenne 2 déficiences dont 35,9% étaient des déficiences considérées comme psychiques. Suivaient les déficiences du langage et de la parole (26,4%) et les déficiences intellectuelles et cognitives (26,4%).

Les principales pathologies rencontrées étaient les troubles mentaux et du comportement (71%). Une des limites résidait cependant dans la faible précision et informativité des diagnostics posés, ne correspondant pas toujours aux classifications habituelles.

Les enfants présentant des déficiences psychiques étaient davantage placés en foyer alors que les enfants présentant des déficiences organiques l'étaient davantage en famille d'accueil.

La moitié des notifications était relative à une orientation en établissement scolaire ou médico-social, suivaient l'attribution d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS), et l'attribution d'allocations (11% des notifications).

Concernant la scolarité 38,6% des orientations se faisaient en Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP).

L'étude en Haute Savoie retrouvait des taux également élevés de notifications MDPH, avec 21% des mineurs placés en famille d'accueil et 26% de ceux en établissement qui bénéficiait d'une notification MDPH. Les enfants placés étaient proportionnellement beaucoup plus nombreux à fréquenter les Instituts Médicaux Educatifs (IME), les ITEP, les Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD).(19)

Traitements psychotropes

La question de l'administration de traitements psychotropes est récurrente que ce soit dans le cadre de l'accueil des urgences pédiatriques ou du suivi médical des enfants et des adolescents en situation de placement, surtout lors de troubles du comportement, d'agitation, de TDAH, de conduites oppositionnelles. Sont concernés

les neuroleptiques, les psychostimulants, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les sédatifs.

L'étude réalisée en Haute Savoie retrouvait 13,7 % des enfants en institution et 4,6% de ceux en famille d'accueil prenant un traitement médicamenteux à posologie élevée, le plus souvent en polythérapies et comprenant 10 fois plus d'antipsychotiques que d'antidépresseurs. En effet 1,6 % des enfants de l'étude recevait un traitement antidépresseur contre 0,2 % en population générale dans le même département, et 7,2% un neuroleptique contre 0,3 en population générale. Les enfants en famille d'accueil recevaient davantage d'antidépresseurs alors que ceux en établissement recevaient majoritairement des neuroleptiques.(19)

L'étude réalisée dans les Bouches du Rhône montrait que 28 % des enfants avaient un traitement médical qui était pour plus de la moitié un traitement de type psychiatrique (antipsychotiques, neuroleptiques, anxiolytiques, régulateurs de l'humeur). Le plus fréquent des traitements psychiatriques était la Risperidone (RISPERDAL®) administré à 41 % des enfants. (22)

Une chercheuse québécoise rapporte des taux de prescription variant de 13 % à 77 % dans les centres d'hébergement, équivalent de nos MECS, et concluait à des taux de prescription deux à trois fois plus élevés que ceux observés dans les milieux plus naturels.(46)

Un tel recours à la médication pose la question du respect des recommandations de bonnes pratiques, des motivations à la prescription, et de la réévaluation régulière de celle-ci.

En effet les difficultés du suivi médical, de l'accès aux spécialistes, des difficultés organisationnelles, du manque de soutien aux éducateurs, chez des jeunes aux troubles externalisés parfois tellement lourds qu'ils relèvent à la fois du domaine de la psychiatrie et de l'éducatif peuvent concourir à une utilisation parfois palliative des traitements médicamenteux.

Cette approche épidémiologique permet de constater la fréquence des troubles psychiques chez les enfants en situation de placement et de justifier la place de la pédopsychiatrie auprès d'eux. Au-delà de ce constat la pédopsychiatrie joue un rôle dans la recherche de tentatives d'explications grâce à divers modèles et théories. Nous allons commencer par une perspective historique avant de poursuivre par une approche développementale et psychopathologique de la question.

II.3 Approche historique

Une perspective historique est indispensable pour comprendre comment l'enfant et même le bébé sont devenus, dans la société et la science, des individus à part entière, dont le développement ne va pas de soi mais dépend, en partie, de son environnement. La pédopsychiatrie a d'ailleurs trouvé ses racines dans l'observation et la prise en charge des enfants maltraités, abandonnés, carencés.

Les enfants placés ont fourni un flux important et intense d'élaboration théorique pour la psychiatrie de l'enfant. "Les premiers murs qui ont hébergé formellement cette discipline médicale étaient destinés à accueillir des enfants et adolescents à « placer »." écrit Bronsard. (6) A la fin des années 1930 ce problème commence à être abordé dans la littérature où les auteurs s'intéressent aux effets d'un placement précoce en lien avec le manque de soins maternels. Levy publie en 1937 un article intitulé "Besoin primitif d'affection" où il décrit les effets d'une carence de soins maternels notamment en termes d'indifférence affective à la suite d'une séparation. (47)

Bowlby

Bowlby est surtout connu pour avoir développé la théorie de l'attachement. Cette élaboration est le fruit d'un long travail qu'il a mené au sortir de la guerre lorsqu'il intègre la "Tavistok Clinic" en 1946. Grâce à son expérience pendant la guerre, l'OMS le nomme responsable d'une étude sur les besoins des enfants orphelins. Il se rend alors dans des institutions et des hôpitaux et examine les enfants avant, pendant et après une séparation. Il étudie, en outre, des enfants ayant souffert d'une séparation au cours des quatre premières années de leur vie ; il se sert d'interviews, de tests, d'observation directe, de questionnaires. Il rédige alors la monographie "Soins maternels et santé mentale" en 1951 qui faisait un état des lieux des pratiques des institutions d'accueil de jeunes enfants en Europe. Il met l'accent sur les conséquences dramatiques d'une situation où l'enfant ne jouit pas d'un lien affectif, intime et constant, avec sa mère, ou un substitut maternel et qu'il désigne sous le nom de « carence de soins maternels ». (48) Les besoins relationnels du bébé sont alors mis en évidence. Ce rapport va provoquer l'intérêt et la critique des psychiatres et des psychanalystes.

Spitz

Les apports de Spitz, médecin psychanalyste et chercheur, sont également fondamentaux. En 1946 il décrit la « dépression anaclitique » à partir de ses

observations d'enfants placés en pouponnière ou hospitalisés, privés de stimulations et d'affection. Il décrit cet état comme consécutif à une rupture soudaine et prolongée de la relation avec la mère, entre le 6ème et le 9ème mois. Si la séparation dépasse 5 mois il décrit "l'hospitalisme" pouvant conduire au décès si la situation perdure. Avant 5 mois de séparation il décrit, après une phase initiale de protestation, des tableaux dépressifs avec angoisses, arrêt du développement, léthargie, inhibition, solitude, absence de réaction au monde extérieur. Et en cas de persistance un retard moteur majeur, un état de marasme évoquant un tableau d'encéphalopathie ou d'arriération. (49) La diffusion de ces travaux va notamment permettre des améliorations dans la prise en charge des enfants en orphelinat ou en institution.

En France (Jenny Roudinesco, Genevieve Appel, Myriam David, Marcelle Geber)

Les éléments historiques suivants sont issus de l'article de Dugravier et Guedeney qui synthétise les avancées historiques de l'après-guerre dans le rapport à l'enfant carencé, abandonné et sa prise en charge en institution. (50)

En France, c'est Jenny Roudinesco qui, dès 1946, lance un programme de recherche autour de la carence des soins maternels à la fondation Parent de Rosan, observant, chez de nombreux bébés placés, des troubles de la personnalité. Un de ses premiers combats fut de démontrer à l'administration de l'Assistance publique que de tels enfants, même atteints de maladies organiques, souffraient de difficultés psychiques graves qui risquaient de les conduire à la délinquance ou à des formes d'autismes et de psychoses si aucune intervention psychothérapeutique n'était entreprise. Elle conclut son ouvrage par cette observation qui reste d'une douloureuse actualité : « Il n'en reste pas moins que pour les enfants carencés ou rejetés, le danger majeur est le nouveau rejet. ». (51)

La fondation Parent de Rosan était une annexe du dépôt de l'assistance publique rattachée au service de pédiatrie de l'hôpital Ambroise-Paré. Avec Geneviève Appell, psychologue, elles tentent d'alerter l'opinion médicale en publiant plusieurs articles accueillis avec réticences, pédiatres et psychiatres de l'époque tardant à reconnaître la réalité des troubles décrits. (52) Elles commencent à faire l'anamnèse de ces enfants et décrivent un nombre impressionnant d'institutions fréquentées, plusieurs séparations successives subies par chaque enfant. Ainsi, en 1949 lors des Journées d'étude d'hygiène mentale, elle présente une communication intitulée "le syndrome de stabulation hospitalière", (52) qui retient l'attention du P^r Robert Debré qui accepte de

financer une recherche sur " les effets de la séparation et la stabulation hospitalière chez les jeunes enfants " en 1950. Cette recherche comporte une observation médicale, psychologique, la passation du test de Gesell sur le développement, une anamnèse très détaillée, l'étude du milieu familial. La recherche se mène en parallèle par l'équipe de Bowlby à la Tavistock Clinic. C'est dans ce cadre que Myriam David commence à travailler dans la fondation afin de superviser l'équipe et introduire la psychothérapie d'enfants. (53) Elle propose aux soignantes de ne plus avoir une attitude stimulante qui pouvait être vécue comme menace intrusive par les enfants mais plutôt d'être attentive et de soutenir leurs plus petites initiatives. Elle supervise les thérapies individuelles qui se déroulent 3 fois par semaine. Celles-ci mettront en évidence que les troubles présentés par ces enfants ne sont pas seulement réactionnels et accessibles à de simples soins même de qualité, mais nécessitent un traitement permettant une amélioration et des progrès. Elle recadre également la "maltraitance" et la négligence attribuée au personnel comme signes de souffrance d'un personnel désemparé face à ces enfants et à leurs troubles, de fait peu réceptifs aux conseils et recommandations. Elle insiste sur la nécessité de les écouter, les mettre en lumière et les superviser. Elle fondera par la suite une unité de placement familial thérapeutique, nous y reviendrons.

En 1956, sous l'impulsion de Myriam David et Geneviève Appel une étude longitudinale a été réalisée dans une pouponnière sur deux groupes de dix bébés, un groupe pris en charge comme à l'accoutumée et un groupe expérimental de soins renforcés.(54) Les facteurs de carence affective alors retrouvés ont été :

- la multiplicité et l'instabilité du personnel avec en moyenne 25 personnes s'occupant de l'enfant durant un séjour de 3 mois, malgré une organisation prévoyant une seule infirmière pour les mêmes 4 enfants.
- les longues périodes de solitude avec soins rapides sans réelle communication
- la pauvreté du contact social en terme qualitatif et quantitatif, des manifestations spontanées de l'enfant passent inaperçues et restent sans réponses ce qui conduit à la réduction des sourires, gazouillis etc.

Elles émettent l'hypothèse que les soins dépersonnalisés, routiniers sont une réponse inconsciente aux besoins des soignants pour se protéger de leurs émotions. Une certitude déjà acquise se confirme, toute institution de jeunes enfants doit

conjointement à son travail clinique organiser un soutien continu à son personnel et, sous une forme ou une autre, un regard régulier sur son travail.

Emmi Pikler

Emmi Pikler est une pédiatre qui a travaillé sur la question de l'institutionnalisation dans une pouponnière en Hongrie, connue sous le nom d'institut de Lockzy. Elle avait remarqué que « même si le comportement des petits enfants vivant dans des internats d'un niveau relativement bon peut tromper un observateur superficiel, la majorité de ces enfants sont gravement atteints du point de vue du développement de leur personnalité [...] et malgré la suppression de certaines formes d'apparence extrêmement négative du développement et du comportement de l'enfant, les troubles fondamentaux de la personnalité subsistent ». (55)

L'institut de la rue Loczy va devenir un lieu d'expérimentation d'une prise en charge personnalisée pour chaque enfant, et qui sera reconnue par l'OMS. Depuis, de nombreuses équipes de professionnels s'en inspirent, notamment dans les pouponnières.

Ces travaux démontrent que des soins attentifs, non « maternels », mais prodigués dans le respect de l'autonomie de l'individu, permettent d'éviter les effets dévastateurs de la « carence maternelle » décrits par Spitz chez les bébés institutionnalisés et précédemment développés.

Il ne s'agit pas de reproduire la relation maternelle mais d'offrir une expérience de nature différente par le respect de l'individualité de l'enfant quant à ses émotions et actions dans une relation affective, stable, prévisible, mais consciemment contrôlée sans faire peser sur l'enfant ses propres attentes ou sa propre affectivité.(56)

Cette expérience a permis de mettre en évidence les principaux facteurs de carence en institution que sont les changements multiples de milieux de vie et de soignants, les soins dépersonnalisés et dépersonnalisants, l'impossibilité de nouer une relation affective privilégiée et ayant une qualité structurante, l'hypostimulation du développement psychomoteur, l'absence d'ouverture sur le monde extérieur, la monotonie du cadre de vie et des relations sociales.

II.4 Approche développementale et psychopathologique

A la suite de ces premiers éléments explicatifs les recherches se sont poursuivies à la fois par des approches développementales et psychopathologiques, associant les données issues des neurosciences. Toutes ces hypothèses n'ont pu se concevoir qu'à partir du développement de l'enfant en conditions dites "ordinaires" où les besoins fondamentaux de l'enfant sont respectés. Ainsi nous commencerons par un survol du développement et des besoins fondamentaux de l'enfant avant d'étudier quelques modèles psychopathologiques. Nous poursuivrons par l'étude des facteurs de risque liés aux situations pouvant être rencontrées en protection de l'enfance et de leurs effets possibles sur le développement et le risque de psychopathologie. Nous étudierons les apports des neurosciences dans la compréhension de ces mécanismes. Enfin nous verrons comment des facteurs de protection et de résilience viennent moduler ces risques, avant de conclure cette partie par une synthèse des études consacrées à la psychopathologie et au développement de ces enfants.

II.4.1 Besoins et développement de l'enfant en situation adéquate

II.4.1.1 Besoins fondamentaux

Les besoins de l'être humain sont corrélés à son état de développement. Le nourrisson, en état "d'immaturation organique" (57), est totalement dépendant à son environnement, sa survie dépend de la satisfaction de ses besoins par l'intervention d'un autre, généralement le ou les parents. Selon Terry Brazelto (58) l'enfant ne peut "ni grandir, ni apprendre, ni s'épanouir" sans des soins appropriés répondant à ses besoins. Un feed-back continu entre l'hérédité physiologique de l'enfant et l'environnement (en particulier les réponses parentales) contribue au développement. De fait les réponses parentales doivent non seulement s'adapter au niveau de développement de leur enfant mais également aux besoins spécifiques de celui-ci en fonction de son tempérament afin qu'il puisse développer ses qualités particulières.

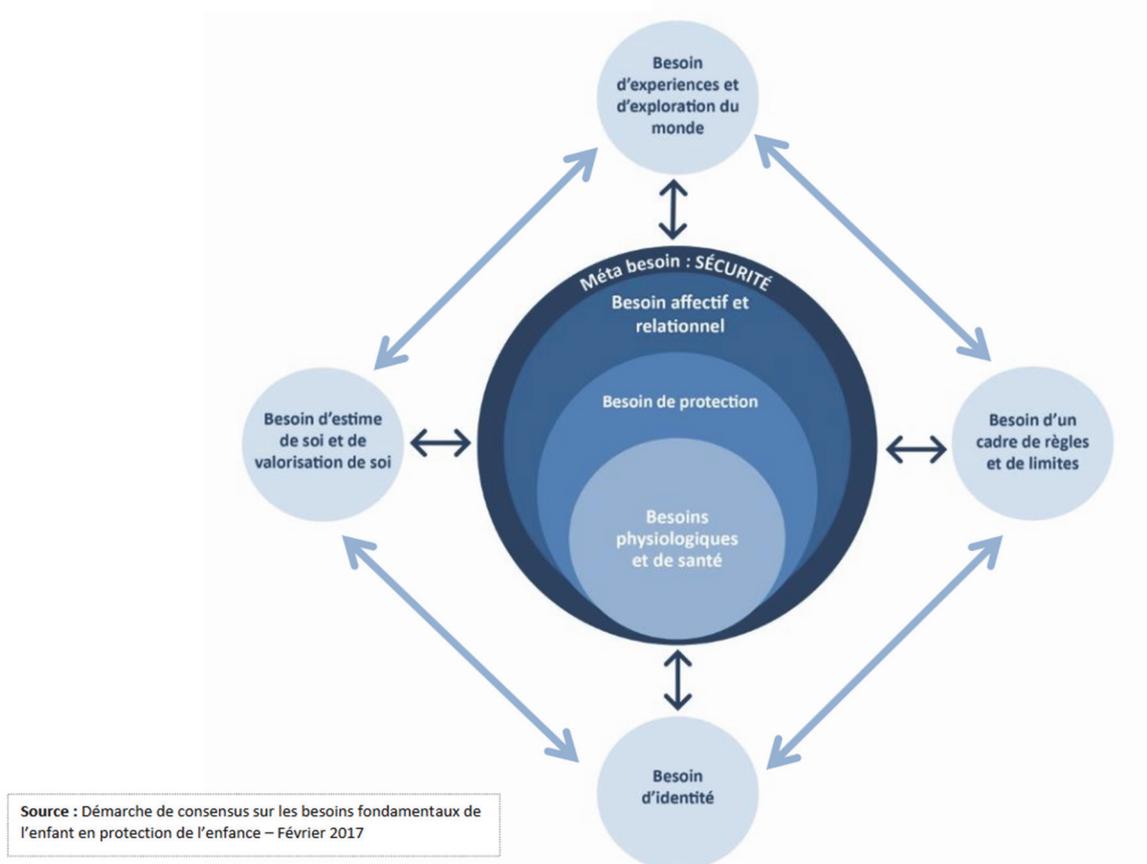
Brazelton et Greenspan (59) ont défini 7 « besoins incontournables » : relations chaleureuses et stables, protection physique, sécurité et régulation, expériences adaptées aux différences individuelles, expériences adaptées au développement, limites, structures et attentes, communauté stable, soutien, culture, protection de son avenir.

Des pays ont développé des programmes nationaux de soins aux enfants basés sur leurs besoins, au Québec(60), en Angleterre(61), en Italie(62). Pour le Québec et l'Angleterre ces besoins fondamentaux sont : la santé, l'éducation, le développement comportemental et affectif, l'identité, les relations familiales et sociales, la présentation de soi, les habiletés à prendre soin de soi. Pour l'Italie : santé et croissance, émotions, pensées, communication et comportement, identité et estime de soi, autonomie, relations familiales et sociales, apprentissage, jeux et loisirs.

En France une **démarche de consensus** rédigée par le Dr.Marie-Paule Martin-Blachais et remis à Mme.Rossignol, ministre des familles, le 28 février 2017, définit la notion de **méta-besoin de sécurité** comme base nécessaire pour combler les autres besoins. "Les connaissances actuelles retiennent une approche interdépendante et contextuelle des besoins entre eux, plus qu'une approche hiérarchique de ceux-ci. Toutefois, pour certains auteurs, un besoin particulier est dit «méta besoin», dès lors «qu'il englobe la plupart (sinon l'ensemble) des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement». La satisfaction de ces derniers ne pouvant être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier. Ainsi le méta-besoin de sécurité comprend les besoins affectifs et relationnels, les besoins physiologiques et de santé et le besoin de protection. Quatre autres besoins fondamentaux sont le besoin d'expérience et d'exploration, le besoin d'un cadre de règles et de limites, le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi, et le besoin d'identité.

L'ensemble des besoins sont répertoriés dans la carte ci-après.

La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



Nous verrons dans un premier temps comment des réponses adéquates à ces besoins contribuent à un développement normal par un survol non exhaustif de quelques-unes de ses dimensions.

Nous verrons par la suite que lorsque ces besoins ne sont pas comblés dans une temporalité concordante avec celle du développement, celui-ci peut être compromis et entraîner des besoins spécifiques de compensation.

II.4.1.2 Développement en situation adéquate

Le bébé humain naît inachevé et fondamentalement immature. Cette néoténie du bébé le rend fragile et dépendant de son environnement. D'un point de vue épistémologique les modèles théoriques qui soutiennent l'approche du développement sont variés et ont évolué au cours du siècle dernier, permettant actuellement de définir un modèle intégratif qui tente de créer des ponts entre développement selon les théories psychanalytiques et la psychologie du développement. Le détail de cette évolution et des questions épistémologiques qui en découlent dépassent le cadre de cette thèse

mais il semble important de ne pas négliger les apports des deux champs théoriques qui enrichissent considérablement la clinique, la théorie et la thérapeutique

Le développement est un processus dynamique qui s'étend tout au long de la vie et comprend plusieurs plans (psychoaffectif, cognitif, psychomoteur, langagier, interactionnel, attachement) que l'on sait désormais non pas séparés mais interdépendants les uns des autres, il dépend de facteurs à la fois internes et externes à chaque individu. (63) Les deux premières années de la vie constituent une période particulièrement sensible du développement.

Les facteurs **internes** sont les facteurs biologiques, hormonaux, génétiques, neurologiques, et les facteurs **externes** sont environnementaux concernant l'alimentation, la culture, les conditions socio-économiques, les relations, les expériences, les apprentissages. L'**épigénétique** se situe à l'interface entre ces divers facteurs.

Un développement harmonieux nécessite une intégrité des fonctions neurologiques et organiques mais également une relation stable avec un adulte source d'affection, capable d'une souplesse d'adaptation et d'ajustement aux besoins de l'enfant qui évoluent au cours de son développement.

Les recherches en psychologie développementale soulignent les capacités de bébé à prendre l'initiative de l'échange et à réguler celui-ci si la sensibilité de ses partenaires le lui permet(64). Il n'est pas linéaire mais circulaire et suit une trajectoire développementale soumise à l'influence de facteurs de risque et de protection. Le développement a une valeur adaptative.

Pour Bernard Golse, « le développement de l'enfant et ses troubles se jouent à l'exact entrecroisement du "dedans" et du "dehors", soit à l'interface de sa part personnelle et de son entourage, soit encore au point de rencontre des facteurs endogènes (son équipement neurobiologique, cognitif...) et des facteurs exogènes (les effets de rencontre avec l'environnement écologique, biologique, alimentaire et surtout relationnel) ». (65)

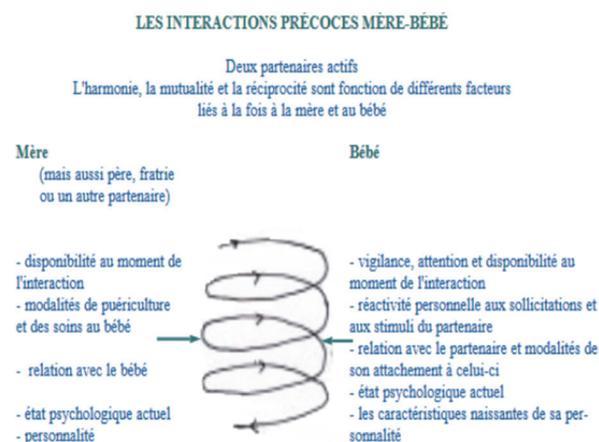
Vie anténatale

Le développement commence in utero, voire avant dans ses aspects transgénérationnels. La connaissance de la vie affective et relationnelle du fœtus est incomplète, ainsi Mazet et Soleru (66) mettent en garde contre le risque de se perdre dans des projections ou des intuitions trop fortes, néanmoins les recherches au cours de ces dernières années ont permis de mettre en évidence un certain nombre de compétences sensorielles chez le fœtus permettant une interaction avec son environnement et à la base de l'haptonomie. Les stimulations sensorielles contribuent à façonner le développement tant neurocellulaire que fonctionnel du système nerveux. Elles orientent le développement neurocognitif et neuro-émotionnel, l'enfant naissant dans un milieu partiellement connu.

Compétences du nouveau-né et interactions précoces

Le nouveau-né dispose de compétences sensorielles, motrices et sociales lui permettant de discriminer les visages, la voix, l'odeur maternelle, d'imiter, de tenter de se réguler, de s'orienter vers son entourage social, dans une prédisposition à s'engager dans des interactions précoces bidimensionnelles.(59)

En 1996 Mazet et Feo reprennent la notion d'interactions précoces en décrivant 3 types d'interactions : les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques (inconscientes) ou imaginaires (conscientes ou pré conscientes) détaillées ci-dessous.(67)



*Mazet et Feo, 1996,
Pour la recherche*

Les interactions sont :

- comportementales : au niveau du corps, de la voix et des paroles, du regard,
- affectives *** : importance d'une "suffisante" harmonisation affective,
- imaginaires (conscientes) et fantasmatiques (inconscientes) : influence réciproque de la vie psychique des deux partenaires et accès à la dimension intergénérationnelle.

Pour Milgrom (68) des interactions précoces de qualité reposent sur les échanges de regard, l'empathie, l'engagement affectif, les limitations de l'intrusion, l'attente à l'interaction, la réciprocité, l'équilibre entre stimulation et apaisement. Guedeney (69) précise que dans la réalité, aucune mère ne peut se comporter de façon parfaite, les bébés savent cependant s'adapter dans la mesure où la mère présente une régularité dans son mode relationnel. C'est surtout l'absence flagrante de ces indices qui est dommageable.

Marcelli (70) propose de distinguer «macro-rythmes» comme organisateurs des rituels de soins maternels réguliers et constitutifs d'une base de sécurité et «micro-rythmes» les rythmes des interactions, source de surprise permettant le développement de l'attention, de l'apprentissage, et du ludique.

Brazelton (59), lui, distingue des phases où le bébé est en état de disponibilité interactive et des phases de repli sur soi. Le stimulus temporel doit donc comporter une rythmicité régulière qui permet la formation d'une attente et une variabilité limitée qui permet de maintenir l'attention du bébé. Les pauses durant les séquences permettent de jauger l'état du bébé et offrent la possibilité de réorientation de l'interaction sur une voie différente. Ces différents cycles doivent rester prévisibles pour l'enfant et parents et enfants synchronisent leurs corps selon un rythme coordonné.

Tous les parents commettent des "erreurs" au cours des processus d'interaction, puis des réparations qui préparent le nourrisson à tolérer les frustrations et les désajustements. Tronick décrit les processus de régulation et de réparation qui se mettent en place lors des "erreurs" d'interactions au sein des dyades normales. (71)

Attachement

Définition

A partir de ses observations sur les enfants rendus orphelins par la guerre Bowlby développera une théorie intégrative basée sur la psychanalyse, les sciences cognitives, l'éthologie et la théorie de l'évolution, entre autres. Son postulat est que le nouveau-né possède, au même titre que la satisfaction de ses besoins physiologiques, un besoin fondamental de s'attacher à une figure stable, rassurante, qui répondra à ses différents besoins. Ainsi il est capable de rechercher la proximité de l'autre, indispensable à sa survie, lors des situations de stress et de détresse afin de restaurer

un sentiment de sécurité, lui-même nécessaire pour poursuivre son développement et ses besoins d'exploration.

Un environnement adapté et répondant à ses besoins permettra à l'enfant de développer un attachement sécurisant et sécurisé qui favorisera une identité positive de lui-même, l'établissement de relations de confiance et une bonne régulation de ses impulsions et émotions.

Le système d'attachement s'active via grâce à un panel de comportements d'attachement s'étoffant au cours du développement (pleurs, cris, appels) dans les situations de stress telles que des bruits forts, l'obscurité soudaine, les événements inattendus, les nouvelles personnes, la maladie, la faim, les peurs, l'inconfort, le sentiment de perte ou de rejet de la figure d'attachement. (48)

Figures d'attachement

Les figures d'attachement sont les personnes prenant soin de l'enfant ("caregiver"), en s'engageant dans l'interaction de façon durable, stable, fiable, en répondant aux sollicitations par le "caregiving" lorsqu'est perçue une situation de danger et/ou en détresse. Le système de caregiving se désactive ensuite, une fois la proximité physique et/ou psychique restaurée et l'enfant réconforté. Autrement dit, il s'agit de la capacité pour la figure d'attachement de percevoir, interpréter et répondre de manière adéquate aux signaux de son bébé, tout en favorisant son autonomie.

Il y a plusieurs figures d'attachement hiérarchisées dont une principale qui va progressivement se distinguer et constituer une base de sécurité pour l'enfant, ce sera la personne qui par sa présence apportera le plus fort sentiment de sécurité et dépend principalement du temps passé avec l'enfant mais surtout de la qualité des soins apportés, de l'investissement émotionnel, de la constance de la présence et des réponses aux besoins. Cette figure principale est le plus souvent la mère, mais il peut aussi s'agir du père, ou d'un substitut parental. La question de la spécificité des figures d'attachement est importante en situation de placement et sera développée dans le chapitre consacré.

Développement de l'attachement

De façon schématique on peut considérer que la première année de vie le bébé apprend peu à peu à identifier la personne, le plus souvent sa mère, qui répond à ses signaux. Le système devient opérationnel entre 7 et 9 mois où le bébé distingue sa figure d'attachement principale. L'enfant devient plus sensible à l'inconnu à un âge où il ne peut pas encore réguler ses émotions négatives, nécessitant la disponibilité de sa figure d'attachement pour y faire face et restaurer un sentiment de sécurité interne. A partir de l'acquisition de la marche l'enfant devient davantage actif dans ses comportements d'attachement et celui-ci résultera d'un "équilibre entre les comportements d'attachement envers les figures parentales et les comportements d'exploration du milieu »(72).

La deuxième année marquée par une évolution rapide sur le plan cognitif, du langage et de l'affirmation de soi sollicite fortement le système d'exploration et donc par retour d'équilibre le système d'attachement lorsque l'enfant se sent en situation de danger, expliquant son ambivalence et l'alternance de phases de revendication d'autonomie avec des phases de "collage".

Après 3 ans, on assiste à la formation d'une relation réciproque : l'enfant développe une volonté propre et une compréhension des intentions de l'autre. Le développement de ses capacités à penser en fonction du temps et de l'espace augmente ses capacités anticipatrices et lui permet de supporter l'éloignement de la figure d'attachement.

Sécurité de l'attachement

Les réponses apportées par les figures d'attachement à l'enfant vont apporter un sentiment de plus ou moins grande sécurité et vont influencer progressivement la sélection de certains comportements d'attachement, préférentiellement ceux étant le plus à même d'accroître le sentiment de sécurité interne. "Ainsi l'enfant met en place des stratégies adaptatives en fonction des réponses de l'environnement, de la disponibilité et de l'accessibilité de la figure d'attachement". (73)

Ainsworth a établi en 1969 un certain nombre de patterns d'attachement par la mise au point d'une procédure empirique appelée situation étrange ("strange situation") (74), durant quelques minutes et consistant à faire subir à l'enfant de plus d'un an un stress comparable au stress quotidien. Les réactions de l'enfant lors de la séparation et des

retrouvailles renseignent le chercheur sur la qualité de sa sécurité. Si ce protocole a entraîné des critiques (biais et éthiques notamment) la description de ces patterns a ouvert de nombreuses possibilités thérapeutiques et théoriques.

Les différents patterns regroupent :

- L'attachement **sécurisé** : l'enfant recherche le contact avec la figure d'attachement, surtout lors des retrouvailles, sans ambivalence. Il peut marquer la séparation mais peut également se laisser reconforter par la personne étrangère bien qu'elle soit différenciée de la mère. Il se sert de sa mère comme base de sécurité qui est sensible à ses signaux de détresse.

- L'attachement **insécurisé de type évitant ou anxieux-évitant** : l'enfant montre peu de réactions. Il est peu actif et son comportement montre qu'il ne recherche pas sa mère pour le sécuriser. Il semble en effet éviter le contact lors de la réunion et si la mère le lui propose il ne résiste pas mais ne cherche pas non plus à le prolonger. Il exprime peu de détresse lors de la séparation.

- L'attachement **insécurisé de type résistant ou anxieux-résistant** : l'enfant manifeste beaucoup de détresse lors de la séparation mais refuse son contact lorsque celle-ci revient. Il montre beaucoup d'ambivalence, recherche activement le contact mais une fois établi il le rejette. Il résiste à la fois au fait d'être pris mais aussi d'être posé

- L'attachement **insécurisé de type désorganisé ou désorienté** : décrit plus tard par Main il s'agit d'enfants qui ne répondaient pas aux critères des groupes précédents car leurs réactions étaient imprévisibles.(75) L'enfant se fige lors de la réunion dans des postures évoquant l'appréhension, la confusion, la dépression. Ce type d'attachement se voit fréquemment dans les situations de maltraitance ou de violences passives où la figure d'attachement représente à la fois la menace et la sécurité. Nous y reviendrons plus en détail ultérieurement.

Il est important de souligner que ces patterns sont des stratégies adaptatives à un environnement, et que même si des études suggèrent qu'ils peuvent constituer un facteur de risque de psychopathologie future ils ne constituent pas un trouble dès lors que l'attachement n'est pas sécurisé.

Modèles Internes Opérants (MIO)

A partir de ces patterns d'attachement l'enfant va développer des modèles de relations qui vont lui permettre d'interpréter et d'anticiper le comportement de ses proches, ce qui va influencer ses comportements envers les figures d'attachement. C'est ce que Bowlby a nommé "modèles internes opérants". Ainsi l'enfant va progressivement internaliser ces modèles qui vont s'organiser en **représentations mentales** et lui permettre de prévoir le futur et planifier ses actions.(74) Pour Main les MIO dirigent les sentiments, les comportements, l'attention, la mémoire et l'activité cognitive en général, dès lors que les informations ou les expériences qui sont vécues se rapportent directement ou indirectement au système d'attachement. Le concept de script a été proposé par Bretherton (76), les scripts d'attachement étant les éléments cognitifs de base des représentations d'attachement. Les auteurs proposent que les expériences d'attachement précoces des premières relations représentent un script temporo-causal de type "telle action entraîne telle réponse".

Si les réponses de la base de sécurité ont été fiables, cohérentes, l'enfant construira un script complet, solide, rapidement accessible en situation d'attachement, si elles ont été imprévisibles, inefficaces, menaçantes, le script sera moins bien construit, plus difficilement accessible en situation d'attachement. Ces scripts auraient une influence sur les relations de couples ou dans la parentalité à l'âge adulte.

Ainsi dans un attachement sécurisé, les enfants ont formé un « MIO » qui leur permet de croire que leurs parents seront sensibles à leurs appels et peuvent donc se consacrer au développement de leurs compétences et à l'exploration du monde. Par opposition, dans l'attachement insécurisé, l'enfant ne peut pas compter sur ses parents comme des bases constantes de réassurance et doit se débrouiller avec la possibilité de se retrouver vulnérable en développant différents types de stratégies qui vont caractériser à terme sa relation d'attachement.

Dans l'attachement **insécurisé évitant** on peut supposer que l'enfant ayant internalisé un modèle où l'adulte répond peu à ses besoins, décourageant les pleurs et encourageant l'indépendance l'enfant s'adapte en minimisant ses signaux de détresse.

Dans l'attachement **résistant/ambivalent** l'adulte propose à la fois des réponses adaptées et des réponses ne prenant pas en compte les besoins d'attachement de l'enfant, celui-ci aura tendance à maximiser ses signaux.

Dans l'attachement **désorganisé** l'adulte est imprévisible et incohérent dans ses réponses, représentant à la fois la source d'inquiétude et d'apaisement, l'enfant ne peut mettre en place de stratégie adaptative reproductible et cohérente.

Encore une fois il faut rappeler que ces types d'attachement ne constituent pas de troubles en eux même, bien que l'attachement désorganisé soit un facteur de risque important de psychopathologie.(73)

Stabilité de l'attachement et des MIO

Actuellement la question de la stabilité des MIO est toujours en débat mais ce qui fait consensus c'est que la trajectoire développementale de l'attachement est complexe, jamais simple ni directe, influencée bien sûr par les enracinements précoces mais soumis également à l'influence de larges facteurs d'environnement et de contexte, qui évoluent tout au long de la vie.

Liens attachement, estime de soi, régulation émotionnelle, autorité, mentalisation

L'estime de soi de l'enfant se construit dans les réponses à ses besoins apportées par l'environnement lui permettant de développer un sentiment de valeur et d'efficacité. Des études ont montré qu'une mauvaise estime de soi était un facteur de risque de développer un trouble dépressif ultérieur. Guédeney insiste sur l'importance de la construction de l'estime de soi en contexte d'émotions positives mais surtout négatives (échec, peur, détresse).(77) C'est grâce au caregiving qui représente un dispositif interpersonnel de régulation que l'enfant apprendra à rester organisé malgré les conséquences de ses émotions négatives et apprendra à lui-même les **réguler**. L'apprentissage de la frustration grâce à l'**autorité et aux limites** fait partie des compétences sociales, Guedeney explique qu'un caregiving sécurisant et un attachement sécurisé permettent de contribuer à l'exercice d'une autorité sensible facilitant la collaboration de l'enfant et diminuant le risque de troubles du comportement. (122) Un lien a pu être montré entre attachement sécurisé et meilleures fonctions exécutives chez l'enfant de 3 ans. (85) Il semble que l'étayage parental ait une influence, par exemple en étayant le jeu de l'enfant par la compréhension de différents concepts et en proposant des alternatives sur la façon de traiter un problème, secondairement internalisées par l'enfant et favorisant son fonctionnement exécutif. (86)

Enfin pour Fonagy (92) la **capacité de mentalisation** se développe de façon optimale au sein d'une relation d'attachement sécurisante puisque la régulation des émotions est une étape développementale essentielle au développement des capacités d'empathie et de mentalisation.

Ces concepts seront développés dans les paragraphes suivants sur le développement psychoaffectif et cognitif.

Développement psychoaffectif

Le nouveau-né vient au monde dans un état de confusion et de dépendance absolue nécessitant une phase initiale de fusion avec sa mère puis progressivement il va entrer dans un processus de **séparation et d'individuation** (78) où il devra apprendre à se reconnaître comme être distinct de l'autre et développer ses propres caractéristiques faisant de lui un sujet singulier.

Winnicott (74) parle de "préoccupation maternelle primaire", souligne la nécessité d'un **holding** (contenance physique et psychique), d'un handling (soins concrets) et d'un object presenting (mise à disposition de l'objet répondant au besoin au bon moment) de qualité. Ajuriaguerra (82) parle de "**dialogue tonico-émotionnel**" entre la mère et le corps de l'enfant pendant le portage, les deux partenaires de la dyade intégrant dans leurs corps propres les structures toniques, posturales et émotionnelles qui viennent de l'autre. Bion propose que le rôle de la mère est de transformer des "éprouvés bruts" projetés de son bébé en éléments détoxifiés puis assimilables (**fonction alpha**). (93) La capacité psychique de la mère d'assurer ces fonctions doit rester opérante malgré l'intensité du vécu, particulièrement intense en raison des réactivations possibles de ses propres expériences précoces.

Stern (79) définit la notion **d'accordage affectif** entre le bébé et ses partenaires comme la base de la naissance de l'**intersubjectivité** et de l'empathie, ainsi que de l'émergence et de la construction du **sens de soi** chez le bébé. Stern développe en effet la notion du sens de Soi notamment du Soi narratif qui permet à l'enfant de créer sa propre identité et de lier différentes expériences vécues à différents moments dans un sentiment de continuité de l'existence.(103) Ainsi Lebovici décrit que l'enfant peut s'inscrire dans une identité, une filiation et une affiliation. (105)

Quant à l'**empathie** il s'agit de la capacité à comprendre et s'accorder à l'émotion de l'autre sans confusion sur leur origine. (87)

Développement cognitif

Ces quelques dimensions du développement psychoaffectif sont concomitantes du développement cognitif, les acquisitions dans un domaine servant de base pour développer l'autre. Piaget a décrit les différents types d'intelligence en fonction du développement, de l'intelligence sensori-motrice aux opérations formelles.

Le développement des **fonctions exécutives** (inhibition, flexibilité cognitive, mémoire de travail, planification, fluidité mentale, attention sélective, soutenue ou partagée) est également fondamental en permettant de réguler intentionnellement les pensées et les actions vers l'atteinte d'un but. (80) Elles sont associées aux aires **préfrontales** du cerveau, qui sont impliquées, entre autres, dans la gestion des comportements sociaux et d'adaptation, ainsi que dans le contrôle et la modulation des émotions. Les études semblent montrer que le développement des fonctions exécutives est en réalité très précoce. (81) Elles jouent donc un rôle clé dans le développement, à la fois, langagier, cognitif, social et interviennent dans le développement des habiletés sociales et cognitives ainsi que dans les apprentissages scolaires, notamment dans l'apprentissage de l'écrit et des mathématiques. (82) Elles jouent également un rôle dans le développement de la théorie de l'esprit et des capacités de mentalisation.

La théorie de l'esprit est la capacité à s'attribuer et à attribuer à autrui des états mentaux (croyances, désirs, pensées, émotions et intentions) pour comprendre et prédire son comportement ou celui des autres. (88) Son fonctionnement reposerait sur l'interaction entre des mécanismes précurseurs de décryptage et des processus méta-représentationnels tels que le langage ou les fonctions exécutives.

Le fonctionnement de la théorie de l'esprit reposerait donc sur l'interaction entre des mécanismes précurseurs, permettant de décrypter l'observable, et des processus non spécifiques des stimuli sociaux mais nécessaires au raisonnement méta-représentationnel, tels que le langage, la mémoire de travail, la mémoire épisodique et les fonctions exécutives. (80) **La mentalisation** est une conceptualisation de la théorie de l'esprit s'inscrivant dans une tradition psychanalytique prenant en compte des observations cliniques et des données issues de la psychologie développementale, des neurosciences, de la théorie de l'attachement. (90) Elle se définit comme la capacité implicite et explicite d'un individu à percevoir et interpréter les états mentaux qui sous-tendent ses comportements et ceux d'autrui. Le concept

de mentalisation insiste sur l'importance de la relation d'attachement dans le développement de la théorie de l'esprit chez l'enfant par l'intersubjectivité qui est ainsi au cœur du processus.

L'acquisition du raisonnement hypothético-déductif permettra par la suite de développer des stratégies dites de **coping**, c'est à dire des stratégies comportementales face aux situations de stress permettant une adaptation socio-émotionnelle efficace et l'accès à l'autonomie.(81)

Ce survol très partiel de quelques dimensions du développement permet de comprendre aisément que les enfants confiés sont à risque de présenter des particularités dans leur développement. Lemay postule qu'un enfant n'ayant pas pu connaître cette continuité affective risque de présenter une symptomatologie atteignant corps, espace, temps, capacité d'agir sur son entourage, mécanismes de gestion de l'anxiété, enracinement parmi des personnes désignées, vie imaginaire et fantasmatique, langage et autres formes symboliques de communication, développement intellectuel, intériorisation des interdits puis construction de valeurs. (82)

II.4.2 Modèles psychopathologiques

Le lien entre particularités de développement chez les enfants confiés à l'ASE et fréquence des troubles psychiques constatés dans cette population a été exploré selon divers modèles et diverses théories. Cette population n'est pas homogène et les hypothèses peuvent être très différentes en fonction de la pluralité des situations. Certains de ces enfants présentent en outre une clinique particulière, s'intégrant difficilement dans les classifications habituelles, amenant certains pédopsychiatres à la considérer comme spécifique.(7)

Une étude américaine auprès d'un nombre important d'enfants placés retrouvait 20% d'entre eux qui présentaient une symptomatologie complexe liée à l'attachement et au traumatisme et qui ne trouvait pas de correspondance correctement conceptualisée dans les classifications DSM.(83)

Ce chapitre n'est bien sûr pas exhaustif des différents modèles psychopathologiques, il a pour seule vocation de développer quelques modèles s'étant particulièrement intéressés aux questions relatives à la protection de l'enfance.

II.4.2.1 Approches psychodynamiques

Mal de placement et psychopathologie de l'attachement primaire

Myriam David, dont l'expérience historique auprès des enfants confiés a précédemment été décrite, soutient l'idée que tout n'est pas résolu par la séparation physique et que l'enfant placé risque de rejouer dans le lieu d'accueil les symptômes relationnels issus d'une psychopathologie des processus primaires d'attachement et de séparation/individuation. Faute de traitement approprié elle soutient l'idée que celui-ci continuera à se manifester tout au long de la durée du placement de l'enfant et risquera de provoquer "encore et encore" la rupture. Pour elle le soin concomitant à la séparation, à la fois de l'enfant et des parents, est nécessaire pour ne pas risquer de surajouter de la violence institutionnelle et sociale à la maltraitance initiale. (84)

Le mal de placement est caractérisé par quatre séries de manifestations :

- manifestations d'intolérance mutuelle entre enfants et parents pouvant se traduire du côté des parents par de la négligence, des soins inadaptés, des temps d'abandon, des mouvements de violence ou dépressifs, des tentatives de suicide; et du côté de l'enfant par des arrêts ou retards de développement, des troubles psychosomatiques, de l'agitation, des troubles de l'attention ou du comportement.
- coexistence de manifestations d'attachement mutuel intense mais avec un caractère inadapté, comme des rapprochés corporels étouffants, angoisses de séparation extrême, moindres tentatives de distanciation avec vécu de perte et annihilation, relation duelle exclusive de tiers.
- l'intrication entre ces deux manifestations rend aussi insupportable le maintien de l'enfant que la séparation d'avec ses parents. Cette situation d'apparence inextricable finit par prendre fin à un moment donné du développement de l'enfant ou de la situation familiale où la crise atteint un paroxysme au cours duquel les agissements finissent par entraîner un placement en urgence.
- les intervenants finissent par s'ancrer dans un "pour" ou "contre" le placement avec des perceptions apparemment contradictoires liées à la violence et la complexité de la situation.

La psychopathologie des processus primaires d'attachement et de séparation/individuation peut concerner la symbiose initiale ou les processus menant à la distinction d'un "soi" en tant qu'entité. Elle peut se développer en raison de troubles psychiatriques de la mère ou du couple parental ou de carences précoces chez eux non traitées. Elle peut être liée à un handicap, une maladie ou une psychopathologie de l'enfant dont les atypies peuvent provoquer chez la mère ou les deux parents des mouvements angoissants de captation et de rejet. Des circonstances traumatiques accidentelles peuvent également retentir sur les représentations du bébé par ses parents. Enfin les réactions de détresse d'un enfant non préparé à une séparation peuvent être le point de départ de ce syndrome. Ces difficultés en miroir de séparation/individuation est à l'origine d'une souffrance non dite mais qui s'exprime par des mouvements primaires sous forme "d'agis" compulsifs de captation, de violence, et de rejet amenant à des alternances entre les abandons, les placements, les mouvements de reprises qui les interrompt, sans que les problèmes de fond ne soient résolus.

Elle repérait :

- le **refoulement** dans l'inconscient avec perturbations des imagos parentales et des souvenirs, oublis risquant de faire vivre à l'enfant l'absence comme une perte totale

- le **désinvestissement libidinal** massif avec absence de tout désir

- les mouvements primitifs freinant le développement de la **mentalisation** afin d'éviter de penser, responsables d'atteintes cognitive, des repères spatiaux et temporels, du langage et des apprentissages de la lecture, du calcul et de l'écriture

- le **repli** sur des positions relationnelles régressives fusionnelles de dépendance passive ou de toute puissance.

- le **clivage** de l'objet et de soi. De soi par la coexistence d'une idéalisation des parents et de sentiments négatifs envers eux avec impossibilité d'accès à l'ambivalence et à la critique de ceux-ci, l'enfant risquant alors de s'attribuer la responsabilité inconsciente de la séparation et de se vivre "mauvais objet". De l'objet par des projections sur autrui alternativement "bon" ou "mauvais"

- la **projection** sur la famille d'accueil des sentiments négatifs menaçants d'envahir la relation aux parents.

Le risque est donc, en absence de traitement, la poursuite de ces phénomènes d'attaque des liens et de la capacité primaire à rencontrer "l'Autre" qui s'étendent à tous les protagonistes, y compris aux professionnels.

Psychopathologie des traumatismes relationnels précoces

Maurice Berger et Emmanuelle Bonneville ont défini à partir de leurs expériences dans un service de placement familial spécialisé un ensemble clinique précis nommé "**pathologie des traumatismes relationnels précoces**" (85) :

- qui ne correspond pas à un trouble psychotique structuré mais à des zones psychotiques de la personnalité
- dont le fonctionnement psychotique ne s'exprime pas "en soi" mais seulement dans le cadre d'un lien avec autrui
- dont les signes sont repérables dès que l'on tente d'entrer en contact direct avec ces enfants en réveillant une excitation physique ou verbale empêchant tout échange.
- ces enfants peuvent chercher à posséder les objets sans les utiliser et parfois en les détruisant, ils sollicitent beaucoup d'attention et le détournement de celle-ci peut provoquer de véritables crises de larmes ou de colère. Ils semblent ne pas supporter que l'on soit bien disposé et attentionné à leur égard.
- l'entrée dans les apprentissages scolaires est difficile.

Pour ces auteurs l'origine de ces manifestations se trouve dans les premiers mois de vie où l'environnement n'a pas pu répondre de façon suffisamment adéquate à leurs besoins et où les expériences répétées de stress extrêmes ont pu être hautement traumatogènes. Face à ces stimuli angoissants et désorganisant l'enfant a investi toute son énergie dans des défenses rigides et finalement pathogènes, au détriment des fonctions d'organisation, de construction et de création entraînant :

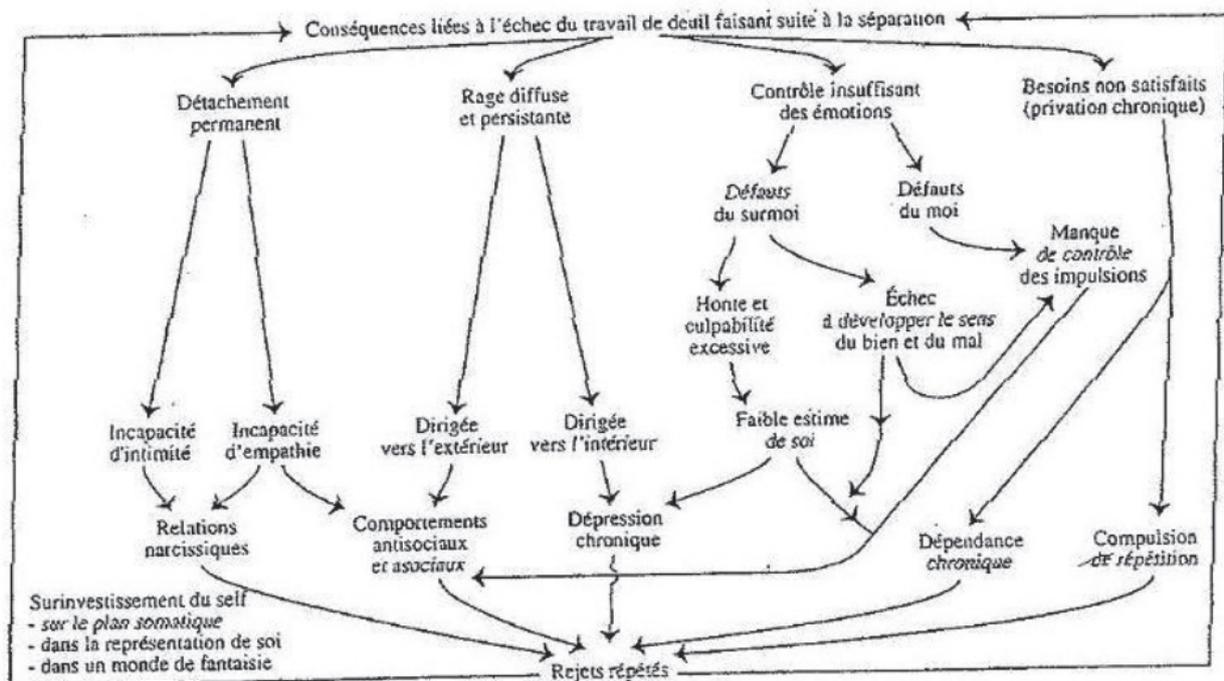
- une **indifférenciation entre soi et autrui** : l'enfant peut ne pas parvenir à distinguer l'autre comme personne distincte de lui
- une **incapacité de jouer** avec non acquisition de la capacité de faire semblant
- un **désespoir** au sens où ils ont pu éprouver une absence d'espoir dans une solitude où malgré la présence de leurs parents ils n'ont pu recevoir empathie et soutien, ne permettant pas de représentation ou de mentalisation de "ce qu'il manque", ainsi pour Berger ils pleurent davantage "d'impuissance ou de rage".
- un **fonctionnement psychique non homogène** où une partie de celui-ci est adaptée, du moins en surface, à l'environnement. Ainsi les troubles peuvent ne pas être perçus à l'école, parmi les pairs ou lors d'une expertise mais apparaître dans la

fréquence et avec un individu signifiant. Ce mécanisme rejoignant celui de la dissociation, mécanisme de défense où les sensations, les sentiments, les comportements sont comme déconnectés, et peuvent être à torts traités comme des troubles du comportement.

Pour l'auteur le risque en absence de traitement et de protection efficace est l'évolution vers "une perte intellectuelle, des troubles sévères de l'attachement, une hyperkinésie avec des troubles de l'attention, des troubles psychiatriques, et une violence pathologique avec ou sans fugues compulsives", ces troubles constituant en eux-mêmes un obstacle à leur traitement car toute relation d'aide peut être vécue comme angoissante et peut pousser l'enfant à s'en défendre ou à attaquer systématiquement ce lien qu'on lui propose.

Cercle vicieux de "placements-rejets"

Steinhauer modélise de la façon suivante le risque de cercle vicieux auquel est exposé l'enfant dont la séparation initiale n'a pas été résolue ni correctement prise en charge. (86)



Source : P. D. Steinhauer, 1996, *Le moindre mal*, Montréal, Presse Universitaire

Pathologies limites de la CFTMEA

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) a défini une catégorie de troubles sous le terme de "pathologies limites" se situant entre psychose et névrose. Si cette classification n'est plus reconnue en France il nous semble intéressant d'étudier brièvement les idées de Roger Mises sur les mécanismes étiopathogénique et psychopathologiques à l'œuvre chez ces enfants fréquemment concernés par le placement.(87) Il rappelle en préambule de son article que le terme de "pathologies limites" a été préféré à celui de "d'état limite" afin de souligner les potentialités évolutives de l'enfant et l'influence de l'adolescence en terme de rupture ou de fixation. Il insiste également sur l'impossibilité de considérer les facteurs relatifs aux défauts d'étayage précoce comme un déterminisme explicatif simpliste et linéaire mais au contraire comme des influences s'exerçant à divers niveaux selon des processus circulaires. Il décrit les éléments suivants :

- un **défait d'étayage** où en dépit de celui-ci l'enfant a pu mettre en œuvre des capacités d'adaptation et de rétablissement même si elles se sont développées de façon dysharmonique. Ces ébauches de fonctionnement et de relation, développées "dans l'urgence" et mobilisées dans un but de défense contre l'angoisse et les risques de débordement peuvent faire obstacle aux mouvements intégratifs avec des défaillances dans "l'appropriation des mécanismes qui assurent l'individuation, la maîtrise des instruments de la symbolisation, l'accès à la vie fantasmatiques".
- un **défait d'élaboration de la fonction de contenance** où la mère a pu ne pas assumer pleinement son rôle de pare-excitation, et où l'enfant échoue partiellement dans ses essais d'intériorisation de cette fonction face aux excès de tension interne.
- un échec dans le registre de la **transitionalité** où persiste "l'omnipotence" première de l'illusion de création d'objet et où la fonction d'objet transitionnel n'est pas acquise pleinement avec atteinte du registre du symbole, de l'exercice de la pensée, de la fonction signifiante, de la vie fantasmatique et de l'accès au plaisir autonome.
- une **vulnérabilité dans le travail de séparation** où ces atteintes ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives liées, cliniquement cela pouvant se traduire par des affects pénibles, l'absence d'intérêt, les expressions somatiques, du retrait, ou bien des idées de préjudice ou d'injustice suscitant des réactions agressives pouvant aboutir à un déni de l'impuissance avec tentatives de maîtrise et de domination.
- une **pathologie narcissique** pouvant résulter de difficultés à investir l'enfant comme

objet réel, distinct de l'enfant imaginaire, et pouvant interdire l'accès à une identité propre. Les comportements d'attachement inadéquats pouvant également altérer les assises narcissiques. Ces représentations de soi dévalorisées peuvent être subies douloureusement et à d'autres moments mobiliser des défenses maniaques.

- des **clivages** assurant un fonctionnement en faux self permettant de faire coexister des positions inconciliables sans élaboration d'un conflit interne. Ainsi d'un côté se développent des capacités d'adaptation et de l'autre persistent des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental.

- des **troubles instrumentaux et cognitifs** s'exprimant par des troubles gnosiques, pratiques ou du langage entrant dans des rapports complexes avec les retards et défauts d'organisation du raisonnement. Les **difficultés d'apprentissages** pouvant être accentuées par des réponses normatives rééducatives ne prenant pas en compte la problématique dans son ensemble. Par ailleurs certains enfants ne présentant pas d'anomalies notables dans ces domaines, renforçant des bénéfices narcissiques en soumission à un fonctionnement en faux-self. Mis en évidence à ce propos comment les clivages et l'hétérogénéité structurale peuvent aider efficacement au maintien de capacités adaptatives dans l'exercice des fonctions cognitives ou au contraire comment des remaniements restrictifs du fonctionnement mental peuvent conduire à une structuration déficitaire.

II.4.2.2 Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement a été précédemment décrite, nous avons en effet vu que selon les stratégies adaptatives mises en place par l'enfant celui-ci pouvait établir différents patterns d'attachement en terme de représentations et de comportements d'attachement plus ou moins sécurisés, sans que cela ne constitue un trouble, mais que ces stratégies pouvaient se révéler inadéquates en fonction des contextes et contribuer au risque d'une éventuelle psychopathologie, en tout cas pour la forme la plus à risque qui est **l'attachement désorganisé**.

Si peu d'études ont été réalisées, notamment en France, sur les types d'attachement rencontrés chez les enfants placés des données de la littérature suggèrent un ordre d'idée : 46% de sécurisés, 42% de désorganisés, 8% de résistants et 4%

d'évitants.(88) Ainsi la proportion élevée d'attachements désorganisés pourrait participer à la fréquence des troubles psychiatriques retrouvée chez ces enfants.

En effet ce type d'attachement peut être considéré comme un vrai "traumatisme de l'attachement" au sens où l'enfant a appris à vivre dans un état de "peur sans solution" représentant un dilemme motivationnel puisque la figure d'attachement est à la fois source de sécurité et d'alarme.(89)

Au fur et à mesure du développement et de l'acquisition de nouvelles compétences, l'enfant cherche à reprendre le contrôle. A partir de l'âge de quatre ans des auteurs ont décrit les comportements contrôlant que pouvaient emprunter les enfants, par la parentification, les comportements contrôlants punitifs (recherche d'attention négative) et des comportements de sexualisation.(90)

Ainsi il a été démontré qu'il constituait un facteur de risque en soi, avec mauvaise gestion du stress, risque de troubles du comportement et des syndromes dissociatifs à l'adolescence mais aussi de trouble de l'estime de soi et de la régulation émotionnelle.(91) Par l'atteinte de la capacité à mentaliser les émotions et à maintenir une narration autobiographique l'attachement désorganisé empêche de donner un sens aux événements, aux traumatismes, à la séparation et par là empêche la capacité d'auto-organisation et de régulation des émotions.(92)

De plus l'attachement sécurisé est un facteur de résilience reconnu face à l'adversité, son absence constitue donc une vulnérabilité supplémentaire face à l'adversité.(93)

Guédeney a par ailleurs développé la question de la transmission transgénérationnelle de ces pattern d'attachement désorganisé, transmission étudiée grâce à l'Adult Attachment Interview (AAI), procédure permettant d'accéder aux représentations d'attachement chez l'adulte.(89)

II.4.2.3 Psychopathologie développementale

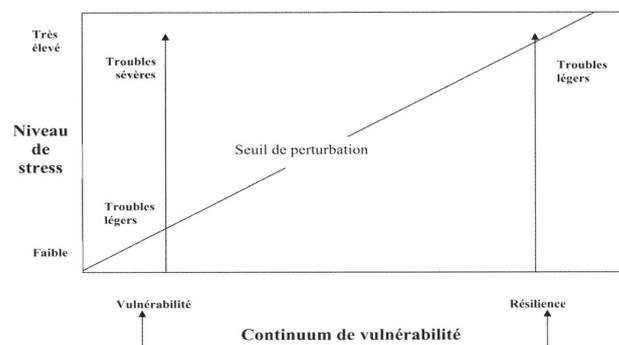
La **psychopathologie développementale** est une discipline de plus en plus utilisée, elle a été définie par Sroufe et Rutter comme "l'étude des origines et de la progression des patterns individuels de comportements inadaptés, quel que soit l'âge de leur apparition, quelles que soient les causes, quelles que soient leurs variations comportementales, et aussi complexe que soit le cours de leur développement". (94) Il s'agit d'une vision "holistique" du développement où tous ses aspects sont considérés comme en constante interaction et soumis à des facteurs de vulnérabilité, de risque, de protection.

Ainsi la psychopathologie n'est pas considérée comme intrinsèque mais comme une interaction inadaptée entre la personne et son contexte. Cet enchaînement de transactions constitue une trajectoire développementale pouvant subir progression, difficultés, stagnation, et être potentiellement porteuse de troubles et de pathologies, posant la question de la continuité et de la discontinuité du fonctionnement normal ou pathologique.(95)

L'équifinalité désigne le fait que différentes trajectoires de développement peuvent conduire à un même résultat et la multifinalité que des résultats développementaux différents peuvent être générés par un même facteur commun de vulnérabilité.

Cette multiplicité de facteur rend très difficile de déterminer si un facteur spécifique conduit à un trouble spécifique et peut aussi expliquer la fréquence des comorbidités des psychopathologies.

Rutter a particulièrement étudié la question des enfants séparés de leurs parents et appliqué les principes de cette approche dans ses travaux.(96) On lui doit notamment l'importance du concept de résilience, secondairement étudié en France par d'autres auteurs comme Cyrulnik ou Guédény.



La vulnérabilité modératrice entre facteur de risque et psychopathologie

Ingram & Price, 2001

II.4.2.4 Approche écosystémique

La psychopathologie écosystémique met l'accent sur la notion d'écosystème humain en se référant aux interactions (*Kurt Lewin*) et à la théorie générale des systèmes (*Von Bertalanffy*). Ce modèle reprend et développe les conceptions de l'école de Palo Alto.(97)

Bronfenbrenner a souligné l'importance dans le développement d'un enfant des facteurs de contexte environnementaux et du temps, remettant en question l'idée d'une causalité unique à un problème de développement ou à une psychopathologie. Il retient plusieurs niveaux systémiques:

- **l'ontosystème** : relatif à l'individu et à l'ensemble de ses caractéristiques personnelles

-**le microsystème** : relatif à la famille assurant des fonctions de protection et de régulation émotionnelle et relationnelle, ouverte sur l'extérieur mais préservant son organisation propre.

-**le mésosystème** : relatif à l'environnement proximal de l'enfant, à son premier réseau de sociabilité. Il se définit comme le système d'interrelations entre les microsystèmes et non comme intermédiaire entre micro et exosystèmes.

-**l'exosystème** : relatif à la famille élargie et au réseau institutionnel tel que les lieux de soins ou d'aide.

-**le macrosystème** relatif aux valeurs sociétales partagées, aux habitus culturels, à la loi commune.

Le chronosystème correspond lui à la temporalité des événements de vie, comme à celle du développement de l'enfant lui-même.

Comme précisé dans la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux des enfants en protection de l'enfance, "ces différentes strates sont à considérer comme des ressources susceptibles d'être activées au service de l'enfant et de contribuer aux actions cliniques, sociales, éducatives et aux expériences alternatives et complémentaires à ce que lui offre sa famille, et donc comme facteurs potentiels de protection et de résilience, de son développement et de son bien-être."

Ainsi ce modèle est surtout utile pour la compréhension des mécanismes de protection et de résilience dans la psychopathologie comme illustré dans la figure ci-après :

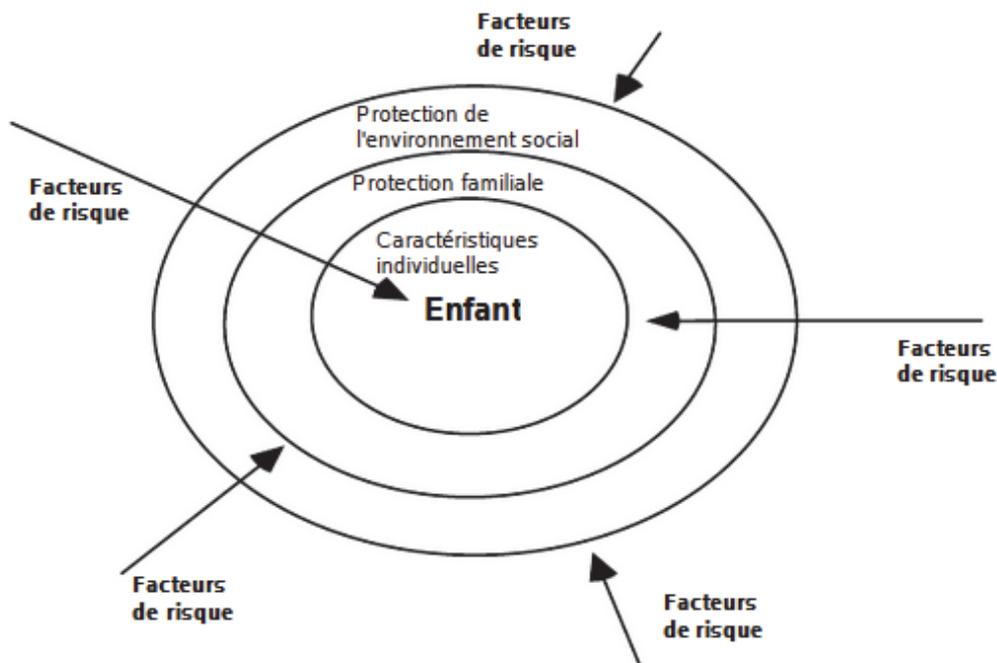


Figure 1 Vision écosystémique des facteurs de protection (Jourdan-Ionescu, 1998)

Dans la pratique courante nous constatons bien que ces modèles psychopathologiques trouvent du sens dans certaines situations ou chez certains enfants mais ne suffisent pas à comprendre la totalité des troubles constatés, tout dépend surtout de l'utilisation que l'on en fait. En effet Bateson rappelle qu'un modèle est une réalité de second ordre, donc une abstraction. Ils doivent rester des outils explicatifs mais ne doivent pas conduire à un appauvrissement de la réalité. Korzybski disait que « *la carte n'est pas le territoire* ».

II.4.3 Facteurs de vulnérabilité et de risque du développement des enfants confiés à l'ASE

Dans la partie suivante nous allons étudier plus en détail plusieurs situations d'adversité fréquemment rencontrées dans les situations de placement, en étudiant celles-ci sous l'angle développemental et psychopathologique. Seront étudiées les situations potentielles rencontrées en amont, en aval et à l'instauration du placement. Les conséquences potentielles dépendront de l'âge réel et développemental de l'enfant au moment où il sera confronté à ces situations.

II.4.3.1 Parentalité et trouble psychiatrique

La proportion exacte d'enfants placés ayant un ou deux parents souffrant d'une pathologie psychiatrique n'est pas connue. En revanche la pratique clinique et les études relatives aux facteurs de risque psychosociaux chez les enfants placés montrent une proportion élevée de troubles psychiatriques chez les parents d'enfant sous mesure de placement. (34) La protection de l'enfance au Québec rapporte entre 16 et 24 % de trouble psychiatrique chez les parents d'enfants faisant l'objet d'un signalement. Le rapport Naves et Cathala retrouve le trouble psychiatrique au deuxième rang des raisons d'un placement. (98)

Toute maladie durable, qu'elle soit somatique ou mentale, ainsi que toute situation de handicap affectant un adulte parent a des répercussions sur l'exercice de la parentalité. La disponibilité psychique et physique du parent ainsi que sa perception des besoins de l'enfant peuvent entraver sa possibilité d'y répondre adéquatement, exposant ainsi l'enfant à un risque de carences, de négligence ou de maltraitance.

De nombreux facteurs d'influence interviennent dans les conséquences de ces troubles sur les enfants notamment la chronicité, la gravité des manifestations, la présence d'un trouble mental chez le deuxième parent, la conscience des troubles du parent malade, les stratégies qu'il peut mettre en place afin de protéger l'enfant, la qualité de protection offerte par l'autre parent, le tempérament de l'enfant. (99)

De Becker insiste sur la différence entre une pathologie préexistant pleinement à la présence de l'enfant et celle se manifestant par une première décompensation plus ou moins aiguë. (100)

Il ne faut pas négliger non plus la part génétique supposée dans la transmission d'un trouble psychique, bien que celle-ci dépende du type de trouble et ne peut pas être considérée comme linéaire ou directe.

Rutter (96) précise que les troubles psychiatriques parentaux peuvent être associés à des troubles et des séquelles chez l'enfant mais que celui-ci ne sera pas affecté invariablement de façon négative et que les résultats émanant des études sur les mécanismes par lesquels les troubles parentaux agissent sont hétérogènes.

Plusieurs auteurs considèrent par ailleurs que les manifestations et dimensions de la maladie parentale ont une valeur prédictive plus élevée que la catégorie diagnostique elle-même. (101)

Wendland écrit que la parentalité pourrait permettre une normalisation du statut social, interrompre le cours de la chronicité de la maladie, diminuer l'isolement de la patiente et même améliorer son accompagnement à travers le renforcement du réseau de soins consécutif à la naissance de l'enfant. Mais qu'elle représente également une épreuve parfois insurmontable, faisant encourir un risque par l'enfant, risque développemental d'autant plus important que l'enfant est jeune. (102)

Bonneville distingue les situations d'incompétences parentales et d'incapacités parentales transitoires ou chroniques. (103) Les troubles psychiatriques du ou des parents pouvant rentrer dans ces deux dernières situations. Dans les situations à risque d'incapacité chronique elle note : une pathologie psychiatrique chronique avec des éléments délirants (surtout s'ils affectent l'enfant) persistants, les comportements psychopathiques avec errance, l'absence de contrôle par le parent de ses impulsions et tensions internes, l'impossibilité d'accepter une part de responsabilité dans la souffrance de l'enfant, l'incapacité à la remise en question, le refus actif ou passif de l'aide proposée, l'absence de changement significatif dans l'attitude affective et éducative malgré l'aide apportée. En revanche l'incapacité peut aussi être temporaire et évoluer en fonction de l'amélioration des troubles liés aux soins, soutiens et aide pouvant être mis en place durant ces périodes. Elle insiste sur la nécessaire évaluation de ces incompétences ou incapacités afin de proposer des mesures adaptées à chaque situation, qui pourraient se révéler violentes si elles étaient inadaptées.

Grossesse, post-partum, interactions précoces

Troubles psychotiques chroniques : la période du post-partum est particulièrement à risque de décompensation psychotique ou non. Une étude de Howard portant sur 199 femmes psychotiques et 787 contrôles met en évidence un risque multiplié par deux de dépression du post-partum chez les femmes souffrant d'un trouble psychotique. (104) Le traitement médicamenteux doit souvent être adapté en vue d'éviter les effets potentiellement dangereux pour le fœtus, tout en maîtrisant les risques de décompensation maternelle. Les femmes psychotiques sont aussi plus susceptibles de présenter des consommations prénatales à risque, de faire un déni de grossesse et de vivre des complications obstétricales et néonatales. La grossesse est souvent non planifiée et désirée et la reconnaissance de l'état de grossesse peut être plus tardive. Le suivi prénatal peut alors être retardé, discontinu, voire inexistant.(102) Les

premiers mois de l'enfant peuvent être marqués par des perturbations sévères et précoces dans la relation parents enfant. Lamour et Barraco ont décrit le caractère paradoxal et souvent chaotique des interactions mère-nourrisson dans ce contexte avec difficulté, parfois impossibilité, pour la mère d'affronter la réalité de l'enfant et d'aménager un espace psychique entre elle et son enfant.(105) On peut parfois observer une pauvreté des interactions et des stimulations (tactiles, kinesthésiques, vocales, visuelles), une asynchronie et un défaut d'accordage avec alternance de rapprochements fusionnels et de désinvestissements. La dimension ludique est souvent peu présente.(102)

Trouble de la personnalité borderline (TPB) : la grossesse est souvent idéalisée et le suivi chaotique, l'accès à la parentalité est particulièrement déstabilisant avec résurgence possible de traumatismes.(102) Les difficultés de mentalisation sont à risque de prioriser les besoins de la mère face à ceux de l'enfant et de ne pas percevoir les signaux du bébé quant à son seuil de tolérance des stimuli. Les interactions précoces sont marquées parfois par l'impulsivité et la méfiance avec des mouvements intrusifs, imprévisibles, voire paradoxaux, parfois par une mise à distance du bébé pour le protéger de leur propre violence. Il peut être difficile de reconnaître l'individualité du bébé dans ses besoins d'autonomie.(102)

Troubles de l'humeur : l'accès à la parentalité des femmes souffrant de TB s'est nettement amélioré ces dernières années avec le développement de la psychiatrie périnatale. Ainsi les conduites à tenir sur le plan médicamenteux sont davantage étudiées et protocolisées. Il a été montré une augmentation du risque de complications de la grossesse lorsque la mère présente des symptômes dépressifs et/ou anxieux durant la grossesse (106) ainsi qu'un risque augmenté d'accouchement prématuré et de bas poids de naissance chez des femmes déprimées au cours de la grossesse.(107) Les symptômes dépressifs affectent la disponibilité, les initiatives et les réponses maternelles. La dépression peut perturber notamment l'accordage affectif et la synchronisation des échanges. (108) Une étude utilisant l'échelle néonatale de Brazelton montre que les bébés de mamans souffrant de dépression pendant la grossesse présentaient une irritabilité plus importante et des scores plus faibles aux items d'orientation et moteurs.(109)

Développement

Trouble psychotique chronique : l'enfant peut montrer une **inhibition** des besoins et des affects en s'adaptant au seuil de tolérance de la mère pour ne pas être vécu comme persécuteur. On peut noter une **hypertonie** avec rétention volontaire des mouvements ou au contraire une **hypotonie de base** avec hypertonie des membres. (105) Une étude retrouve un style d'attachement chez ces enfants à l'âge plus souvent **insécure**. (110) De plus les séparations liées aux hospitalisations de la mère renforcent le risque d'insécurité, Holzer a remarqué que plus de la moitié des enfants de mères psychotiques était, à un moment ou à un autre, élevé par d'autres, à temps complet ou partiel. (111) Une étude de 1987 retrouvait un QI plus faible chez les jeunes enfants de mères atteintes de schizophrénie que chez ceux de mères déprimées. (112) Les études sont cependant contradictoires, Niemi ne retrouve pas de différences significatives en terme de développement cognitif chez les enfants âgés de 7 à 17 ans issus de mères atteintes de schizophrénie. (113) Certains domaines, seraient cependant plus spécifiquement atteints tels que les **habiletés verbales et les fonctions exécutives**. (114)

Trouble Personnalité Borderline (TPB) : Hobson retrouve jusqu'à 80% des nourrissons de mères souffrant de TPB présentant un attachement **«insécure»** type «désorganisé». (115) Crandell (116), Apter et Candilis (117) ont montré que ces nourrissons détournent davantage leurs regards et semblaient plus stupéfaits avec une dysrégulation émotionnelle et affective marquée lors des expériences de "still face". Guedeney et Fermanian ont montré un retrait relationnel plus important à l'échelle ADBB (échelle alarme détresse bébé) (118). A l'adolescence sont rapportées une plus faible estime de soi et une tendance à l'auto dépréciation. (119)

Troubles de l'humeur : Gaensbauer a retrouvé une qualité d'attachement inférieure chez les enfants âgés de 12 à 18 mois de mères atteintes de trouble bipolaire. (120) La cohorte ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) montre la présence de retards développementaux chez des enfants de 18 mois dont les mères étaient déprimées au cours de la grossesse. (121) Il a pu être mis en évidence un risque de retentissement sur le plan **cognitif** particulièrement au niveau du langage et des apprentissages (122). Une méta-analyse retrouve un taux d'attachement « sécuritaire » moindre et des proportions d'attachement « insécure/évitant » ou

« désorganisé » augmentées par rapport à la population générale; le taux d'attachement désorganisé variant de 17 et 28%.(123)

Mécanismes de défense et d'adaptation

- **Evitement relationnel** du nourrisson risquant de s'organiser en schème de réponses, le nourrisson se soustrayant à la situation source de désagrément. (124) Fraiberg parle de "gel"(125)
- **Parentification** avec inversion des rôles permettant à l'enfant d'échapper à sa propre angoisse avec compensation narcissique.(100)
- **Culpabilité** naissant du sentiment d'impuissance de ne pouvoir rendre son parent "suffisamment bon" avec risque d'atteinte de l'estime de soi et de comportements d'auto-punition
- **Dépression** face au vécu stigmatisant, aux angoisses, à la souffrance. (159)
- **Déni, clivage, opposition** voire violence comme tentative de différenciation. (126) - **Hypermaturation avec suradaptation** et autonomie accompagnant souvent un hyper-investissement scolaire.(127)
- **Faux-self** où le surinvestissement intellectuel et la fonction de penser deviennent des contraintes pour rendre nulle la défaillance environnementale.(128)
- **Décompensation** de l'enfant si la dyade avec le parent malade se referme sans ouverture par un tiers. DeBecker souligne que plus l'enfant est jeune plus son psychisme est malléable étant donné son état de dépendance psycho-affective au parent. (129) L'hypothèse de traits autistiques associés doit toujours être envisagée.

Psychopathologie

Troubles psychotiques chroniques : les études suggèrent que les enfants de mères psychotiques sont plus à risque de présenter des symptômes émotionnels en âge préscolaire, seraient davantage dépressifs, hyperactifs et sujets à l'inhibition sociale et souffriraient plus de troubles attentionnels. (113) Ross retrouve que 74% des enfants de 6 à 15 ans ayant un parent schizophrène rempliraient les critères diagnostiques d'un trouble de l'axe I du DSM IV, principalement le **trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles anxieux et dépressifs**. (130) On retrouve une littérature constante montrant que les enfants de sujets schizophrènes ont un risque de 2 à 9 % de développer une pathologie psychotique.(131)

Troubles personnalité borderline : les études prospectives montrent un risque élevé pour leurs enfants de présenter également un **TPB**. (132) On retrouve également un risque de trouble de l'attention, du comportement, des troubles anxieux et dépressifs, des comportements suicidaires et une faible estime d'eux-mêmes. (133)

Troubles de l'humeur : le risque de développer un **trouble bipolaire** au cours de sa vie est quatre fois supérieur à celui de la population générale si l'un de ses parents présente un trouble bipolaire. Ce risque varie de 1-3 % à 27 % en fonction des études et augmente considérablement si les deux parents en sont atteints. (134)

Des études de cohorte de grande ampleur ont montré qu'avoir un parent avec trouble bipolaire augmente le risque de psychopathologie par 2,7 pour leur enfant en particulier pour les troubles du comportement, le trouble déficit de l'attention et les troubles de l'humeur. (135)

Les enfants de parents ayant des antécédents de dépression auraient un risque maximal d'apparition d'un état dépressif majeur entre 15 et 20 ans. Lorsque l'épisode dépressif est actif ou à forme récurrente, en particulier chez la mère, le risque d'un **épisode dépressif** actuel chez l'enfant et le préadolescent est trois fois supérieur à celui retrouvé dans la population générale.(122) Des études retrouvent également un risque plus élevé de troubles du comportement, de troubles des conduites, de trouble anxieux.(112) Une étude longitudinale de 20 ans a par ailleurs montré un risque persistant à l'âge adulte.(136)

Trouble psychique chez le père

Kvalevaag retrouve une association significative entre santé mentale paternelle et développement socio émotionnel et comportementale de l'enfant à 36 mois avec plus de troubles du comportement, plus de difficultés émotionnelles, et un fonctionnement social altéré(137). En cas de trouble psychiatrique maternel grave les capacités parentales paternelles sont un élément clé dans la possibilité de maintien à domicile de l'enfant.

II.4.3.2 Maltraitances

La littérature retrouve cinq sous-types : négligences émotionnelles, violences émotionnelles ou psychologiques, négligences physiques, violences physiques, violences sexuelles. Elle est désormais en France reconnue comme un problème de santé publique important aux conséquences à court, moyen et long terme. (138) La loi du 5 mars 2007 amène la notion de risque de danger en protection de l'enfance en appréhendant la situation globale de l'enfant au-delà de l'angle restrictif de l'existence de violences.(139) La loi interdisant les « violences éducatives ordinaires» a été définitivement adoptée le 2 juillet dernier. Il est désormais inscrit dans le Code civil que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques ».

Actuellement les praticiens et les chercheurs s'intéressent aux modalités et processus relationnels particuliers qui ont lieu au sein du groupe familial parlant d'« interactions familiales à risque », de « familles à transactions maltraitantes » plutôt que de « familles maltraitantes »(140)

Nicole Guédeney propose que lorsque le système d'attachement de l'enfant est activé, celui du parent le devient aussi car il peut se sentir angoissé, impuissant, menacé ou stressé. Les stratégies habituelles d'attachement du parent se remettent alors en place et entraînent des réponses pouvant être inadéquates (maltraitance émotionnelle), voire absentes (négligence) ou désorganisées avec dysrégulation émotionnelle (abus). (141)

Concernant les enfants placés les études réalisées retrouvent les chiffres suivants, quel que soit le motif initial de placement(142) :

- Violences physiques 20 à 29 %
- Violences psychologiques 10 à 31 %
- Abus sexuels 10 à 20 %
- Négligences lourdes 9 %

Développement

Même en contexte de maltraitances l'attachement aux parents se développe mais la base de sécurité représentant également la source potentielle de peur ou d'absence de protection il se construit le plus souvent sur un mode **désorganisé**. Les études et méta-analyses retrouvent entre 48 % et 80 % d'attachement désorganisé (143). Le système d'attachement reste activé et l'enfant se développant dans la survie il existe un risque d'atteinte de toutes les dimensions du développement

Une méta-analyse retrouve davantage de colère, d'agressivité, d'impulsivité, d'opposition.(144) Une autre montre que la reconnaissance et la compréhension des **émotions** d'autrui peuvent être altérées. (145)

Cicchetti et al, en 2003, montrent que les enfants victimes de maltraitance échouent davantage aux tâches de fausses croyances avec **déficit de la théorie de l'esprit**.(146)

Une étude de cohorte montre une atteinte des **fonctions exécutives** visible dès 3 ans. (147)

Fonagy décrit les **atteintes de la mentalisation** avec un déficit des jeux symboliques, de l'empathie, de la régulation des affects, l'enfant pourrait éviter la mentalisation afin de se protéger de la perception de pensées et sentiments hostiles et malveillants à son égard.(148)

L'étude de Romano qui adopte une perspective développementale écosystémique rapporte des **difficultés d'apprentissage** d'autant plus marquées que l'enfant est placé dans une structure extra-familiale, et établit un lien entre déficits scolaires et perturbations d'étapes clés du développement tels que l'attachement, la régulation des émotions, le sens de l'autorité. (149)

Sur le plan **somatique** le "syndrome du bébé secoué" peut engendrer des retards et des déficits psychomoteurs, des difficultés d'apprentissages, des problèmes visuels ou auditifs, de l'épilepsie, de la paralysie et, dans certains cas plus rares, le décès. (150) Des études ont montré un risque de malnutrition, des problèmes bucco-dentaires, des comportements alimentaires inadaptés tels que le PICA ou le mérycisme, des retards de croissance staturo-pondéraux et certaines maladies chroniques telles que l'asthme ou les maladies cardio-respiratoires. (151)

Mécanismes de défense et d'adaptation

Ces systèmes peuvent être efficaces mais engendrent d'autres difficultés, notamment sur la vie sociale, le caractère inadapté n'est pas perçu par l'enfant, d'une part car il n'en connaît pas d'autre et d'autre part car il lui fournit une organisation et des repères.

- **Stratégies contrôlantes** : renversement des rôles (perception des besoins d'autrui au détriment des siens), protection ("contrôlant soignant"), contrôle coercitif envers les adultes ("contrôlant punitif"), ou au contraire compliance compulsive.

- **Dissociation** : elle permet de faire face à la surcharge émotionnelle non intégrable en faisant disparaître pensées et émotions insupportables. La fragmentation sur le

plan comportemental, affectif et mnésique nuit à une intégration des expériences subjectives dans une "enveloppe contenant" (152)

- **Exclusion défensive** : Bowlby propose ce concept comme stratégie de minimisation de l'attachement où les souvenirs et émotions liés au traumatisme sont gardés hors conscience (141)

- **Méfiance et émotions négatives** : Guédénéy souligne la sensibilité et la vulnérabilité de l'enfant maltraité aux émotions et signaux négatifs qui sont un avantage dans un environnement hostile un problème pour l'entourage amical et social où une tentative bienveillante peut être vécue comme menaçante. (142)

- **Identification à l'agresseur** : pour Ferenczi l'identification voir "l'introjection" de l'agresseur le fait disparaître en tant que réalité extérieure devenant alors intrapsychique.(153)

- **Violence, identification incorporative pathologique et indifférenciation** : Berger décrit la "culpabilité primaire" liée l'impossibilité de situer la violence subie à l'intérieur ou à l'extérieur de soi. Les imagos parentaux intériorisés peuvent entraîner des réminiscences quasi hallucinatoires des sensations du passé déclenchées spontanément ou en réponse à des exigences même minimales ou évoquant le passé traumatique. L'enfant peut tenter de maîtriser les maltraitances en les provoquant activement bien que les motivations restent bien sûr inconscientes. Il décrit enfin une indifférenciation entre passé et présent, réalité et pensée, pensée propre et pensée de ses parents expliquant que la séparation physique ne suffisent pas à endiguer ces troubles.(154)

- **Sidération, déni, clivage** : des auteurs parlent d'auto-hypnose permettant de s'anesthésier à la douleur(155) ou de dépersonnalisation permettant de mettre à l'abri une partie de la personnalité.

Psychopathologie

Les victimes de maltraitances sont plus à risque de développer un trouble de stress post-traumatique (**TSPT**)(21). Une étude prospective retrouve 23% d'ESPT en cas d'abus sexuel, 19 % en cas d'abus physique, 17 % en cas de négligence comparé à 10 % TSPT dans la population témoin, le risque vie entière restant toujours élevé.(156)

Certains chercheurs ont proposé une entité clinique de traumatisme complexe (trouble stress post-traumatique complexe ou **TSPT-C**), non retenue dans le DSM V, dont le

tableau clinique serait différent de celui d'un TSPT "classique". L'étiologie de ce trouble serait dans les perturbations développementales induites par des traumatismes répétés durant l'enfance. Les atteintes seraient davantage liées à la régulation des émotions, les altérations de conscience, de la perception, des systèmes sensoriels. (157) À plus long terme, la maltraitance infantile est également associée à **l'abus de substances**, **l'anxiété**, la **dépression**, des **troubles du comportement alimentaire**, des idées **suicidaires** et le **décrochage scolaire**. (158)

Une étude longitudinale retrouve un risque suicidaire important représentant près de la moitié des causes de décès dans cette population. (159) Une étude retrouve 25 à 30 % de jeunes de 20 ans répondant aux critères DSM IV de dépression (160)

La prévalence du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (**TDAH**) est plus importante chez ces enfants, avec davantage de forme comorbide d'un trouble oppositionnel avec provocation ou d'un trouble des conduites.(161) Le lien entre maltraitance et TDAH est cependant complexe puisque le TDAH est lui-même à risque d'induire de la maltraitance mais aussi parce que les manifestations comportementales d'un syndrome de stress post-traumatique lié aux maltraitance peuvent ressembler aux symptômes du TDAH.

Le lien entre maltraitance et **trouble du spectre autistique** semblerait être davantage du ressort des manifestations d'un attachement désorganisé (inhibition, stéréotypies motrices notamment) pouvant se confondre avec la sémiologie autistique. (162) Les **troubles de l'attachement** seront développés dans la partie consacrée au risque lié à l'institution, cependant il faut noter que ces troubles peuvent se retrouver en dehors des populations d'enfants élevés en institution, 63 % d'adolescents anglais à haut risque du fait de carences et maltraitances présentaient un trouble de l'attachement dans une étude récente. (163)

Conséquences à long terme

L'une des conséquences redoutées chez les enfants victimes de maltraitance est la répétition de telles situations au sein de leur propre foyer à l'âge adulte, les identifications parentales et la défaillance des imagos parentales pouvant ressurgir lors de l'accès à la parentalité. (164) Une étude prospective ayant suivi des enfants pendant 12 ans retrouve un niveau éducatif plus bas, des difficultés plus grandes pour accéder à l'emploi et des salaires moins élevés, une qualité de vie moins bonne. (165)

Ces données doivent être relativisées par le faible nombre des études prospectives permettant de documenter les évolutions positives.

Attardons nous sur quelques situations comportant des spécificités :

La négligence comporte un risque supplémentaire sur la santé du fait du défaut de surveillance ou de soins médicaux ainsi qu'une réduction des opportunités de normalisation du développement par déficit de l'interaction avec les offres de la collectivité ou de l'entourage social. Garret-Gloannec et Pernel décrivent des **troubles de la tonicité** avec des plagiocéphalies latérales, des hypotonies ou hypertonies avec agrippement, un retrait psychoaffectif, un désintérêt de son corps et de l'exploration, un retard d'acquisition à la marche et parfois l'impression d'un trouble musculaire ou neurologique entraînant des investigations.(166) Elles décrivent aussi des **troubles de la régulation végétative** touchant le système digestif, les états de veille-sommeil avec chute brutale dans le sommeil, hypersomnie ou insomnie. Et enfin un possible évitement du regard contrastant avec une attention visuelle soutenue face aux professionnels rencontrés voir une focalisation sur la lumière ou un objet environnant non humain qui est plus inquiétante. (153)

Le manque de stimulations n'incite pas l'utilisation du **langage oral** pour communiquer avec des retards fréquents.

Le style d'attachement le plus retrouvé est de type **insécure évitant**.(167)

Ethier et al ont observé que les enfants exposés à de la négligence parentale durant plus de six ans présentaient des problématiques beaucoup plus importantes **d'anxiété, de dépression et de troubles de comportement** intériorisés et extériorisés que les enfants dont la négligence avait été inférieure à six ans.(168)

L'exposition aux violences familiales comporte des spécificités, le parent soumis aux violences risque de mobiliser son énergie pour sa propre survie ne pouvant plus se montrer disponible pour les besoins de son enfant, le parent agresseur n'étant plus en mesure d'exercer ses compétences parentales d'empathie et d'identification à l'enfant. Il a y a également atteinte des capacités de co-parenting. Baker et Cunningham décrivent quant à eux 7 grands types de stratégies : évitement des éléments anxiogènes, fantasmes de vengeance ou de sauvetage, tentatives de maîtrise, quêtes de soutien, expression créative, auto ou hétéro-agressivité et rationalisation. Ils décrivent également sept rôles typiques : le rôle de petit parent, celui

de confident de la victime, de confident de l'agresseur, celui de petit agresseur, celui de l'enfant modèle, celui de l'arbitre et enfin celui de bouc émissaire.(169)

Enfin le risque de danger sur la **sécurité physique** de l'enfant ne peut être écarté avec risque qu'il soit utilisé comme moyen de menace, une étude sur des pères infanticides retrouve 68% d'entre eux évoquant une raison de représailles envers leur conjointe.(170)

Les violences sexuelles peuvent concerner toute tentative ou actes sexuels qui ont comme objectif la satisfaction sexuelle ou des bénéfices financiers. Elles peuvent aussi concerner un climat incestuel, concept développé par Racamier comme source de confusion à connotation sexuelle, sans réel passage à l'acte mais tout aussi potentiellement dommageables.(171) Malgré cette effraction dans l'intimité, la violence peut être invisible sans utilisation de la force avec parfois même de la douceur, de la gentillesse, de la pseudo-affection. La violence réside essentiellement dans l'impact traumatique que la transgression des limites va revêtir pour la jeune victime avec rupture du sens et une violence restant obscure et confuse, entraînant distorsion cognitive et affective. L'enfant peut alors adopter certains comportements qui interpellent les adultes : provocations sexuelles, recherche active de contacts sexuels, conduites inadaptées ou exagérées de voyeurisme et d'exhibitionnisme pouvant aller jusqu'à l'exploration ou l'agression sexuelle d'un autre enfant.(172) Les sentiments de culpabilité et d'ambivalence peuvent entraîner des affects dépressifs et anxieux.

Gennart décrit 3 atteintes du rapport au corps qui peut être négligé (désinvestissement des actions corporelles de base comme hygiène, soins, sommeil, alimentation, refus du plaisir), attaqué (mutilations, TS) ou encore victime de symptômes somatoformes notamment gynécologiques, digestifs, cutanés.(173)

Une étude prospective retrouve chez des sujets âgés de 29 ans ayant subi des abus sexuels une activité sexuelle plus précoce, davantage de grossesses pendant l'adolescence, un taux d'avortement supérieur, un risque plus élevé de maladie sexuellement transmissible et davantage de prostitution.(174)

Une étude prospective montre une association importante des automutilations avec les abus sexuels, association qui n'est pas retrouvée en cas de violences physiques ou de négligence. (175)

Concernant la psychopathologie une méta-analyse retrouve un risque de troubles augmenté de 13 % et persistant au long de la vie. (160)

II.4.3.3 Séparation liée au placement

La séparation doit permettre aux parents biologiques d'être soutenus et restaurés dans leur place de parents, et à l'enfant de bénéficier de soins et de protection.

Les expériences de séparation font partie du développement normal de l'enfant. La séparation, selon les cas, peut donc être conceptualisée comme un traumatisme mutatif ou comme un traumatisme délétère.

Golse souligne que le bébé doit assez rapidement passer d'une continuité intra-utérine à une discontinuité des rythmes qui fait suite à la naissance grâce à la mise en place progressive d'un sentiment de continuité et de cohésion interne. C'est la capacité de pouvoir penser l'objet en son absence avec **l'accès à la symbolisation** qui va permettre de supporter les expériences de discontinuité.(176) L'enfant développe normalement des mécanismes transitionnels lui permettant de supporter l'absence. Un enfant acquiert la capacité de se séparer s'il est assuré de sa base de sécurité affective, s'il peut s'appuyer sur une disponibilité maternelle suffisante, s'il se sent inscrit dans un destin d'être autonome qui devra s'affranchir de la tutelle parentale.(177) Il s'interroge sur la dimension thérapeutique ou traumatique de la séparation avec cette double interrogation et distingue la séparation physique, psychique ou mixte dont les impacts sont différents.(178)

Pour Myriam David «la séparation n'est pas traumatique en soi" 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 et met en échec le système défensif et adaptatif de l'enfant (179). L'enfant peut alors se trouver débordé par une **angoisse d'abandon** impossible à contenir, et qui pourrait s'inscrire comme une trace, non mémorisable mais potentiellement réactivée par des évènements venant lui faire écho. (177)

La rupture d'avec l'environnement et les personnages relationnels familiaux joue comme une perte d'objet pour les enfants et les adolescents. Le sentiment d'avoir été abandonné se double du sentiment d'abandonner à son tour, avec honte et culpabilité, le **risque dépressif** est alors élevé.

Chez les bébés, ceux-ci étant en cours de différenciation, leurs objets internes et externes ne sont pas encore totalement établis ni même instaurés néanmoins Spitz et Bowlby ont démontré les **conséquences de la perte** même avant la construction d'un "objet" constitué avec un risque dépressif aussi chez les enfants les plus jeunes, et un

risque de perte du narcissisme primaire et de la possibilité de se sentir continûment exister.(49)

Les effets de la séparation varient selon la capacité qu'a l'enfant de profiter des bonnes expériences qu'on lui propose. Certains vont pouvoir s'étayer sur leur nouveau lieu de vie et progresser en **parvenant à se différencier psychiquement** de son parent, d'autres vont être simplement protégés et vont reproduire dans leur nouvel environnement les modalités relationnelles pathologiques et les processus de défense qu'ils auront mis précocement en place dans leur existence. **La séparation est alors physique mais pas psychique** sans prise en charge psychothérapeutique associée. Pire même, cette séparation risque d'exacerber chez l'enfant l'idéalisation de parents défaillants et d'induire un désir éperdu de les retrouver tels qu'ils étaient dans leurs transactions pathogènes avec lui. (180)

Les professionnels travaillant dans les pouponnières cherchent systématiquement les signes réactionnels de souffrance du bébé face à la séparation, avec la difficulté des effets cumulés de la séparation et de ceux d'un troubles des interactions précoces pouvant préexister, notamment dans l'intransigeance des demandes du tout-petit et dans une angoisse de séparation qui peut s'intensifier. (181) Ces réactions marquées parfois également par des réactions somatiques sont particulièrement observées et attendues comme expression d'une réaction et d'une sensibilité à la séparation et à la modification de l'environnement. La capacité de réaction du nouveau donneur de soin (ou "caregiver") à ces signes est alors particulièrement importante pour offrir à l'enfant des possibilités de réconfort, de restauration et de sécurité.(182)

Les conséquences de cette séparation sur le plan psychique ont peu été étudiées, d'abord car il ne serait pas éthique d'envisager une étude comparative dans laquelle on laisserait ou non les enfants dans leur famille s'il y a indication de séparation; d'autre part les situations potentiellement traumatiques ou de maltraitance subie avant la séparation et étudiées précédemment constituent un facteur de confusion majeur dans l'émergence de trouble psychiques.

Une étude montre l'importance de préparer le placement, Berridge et Cleaver ont en effet constaté que 50% des placements non préparés aboutissait à long terme à des ruptures tandis que ce risque était réduit à seulement 12,5% si le placement été précédé de rencontres entre l'enfant et la famille d'accueil.(183)

II.4.3.4 Début de placement et acceptation

Les débuts d'un placement sont particulièrement sensibles du fait de **l'activation maximale du système d'attachement** de l'enfant liée à l'inconnu et à la perte des figures précédentes et à la **mobilisation de ses stratégies de défense habituelles**. Il risque de maintenir le recours à des stratégies contrôlantes sur les autres, même ceux en mesure de le protéger. Il peut ne pas faire confiance aux apparences et surveiller étroitement l'environnement, spécialement le visage et l'humeur des accueillants avec une sensibilité accrue aux émotions négatives qui risquent d'être sélectionnées en augmentant le sentiment d'insécurité et validant et stabilisant leurs stratégies défensives.

Nicole Guedeney explique la manière totalement paradoxale dont le nouveau caregiver peut même aggraver cette notion de danger. Plus il offre des soins de qualité, plus il apparaît comme « anormal » à l'enfant, et plus il y a de risque qu'il soit traité avec peur et mépris (141). L'enfant peut craindre de revivre les expériences d'abus ou de rejet expérimentées avec ses premières figures d'attachement. Les mécanismes cognitifs d'assimilation qui jouent sur la stabilité ou le changement des MIO rendent les enfants placés fortement **résistants au changement** : ils ont souvent tendance à repousser les mouvements de l'adoptant. Les enfants placés qui ont été maltraités ont plus de mal encore à tenir compte de la réalité de l'autre et de leurs propres motivations, en raison d'un **défaut de mentalisation**.(184)

Les troubles du comportement en début de placement peuvent s'inscrire dans ce contexte ou être liés aux troubles préexistants. Après plusieurs placements l'enfant peut également préférer être responsable de l'échec de celui-ci plutôt que de subir une nouvelle rupture. (185) Une autre étude américaine retrouve un risque 2 fois plus élevé de consultation d'urgence ou d'hospitalisation en psychiatrie après un changement de placement.(299)

La confiance accordée au dispositif du placement peut s'établir au terme d'un processus plus ou moins long en fonction de leurs représentations du placement (disqualification parentale, séparation brutale, non explicitée) et de celles des parents et en fonction de la stabilité du parcours notamment s'il y a "déplacement".

En refusant le placement il peut exprimer une forme de **résistance** à l'institution et/ou une forme de **loyauté** envers ses parents. Il peut aussi prendre conscience de la

différence entre ces deux mondes étrangers et réaliser qu'en refusant d'appartenir à l'un des deux il risque de devenir étranger aux deux. (186)

Ainsi la capacité de l'enfant ou de l'adolescent à comprendre et à se saisir du placement dépend en grande partie de son **niveau de développement**, du bagage qu'il aura précédemment acquis, de la façon dont il aura été au préalable « porté » psychiquement. Cette capacité à se représenter et à mettre du sens sur ce qui se passe autour de lui a une influence capitale sur le vécu de l'enfant face à la séparation et au placement.

II.4.3.5 Institution

En 2009, l'association « Save The Children UK » estime à 8 millions le nombre d'enfants vivant en institution dans le monde. (187) La France reste un des pays où le plus grand nombre de jeunes enfants sont ainsi placés. (188) S'il est évident que même la meilleure institution ne pourra pas remplacer une famille, il a néanmoins été montré que les enfants pouvaient s'y développer de manière satisfaisante. Néanmoins l'histoire nous montre que maintenir une réflexion constante autour de leurs besoins et de leur prise en charge est nécessaire pour permettre de faire de cette expérience une "étape constructive" dans la vie de l'enfant. **L'opération pouponnières** en France initiée en 1975 par Simone Veil et les travaux précédemment décrits à Loczy et en France ont permis de développer des principes comme ceux de **bienveillance et de référence**(189) .La théorie de l'attachement et la notion de besoins de l'enfant sont largement évoquées dans les lieux d'accueil de l'enfant mais en définitif encore faiblement théorisées et très rarement étudiées sur le terrain.(190)

Dozier rappelle qu'il existe de grandes différences d'une institution à l'autre, d'une unité à une autre au sein de la même institution et même une variabilité des soins reçus au sein d'un même groupe. Néanmoins elle retrouve certains facteurs de risque communs quel que soit le pays ou le type d'institution : ratio élevé entre enfants et caregivers, travail par roulement horaire, manque de formation des caregivers, soins insuffisamment individualisés, manque d'investissement psychique et affectif envers les enfants. Elle distingue les enfants plus âgés pouvant se développer de façon adéquate dans un environnement avec peu de relations étroites, et les jeunes enfants nécessitant davantage d'interactions cohérentes et stables.(191)

En MECS les enfants doivent en effet s'adapter à un cadre de vie régi par des règles institutionnelles tout en étant pris en charge par plusieurs caregivers. Les enfants confiés sont d'âges différents, chacun vivant avec son histoire souvent traumatique et ses manifestations de détresse et/ou attitudes défensives. Le climat perceptivo-sensoriel selon Bruwier est donc radicalement différent avec des bruits, des mouvements, des présences, quasi permanents.(192)

Les MECS sont souvent organisées en groupes d'enfants d'âge similaire, de fait certains paliers d'âge sont marqués par un passage dans le groupe supérieur, avec un changement également d'éducateur référent.

En pouponnière les études montrent des signes importants de souffrance chez les bébés même s'ils peuvent résulter des effets cumulatifs de la séparation, des troubles des interactions précoces primaires et d'une angoisse de séparation qui s'intensifie. (193) La nature et l'apparence de ces troubles peuvent paradoxalement amener le soignant à adopter une attitude contraire à celle dont le bébé aurait besoin.(194) Une étude réalisée dans deux pouponnières en France a cherché à évaluer l'évolution développementale des bébés pris en charge, sur quatre mois.(193) Les résultats ont montré une reprise du développement notamment des capacités interactives. Entre le T0 et le T4 le taux d'évitement du regard est passé de 41 % à 13 %, le retrait relationnel de 35 % à 7 %, l'isolement de 31% à 6%. Les difficultés de sommeil et les troubles d'acquisition d'un rythme nyctéméral avaient également diminué. La limite de cette étude était l'absence de données sur le plus long terme, au-delà des quatre mois. Berger recommande de mesurer le quotient de développement (QD) avant l'entrée en pouponnière afin de pouvoir évaluer l'effet de la collectivité et différencier un QD trop bas lié à la collectivité ou aux interactions familiales précédentes. (195)

Développement

Dans le Projet d'Intervention Précoce de Bucarest (BEIP), essai clinique randomisé, le développement socio-émotionnel était davantage affecté en institution qu'en famille d'accueil. (196)

Deux types de troubles relationnels et affectifs ont été décrits chez les enfants élevés en institution : **le retrait affectif** et **la sociabilité indiscriminée**. Pour Minnis l'environnement institutionnel ne permet pas à l'enfant de bénéficier d'échanges intersubjectifs suffisamment concordants ce qui l'empêche de développer un

sentiment d'intimité relationnelle avec une personne privilégiée, il manque donc d'expérience pour distinguer relation non intime et relation familiale, avec des comportements de sociabilité indifférenciée.(197) Zeanah a constaté que 44% des enfants placés en institution présentaient des niveaux élevés de comportement sociable sans discernement, contrairement à 18% des enfants qui n'avaient jamais été placés en institution.(198)

Rutter a constaté que la sociabilité indifférenciée chez les enfants précédemment placés en institution était stable de 6 à 11 ans, bien qu'il y ait eu une diminution du comportement au cours de cette période.(199) Hodges et Tizard ont constaté que ce comportement envers les adultes disparaissaient à 16 ans mais persistait dans les relations avec leurs pairs.(200) La sociabilité indifférenciée pourrait être un facteur de risque ultérieur dans les relations sociales, même si elle se manifeste différemment à l'adolescence. Le retrait affectif est marqué par un retrait de l'enfant, semblant ignorer les autres et ne semblant s'intéresser à personne. Nous verrons comment ces comportements peuvent mener à un réel trouble de l'attachement dans la partie consacrée au risque de psychopathologie.

Des études montrent une atteinte dans l'acquisition de la **théorie de l'esprit, du contrôle inhibiteur, de la reconnaissance des expressions faciale des émotions, de la compréhension de l'ambiance émotionnelle des situations** (201) en particulier lorsque l'institutionnalisation s'est prolongée au-delà de 6 mois.(202)

Les enfants élevés en institution peuvent former une **relation d'attachement incomplètement développée voire absente**. Zeanah a évalué les comportements d'attachement au sein d'une institution roumaine, les résultats montraient une absence ou une pauvreté des comportements d'attachement chez 30 % des enfants. (198) Les études anglo-saxonnes retrouvent des profils d'attachement très différents de la population générale avec 73% d'attachements désorganisés.(203)

Psychopathologie

Les troubles de l'attachement sont les plus spécifiques, il s'agit du trouble désinhibition du contact social (**TDCS**) et du trouble réactionnel de l'attachement de la première et de la seconde enfance (**TRA**), auparavant désignés sous le terme de trouble réactionnel de l'attachement (TRAPE) de forme inhibée ou désinhibée. ̀

Les études récentes suggèrent que le TRA est lié à l'absence d'attachement du fait des conditions de vie et peut se modifier avec un placement de qualité sans notion de période sensible pour la capacité à développer un attachement. Le TDCS, lui, serait davantage lié à des troubles de l'intersubjectivité pendant la petite enfance avec des relations d'attachement souvent insécures mais présentes, sa stabilité malgré le placement pourrait signifier qu'il y a une période sensible pour le développement de l'intersubjectivité contrairement au développement de l'attachement. (204) Les études retrouvent 30 à 40% de ces deux troubles dont 17% présentent une forme mixte.(205) Plus récemment, une étude longitudinale portant sur une population d'enfants d'âge préscolaire vivant en institution a retrouvé 31% de TRAPE désinhibé et 4.6 % de TRAPE inhibé à 20 mois, 17 % de désinhibé à 54 mois contre 4.1% d'inhibé au même âge.(206) Rutter a suivi une population d'enfants anciennement institutionnalisés entre 6 et 11 ans, il met en évidence une grande stabilité du diagnostic de TRAPE désinhibé avec cependant une diminution de l'intensité des symptômes de sociabilité indiscriminée à l'égard des adultes au cours du temps (96). Bruce retrouvait dans une population d'enfants anciennement institutionnalisés des résultats suggérant que l'expression d'un TRAPE désinhibé est corrélée à la durée d'institutionnalisation mais pas à la sévérité de la privation précoce, ni aux risques prénataux.(202) Le diagnostic différentiel avec un troubles du spectre autistique (TSA) est parfois difficile à faire, une étude retrouvait 6% d'enfants roumains adoptés présentant un autisme, mais avec des particularités notamment sur la recherche de stimulations tactiles.(39)

Le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (**TDAH**) est également largement associé à la vie en institution, Sheridan évalue à 20,7% la prévalence du TDAH chez les enfants au sein d'une institution, avec une forte prédominance masculine.(44) Sonuga-Barke a mené une étude exploratoire des similitudes et différences entre TDAH "classique" et TDAH chez des enfants institutionnalisés. Selon ces résultats, les garçons post-institutionnalisés porteurs d'un TDAH ne présentent pas de différence avec les enfants élevés dans leur foyer biologique et atteints de ce trouble, tant du point de vue de la symptomatologie que de la sévérité du trouble. Par contre les résultats suggèrent une rémission des symptômes de TDAH chez les filles institutionnalisées, entre 6 et 13 ans. Enfin, les troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité sont plus fréquemment associés à un trouble des conduites chez les enfants élevés dans leur famille biologique que chez les enfants ayant vécu en institution.(207)

II.4.3.6 Famille d'accueil

Placer un enfant dans une famille d'accueil suppose que l'on puisse penser et accompagner une double appartenance familiale et que celle-ci soit reconnue et acceptée par l'enfant, les parents, la famille d'accueil et les différents professionnels gravitant autour.

Du côté des parents, le vécu de disqualification est difficilement évitable avec des mouvements possibles de jalousie et de rivalité envers la famille d'accueil. Le travail avec les parents biologiques est de fait indispensable pour atténuer voire éviter le développement de conflits dont l'enfant deviendrait l'enjeu. Parvenir à accepter de ne pas pouvoir jouer au quotidien sa fonction parentale et accepter de la déléguer à une autre famille est rarement une attitude spontanée. Or, cette double acceptation, aussi tenue soit-elle, permettra à l'enfant d'alléger le poids des conflits de loyauté. (192)

Du côté de l'assistante familiale l'arrivée d'un nouvel enfant représente également une activation de son propre système d'attachement.

Les difficultés d'attachement renforcent le risque d'un sentiment d'échec, d'impuissance, d'incompétence pour le professionnel face à la résistance des enfants à se lier et à solliciter de l'aide.

Du côté de l'enfant, aux angoisses de perte précédemment décrites peuvent se surajouter **un conflit interne** lié au partage entre deux familles avec **conflit de loyauté** difficile à dénouer et toujours source de souffrance. Contrairement au foyer où tout est davantage formalisé dans une famille d'accueil, les règles sont bien plus implicites, l'implication doit aller au-delà des règles formelles. Dans un foyer, l'enfant peut davantage maîtriser le rôle qu'on attend de lui ; dans une famille d'accueil il doit apprendre à se conformer aux singularités de la famille pour en faire partie. Le risque est **le clivage défensif** ou le développement en **faux self**.

Parfois la relation entre l'enfant et l'assistante familiale commence ainsi par une phase "d'idylle", "**lune de miel**", où il arrive même de voir apparaître chez l'assistante familiale un état proche de la « préoccupation maternelle primaire » décrite par Winnicott. L'enfant, quant à lui, s'épanouit très vite.(181) De façon brutale ou progressive peuvent commencer à apparaître des "incidents" faisant irruption dans l'idylle initiale et amenant une désillusion pour l'enfant et pour l'assistante familiale. Les sentiments d'exaspération, de désespoir voire de rejet peuvent être d'une grande intensité et incompatibles avec les sentiments de plaisir ressentis au début de l'accueil, la

culpabilité en résultant peut pousser l'assistante familiale à ne pas en parler à l'équipe. Ces difficultés relationnelles signent en réalité que l'enfant commence à se restaurer au sein de sa famille d'accueil, relâchant ses efforts défensifs coûteux et laissant apparaître sa souffrance.

Développement

C'est surtout l'attachement qui a spécifiquement été étudié chez les enfants en famille d'accueil. Dozier retrouve un attachement sécurisé à l'assistante familiale chez la moitié des jeunes enfants quelques mois après l'arrivée avec 52% d'attachement sécurisé, 34% de désorganisé, 6% d'évitant et 8% de résistant. (88). Une autre étude chez des enfants placés à 24 mois montre que malgré l'attachement sécurisé de ces enfants à leur assistante familiale il peut persister des manifestations d'attachement désorganisé. (208) Des études montrent une meilleure sécurisation lorsque l'assistante familiale est jeune, lorsqu'il s'agit du premier accueil, lorsque ses représentations d'attachement sont sécurisées. Dozier retrouve à l'AAI (Adult **Attachment** Interview) une surreprésentation des attachements non sécurisés chez les accueillants (209).

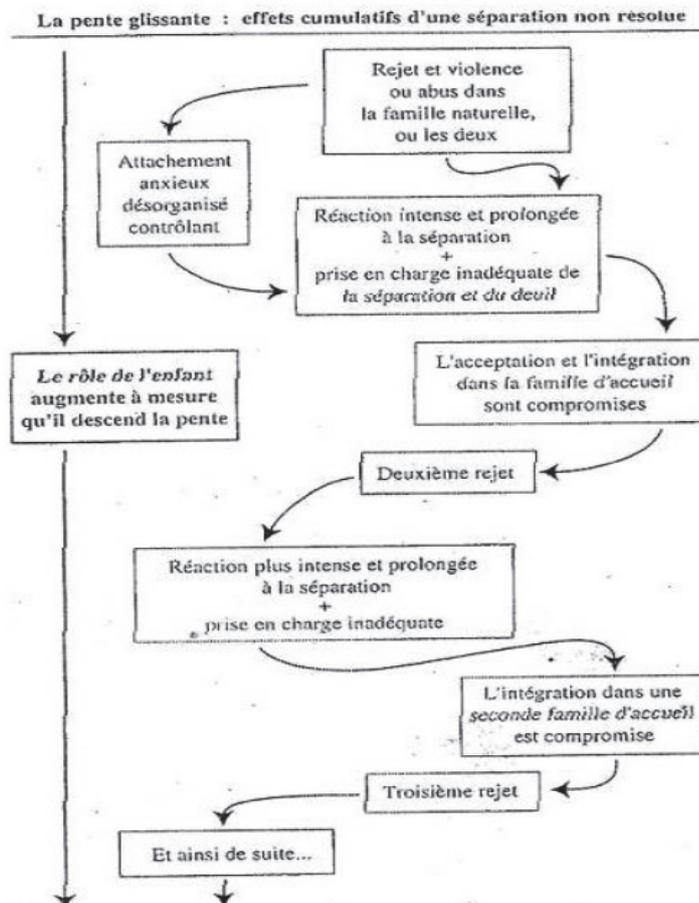
Mécanismes adaptatifs et réactionnels

- **Affiliation et double appartenance familiale** : l'enfant peut se reconnaître comme appartenant à une famille par un processus actif. L'ensemble de la famille, père et fratrie, est également concernée bien que peu souvent mentionnés (210). Wendland fait l'hypothèse que le sentiment d'affiliation et d'appartenance familiale serait fondateur du sentiment de sécurité et d'identité et évoluerait en parallèle des relations d'attachement (217). L'étude de Dumaret et Coppel-Batsch retrouvait un choix entre famille d'accueil et d'origine chez d'anciens enfants confiés. Une très faible proportion parvenait à garder des liens avec les deux (218).
- **Idéalisation des parents** : considérés comme non responsables de la situation, leur parole étant bien plus importante que celle de n'importe qui.
- **Conflit de loyauté** lié au partage entre deux familles source de souffrance
- **Clivage et faux-self**, déjà détaillé.

II.4.3.7 Instabilité du placement

Toute nouvelle séparation rajoute un risque supplémentaire de traumatisme pour l'enfant. Les raisons peuvent être multiples : inadaptation de l'enfant au milieu de vie, déménagement, divorce ou décès dans la famille d'accueil, troubles du comportement trop importants, déménagement des parents et rapprochement de l'enfant etc.

Steinhauer modélise les risques liés à l'instabilité du placement de la façon suivante : (211)



Source : P. D. Steinhauer, 1996, *Le moindre mal*, Montréal, Presse Universitaire

Potin différencie 3 types de parcours(212) :

-les enfants "**placés**" : leur parcours leur permet de bénéficier d'un support durable, ils sont souvent placés précocement et pour longtemps dans un même lieu d'accueil. La famille d'accueil et l'enfant sont assurés de la continuité malgré le caractère limité de la mesure de placement. Le placement tend vers une parentalité d'accueil. Ce sont la

famille d'accueil et ses membres qui seront les modèles et les moteurs de l'accompagnement de l'enfant ou du jeune accueilli.

-les enfants "**replacés**" : ils connaissent plusieurs mesures, des allers et retours entre domicile familial et placement. L'organisation de ces parcours peut être comparée à celle des parcours des enfants de parents séparés : une forme de garde alternée où se partagent les compétences parentales entre parents et professionnels du placement. L'enfant s'inscrit cependant dans la continuité familiale et le recours au placement est provisoire. C'est la famille d'origine qui demeure la figure familiale principale, mais l'expérience du placement nourrit les adultes et les enfants d'autres références.

- les enfants "**déplacés**" : pour diverses raisons ils ont connu plusieurs lieux de placement. L'enfant investit de fait *a minima* le placement, et risque de se sentir insécurisé par l'absence de figure stable jalonne le parcours. Potin parle de processus de "désaffiliation". Un tel parcours peut relever d'une mise à mal du placement par l'enfant lui-même ou ses parents lorsque la première séparation n'a pas été comprise ou acceptée, ou il peut relever d'une "imposition institutionnelle" liée aux modalités du lieu d'accueil.

Développement

Steinhauer décrit les enfants en parcours instable comme à risque d'attachement résistant(211).

Psychopathologie

Une étude anglaise sur des enfants placés de moins de 6 ans a étudié les facteurs de risques de trouble mental avant et après placement, deux facteurs étaient particulièrement associés à la psychopathologie : le changement soudain de lieu d'accueil (risque relatif de 1,80), et les placements multiples (risque relatif de 1,89). (213)

Aux Etats-Unis, dans la cohorte de San Diego, on retrouvait un score positif au CBCL (échelle d'hétéro évaluation par les parents, Child Behaviour Check List, évaluant les troubles du comportement) lorsque l'enfant avait vécu en moyenne 4,6 placements, alors qu'il était négatif en dessous de 3,9 placements.(214)

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** et entre 6,5 et 7,5 fois plus de risque d'avoir un **trouble internalisé**. (215) La pathologie psychiatrique peut être la conséquence des changements de placement mais elle est également en elle-même un motif de changement. Cependant l'analyse de la cohorte NSCAW a montré que l'instabilité du placement augmentait le risque de troubles du comportement d'autant plus que l'enfant n'y était pas prédisposé.(216)

II.4.3.8 Délaissement parental

Le juge peut prononcer une décision de délaissement parental si les parents n'ont pas entretenu les relations nécessaires au développement et à l'éducation de leur enfant depuis au moins un an et qu'ils n'ont pas été empêchés d'entretenir ces relations.(217) L'enfant devient alors adoptable. Ces situations d'abandon ne sont pas toujours verbalisées clairement aux enfants et sont différentes de celles lors d'accouchement sous le secret où l'abandon apparaît comme délibéré, clair et définitif. Il est estimé que 10 à 15 % des enfants en situation de placement vivrait une situation de délaissement parental. (218)

Les politiques de protection de l'enfance diffèrent entre les pays, ainsi au Québec l'enfant devient adoptable rapidement en un ou deux ans après la mesure prononcée, alors qu'en France un enfant attend en moyenne cinq à six ans.(219)

Développement

L'enfant risque d'organiser sa personnalité par rapport à cette absence et un risque de « **problématique abandonnique** ». Lemay souligne le risque de se bâtir l'image d'un parent tout puissant qui rendrait dérisoire toute rencontre réelle avec des adultes cherchant à devenir significatifs, dans un fantasme réparateur risquant de mettre à mal la possibilité de créer des liens stables. Il propose que le sentiment de vide secondaire à l'abandon puisse conduire à de l'agressivité, à de l'intolérance à la frustration, et à des conduites de vols et de rivalité vis à vis des camarades qui eux possèdent "l'objet tant convoité"(82). Liébert précise que si l'enfant placé rencontrant régulièrement ses parents peut intégrer leurs défaillances et réaliser le deuil d'une représentation parentale, s'il n'a aucun contact avec eux alors le deuil est difficile à faire si le délaissement n'est pas nommé.(220)

Une étude s'est intéressée aux différences de régulation émotionnelle par des

stratégies de coping et sous l'angle du tempérament, chez des enfants placés en famille d'accueil selon qu'ils soient ou non en situation de délaissement parental. Concernant le tempérament il est retrouvé une vulnérabilité associée spécifiquement au délaissement qui est l'évitement social accru et la peur d'être jugé par autrui. Il n'est pas retrouvé de différence significative concernant le coping.(221)

II.4.3.9 Poursuite des maltraitances

Malheureusement la maltraitance ne cesse pas toujours avec le placement. En France 25% des enfants placés rapportant des faits de maltraitance que ce soit sur le lieu du placement ou au domicile des parents lors de visites.(2) Aux Etats-Unis ces chiffres passent à 28% en famille d'accueil et 51% en institution. (42)

La Haute Autorité de Santé (HAS) a édité des recommandations concernant la prévention des violences en institution ainsi que la prévention de maltraitances institutionnelles.

Ces guides rappellent les principaux risques de violences et maltraitances au sein des établissements collectifs : violences verbales, psychologiques, sexuelles, physiques, cyberviolences, situations parfois répétées dans le temps, parfois multiples, parfois uniques, et pouvant se dérouler entre enfants ou bien entre l'équipe éducative et l'enfant.

Chapponais rappelle notamment que la question de l'intimité et de la sexualité peut être particulièrement difficile à traiter pour ces enfants dans le cas d'antécédents d'abus ou d'exposition à la sexualité, nécessitant une vigilance particulière au sein des établissements ou des familles d'accueil.(222)

Le risque de poursuite de maltraitance psychologique lors des visites médiatisées est normalement régulé par la médiatisation, si celle-ci est effectivement conceptualisée comme outil thérapeutique et est suffisamment encadrée pour percevoir les mouvements agressifs, aliénants, culpabilisants.

II.2.4.3.10 contacts parents/enfants

Le juge des enfants fixe le cadre légal de la poursuite ou non des contacts entre enfants et parents, pouvant se faire par des droits d'hébergements, des droits de visites non médiatisés ou des visites dites médiatisées.

Pour Myriam David tous les contacts parents-enfants doivent être accompagnés et pensés, même un cadeau n'est pas toujours un geste anodin pour l'enfant. Ainsi quelle que soit la forme des contacts ceux-ci devraient toujours être adaptés en fonction des besoins de l'enfant et non établis de façon automatique. (86)

Guédeney souligne en effet que les **visites médiatisées** activent fortement le système d'attachement de l'enfant et de sa famille, elles se déroulent en effet dans des endroits souvent non familiers et peu adaptés, et elles sont souvent brèves. Elles peuvent ainsi donner un aperçu unique de la capacité parentale à jouer un rôle de mentalisation et de caregiving, des patterns d'attachement, de l'existence éventuelle d'un attachement désorganisé et de la capacité "d'autoconsolation" de l'enfant. La fin de la visite est particulièrement informative, certains parents pouvant aider leur enfants à comprendre ce qu'il vit, d'autres se désorganisant avec une rupture de la communication émotionnelle par exemple.(223) Ces visites peuvent aussi être annulées, le parent peut ne pas venir, ou venir en état d'alcoolisation ou de désorganisation, l'enfant peut aussi ne pas vouloir y aller. A ce propos l'étude de Mouhot a montré que dans 20% des visites médiatisées il n'est pas tenu compte du fait que les enfants ne veulent pas rencontrer leurs parents soit parce qu'ils en ont peur, soit du fait de sentiments très négatifs envers eux. (224)

Les visites médiatisées doivent permettre une protection physique mais aussi psychique de l'enfant, ce qui nécessite que les mêmes professionnels soient présents tout le long. La fin de la visite est particulièrement sensible avec un risque de paroles déstabilisantes pour l'enfant, par exemple sur le fait que le parent viendra bientôt rechercher l'enfant. Toutes les paroles devraient être entendues afin de pouvoir être reprises après la visite avec l'enfant si besoin. Elles devraient avoir lieu dans un endroit clos et non de façon collective.

Développement

Les bénéfices et les risques de ces contacts ne font pas consensus dans la littérature. En effet si de nombreuses études montrent un lien entre fréquence des visites et bien être de l'enfant, estime de lui-même et amélioration de l'attachement par la réduction du sentiment d'abandon, il n'en demeure pas moins que le sentiment de sécurité de l'enfant peut en être affecté durablement.(225)

Si un projet de réunion familiale est une option viable il est généralement recommandé que les contacts soient suffisamment fréquents, pour les moins de 36 mois par des visites plurihebdomadaires de quelques heures avec des activités de caregiving, et après 4-5 ans par des visites hebdomadaires (225). Pour Berger une visite de 45 minutes tous les mois serait suffisante.(226)

En 1989 une étude indique que lorsque l'enfant entretient soit des contacts réguliers soit une absence de contact il présente des comportements positifs lors de l'accueil. Au contraire si ceux-ci sont irréguliers les comportements deviennent plus négatifs. Au-delà de la présence ou de l'absence de contacts il semblerait donc que ce soit la stabilité du lien qui soit importante.(227)

Les bénéfices attendus sont l'atténuation de l'idéalisation et de la terreur qui suit la plupart des séparations. Le but est aussi d'éviter la fixation d'images violentes du passé afin de modifier les représentations parentales, à condition que l'enfant puisse parler, en dehors des visites, de ce qu'il a ressenti et puisse ainsi acquérir une pensée différenciée. (226) Une étude s'intéressant à l'effet des visites sur des bébés placés en pouponnière confirme que plus les visites sont nombreuses plus l'état de l'enfant s'améliorait, cependant ces parents étaient peut être aussi ceux ayant le plus de ressources et permettant à l'enfant de tirer profit des visites au mieux.(193)

Les effets négatifs potentiels portent sur la difficulté à nouer un nouvel attachement solide et à investir la famille d'accueil. Berger souligne que ce risque est fort notamment lorsque les parents sont dans un fonctionnement de "séduction narcissique". D'autre part la rencontre peut réactualiser les situations passées de maltraitances ou de psychopathologie parentale toujours active. Ainsi l'enfant peut être angoissé, désorganisé, de nouveau en état d'indifférenciation avec ses parents voire même être victime de reviviscences que Berger qualifie d'hallucinatoires (226). Ces sentiments peuvent perdurer quelques heures ou quelques jours après la visite, et doivent être soigneusement observés afin d'adapter le rythme des visites. Des réactions psychosomatiques peuvent également survenir. De même l'irrégularité ou l'absence des parents aux visites programmées peut justifier une modification du cadre par le juge.

II.4.3.11 Fratrie

La loi française précise que “le projet pour l’enfant prend en compte les relations personnelles entre les frères et sœurs [...] afin d’éviter les séparations, sauf si cela n’est pas possible ou si l’intérêt de l’enfant commande une autre solution”.

Dans l’étude d’Emilie Potin, un enfant sur deux était placé avec tout ou partie de sa fratrie.(212)

Les SOS villages d’enfants en France se sont plus particulièrement centrés sur cette question.

Les recherches montrent que la fratrie pourrait apporter une certaine sécurité et protection en favorisant l’adaptation à la nouveauté du placement. La recherche souligne aussi que lorsqu’une partie de la fratrie est restée au domicile certains enfants tireraient moins profit du placement en sachant celle-ci en situation de potentiel danger. Les rôles peuvent également être redistribués par le placement, l’aîné peut “perdre” son rôle de protection avec la présence d’une personne chargée de le protéger avec ses frères et sœurs. (228)

Cependant la présence d’une fratrie peut aussi favoriser la reproduction de comportements pathogènes existant avant le placement, ou rappeler des traumatismes subis, et peut finalement être un frein au développement de l’enfant. (229)

Ainsi tous ces facteurs de risque de compromission du développement, qu'ils se situent en amont, en aval ou lors du placement concourent à un risque supérieur de psychopathologie, d'autant que des facteurs de risque d'ordre biologiques et somatiques se surajoutent fréquemment.

II.4.4 Facteurs de risque biologiques, génétiques, épigénétiques, néonataux

II.4.4.1 stress et neurobiologie

La réponse au stress s'organise entre le système sympathique, parasympathique, et hypothalamo-hypophyso-surrénalien par la sécrétion de cortisol. Ce système a une valeur de survie et d'alerte pour le corps qui, confronté à un événement stressant, va libérer ponctuellement du cortisol. Une fois la situation résolue la cortisolémie diminue et revient à son niveau initial. La maturation de ce système est rapide et à 12 mois on considère le schéma de sécrétion du cortisol comme stable, suivant un rythme circadien avec augmentation la nuit, décroissance la journée et pic matinal. Le cortisol existe dans le sang de façon libre (5%) ou lié aux protéines (95%).

En cas de stress chronique il se produit une augmentation de la sécrétion de cortisol dont la fraction liée aux protéines va être dépassée et par conséquent celle du cortisol libre va augmenter, jusqu'à trois fois le taux normal. Étant liposoluble ce cortisol libre franchit la barrière hémato-méningée et pénètre la zone cérébrale, en particulier le système limbique dont l'hippocampe, zone la plus riche en récepteurs au cortisol. L'hippocampe est par ailleurs la zone de la **mémoire affective, de l'intégration et de la régulation des émotions, des comportements d'attachement et de la mémoire liée aux apprentissages**. Une atteinte peut donc perturber ces zones de façon réversible, puis définitive.(230)

Une étude sur des enfants placés depuis peu en famille d'accueil retrouve des courbes de cortisol aplaties, des niveaux bas ou encore des courbes émoussés (231).

Ainsi on peut observer un épuisement de la sécrétion cortico-surrénalienne avec un taux de cortisol abaissé, pouvant interférer sur l'état de vigilance nécessaire par exemple pour réaliser des apprentissages, ou une moins bonne adaptation aux plus petits stress comme ceux du quotidien (232). L'hypersécrétion d'adrénaline ne diminuant pas l'enfant risque de rester par ailleurs sous tension face aux situations perçues comme menaçantes avec des réactions telles que l'attaque, la fugue ou la sidération.

Néanmoins tous les enfants ne semblent pas présenter la même vulnérabilité de régulation du stress en situations d'adversité. Des facteurs génétiques et épigénétiques viennent réfuter toute idée de linéarité.

II.4.4.2 stress, génétique et épigénétique

Une étude américaine sur 400 enfant retrouvait chez ceux ayant été victimes de maltraitements une courbe de cortisol aplatie, mais uniquement chez ceux qui avaient 2 allèles TAT sur le gène CRHR1, gène codant 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, les effets de la maltraitance sur la sécrétion de cortisol n'était donc retrouvée qu'en cas d'homozygotie TAT, montrant une vulnérabilité différente à l'impact du stress. (233)

Le terme épigénétique se réfère à des modifications héréditaires qui ne sont pas liées directement à la séquence d'ADN. Il s'agit principalement de variations d'activité des gènes, liées le plus souvent à des modifications de l'ADN par méthylation, à des modifications de l'état de la chromatine ou à des processus tels que le phénomène d'empreinte, la paramutation et les RNA-non codants. Les mécanismes épigénétiques peuvent être réversibles et constituent donc un processus par lequel les expériences modifient la fonction d'un gène, ce qui démontre bien que l'épigénétique est liée aux phénomènes de stress précoce, d'attachement et de résilience. (234)

Des études américaines étudiant la maltraitance chez le rat en retrouvent des altérations de la méthylation entraînant une modification de l'expression de certains gènes dans le cortex préfrontal médian, zone de régulation de la réponse au stress. En cas d'antécédent de maltraitance et de soins maternels inadéquats une plus grande méthylation de l'ADN d'une région promotrice du gène codant le récepteur aux glucocorticoïdes NR3C1 est associée à une diminution d'expression du récepteur et de fait à une activation plus importante de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien chez l'animal mais aussi chez l'homme. Une étude retrouve ces modifications épigénétiques au niveau cérébral et au niveau du sang périphérique chez des adultes souffrant de trouble borderline, avec un effet dose de la sévérité des maltraitements infantiles. Les auteurs postulent que l'effet neurotoxique va perturber le développement du cerveau pouvant ainsi favoriser l'apparition de troubles psychiatriques à l'âge adulte (235).

II.4.4.3 conséquences anatomiques

Le volume global du cerveau peut être diminué, avec une diminution de la substance grise et de la substance blanche, ainsi que des troubles de la gyrification et de l'épaisseur corticale (236). Le dysfonctionnement limbique précédemment décrit entraîne au niveau de l'hippocampe une diminution de son volume au cours du temps, pouvant avoir pour conséquence une **diminution de la mémoire à long terme**. Ces changements structurels sont probablement extrêmement progressifs, puisque les études ne retrouvent de différence avec les groupes témoins qu'à l'âge adulte (237). Nous avons déjà vu que le noyau amygdalien, responsables des réactions de **peur et d'agressivité**, et intervenant dans la **mémoire affective, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement, la mémoire des apprentissages**, pouvait aussi être perturbé. Au niveau du cortex préfrontal le nombre de neurones peut être diminué, risquant d'entraver les **fonctions exécutives et attentionnelles** nécessaires aux apprentissages scolaires (238).

L'atteinte conjointe du **système limbique et du corps calleux**, qui permet la connexion des deux hémisphères, pourrait jouer un rôle dans la genèse des **processus dissociatifs** vécus par ces enfants (239).

Concernant les effets de la négligence il a été montré que celle-ci entraînait une inscription lésionnelle rapide et précoce. La privation des stimulations dont l'enfant aurait besoin pour son développement entraîne une atrophie par atteinte de la synaptogenèse, en particulier des **lobes temporaux** qui interviennent dans la **sensorialité et la régulation des émotions**(166).

Concernant les effets de la maltraitance une étude a montré que le type de structure anatomique atteint dépendant aussi de la période où elle survenait en suivant une progression depuis les aires sous-corticales vers le néocortex : le volume hippocampique était surtout touché pour des traumatismes sexuels entre 3 et 5 ans, le corps calleux entre 9 et 10 ans, le cortex préfrontal entre 14 et 16 ans (240).

En effet la croissance cérébrale n'étant pas homogène les conséquences psychopathologiques pourraient être différentes en fonction de l'âge où surviennent les facteurs de stress.

II.4.4.4 attachement et neurosciences

Le caregiving précoce, par la qualité de ses réponses, joue un rôle dans la régulation du stress des bébés. En effet l'axe corticotrope du nouveau-né est particulièrement réactif à la naissance face aux stimuli négatifs, puis cette réactivité diminue la première année en fonction de la qualité des soins. Un attachement sécurisé pourrait constituer une forme de **neuroprotection** face aux effets délétères d'une élévation prolongée de glucocorticoïdes.

Lors du test de la Situation étrange, les réponses du cortisol au stress diffèrent en fonction du style d'attachement des enfants. Les taux de cortisol salivaires augmentent chez les enfants désorganisés dès 15 minutes, chez les enfants insécures au bout de 30 minutes, alors que chez les enfants sécurisés, l'augmentation est plus faible (241).

Le rôle de l'ocytocine a été également étudié, un comportement maternel affectueux augmentant la concentration d'ocytocine qui prévient la libération précoce de corticoïdes (242).

Enfin la perception d'une expression émotionnelle faciale positive de la mère provoque une élévation des endorphines qui active les neurones de la dopamine et régulent le développement du cortex orbitofrontal impliqué dans le développement des **fonctions exécutives, de la capacité réflexive et de la mentalisation** (243).

II.4.4.5 traumatisme et neurosciences

Salmona a particulièrement étudié le psychotraumatisme et postule que face à des violences traumatiques le cerveau met en place divers mécanismes de sauvegarde qui aboutissent à la constitution d'une mémoire dite traumatique, non intégrée, différente de la mémoire autobiographique. Cette mémoire émotionnelle serait enkystée, hypersensible et incontrôlable pouvant "exploser" en faisant revivre à l'identique l'événement violent et les sensations et émotions s'y rapportant. Ainsi un nourrisson peut développer une mémoire traumatique même s'il n'a pas la possibilité de se souvenir des violences. Cette violence traumatique, comme les mécanismes dissociatifs précédemment décrits, permettent à l'enfant de survivre aux violences subies mais sont à l'origine de nombreux troubles(244).

Au plan neurobiologique la sidération psychique empêche le cerveau d'utiliser la voie habituelle de régulation du stress et de mémorisation et l'atténuation de l'amygdale ne peut se faire du fait de l'absence d'arrêt du danger ou de maîtrise de celui-ci.

L'activation persistante de l'amygdale entraîne une stimulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et une stimulation du système nerveux autonome sympathique avec Il est alors impossible d'utiliser le circuit limbique du stress et se met en place une voie "de secours" avec déconnexion de l'amygdale du cortex associatif qui ne reçoit plus d'information émotionnelle alors que les stimuli traumatiques se poursuivent mais sont traités sans connotation émotionnelle, ce qui entraîne la **dissociation**. La déconnexion de l'hippocampe entraîne elle une impossibilité d'intégration par la mémoire déclarative autobiographique.(244)

II.4.4.6 facteurs néonataux et obstétricaux

La période anténatale et périnatale apparaît comme un moment où le développement cérébral est particulièrement sensible aux divers stress environnementaux pouvant affecter l'enfant.

Les études réalisées sur des populations d'enfant en situation de placement retrouvent des **caractéristiques obstétricales et néonatales différentes** de la population générale : prématurité (terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhées) chez 10 à 16% de ces enfants (6 à 7 % en population générale), retard de croissance intra-utérin chez 11%, hypotrophie chez 19% (contre 3 à 5 % en population générale), 12 à 24% d'hospitalisation en néonatalogie, 13 % d'accouchements considérés comme "compliqués".(19) Ces complications peuvent en elle-même être un frein à l'établissement d'un attachement et d'interactions précoces de qualité.

D'autre part les enfants placés ont plus de risque d'avoir été exposés aux toxiques en anténatal, une étude retrouve 30 % d'enfants ayant une mère avec antécédents de toxicomanie ou de dépendance à l'alcool(19). Ils sont alors à risque de syndrome d'alcoolisation fœtale, de syndrome de sevrage à la naissance, de retards staturo-pondéraux, de transmission d'infections en cas de toxicomanie par voie intraveineuse, de prématurité, toutes ces situations étant elles-mêmes à risque de handicap, de déficit cognitif, de malformations, de troubles psychiques ou somatiques.

Nous avons étudié les facteurs de risque de tout ordre pouvant perturber le développement des enfants confiés, néanmoins une approche développementale ne peut se passer d'étudier les facteurs de protection et de résilience qui viennent les moduler.

II.4.5 Facteurs de résilience et de protection

En pratique clinique nous constatons des différences importantes dans la façon dont un enfant peut réagir face à une situation d'adversité ou traumatique, parfois même au sein d'une fratrie ou d'un couple de jumeaux.

II.4.5.1 Concept de la résilience

En ingénierie la résilience signifie la capacité d'un matériau à retrouver sa forme originale après avoir subi des déformations par pression. Dans le domaine de la psychologie la résilience se définit non seulement comme la capacité de protection et de maintien d'un état initial mais aussi comme un processus dynamique et actif qui permet au sujet de s'enrichir dans un deuxième temps d'une situation (93).

Ainsi nous ne pouvons affirmer que "tout est joué" une fois pour toutes dans la petite enfance et dans les premières relations objectales de la dyade mère-enfant.

La notion de résilience peut faire appel à celle de « crise ». En effet la crise est un bouleversement psychique face à des changements d'origine internes ou externes qui nécessitent une réorganisation. Le sujet confronté à une crise va donc mobiliser ses modalités adaptatives et ses mécanismes de défense. Selon Diakine l'enfant est particulièrement capable d'effectuer cette réorganisation du fait de ses « possibilités d'adaptation et de récupération » remarquablement importantes liées à une plasticité cérébrale plus importante.(245)

En outre, elle ne semble pas acquise de façon définitive, peut varier au cours de la vie, et n'est donc pas synonyme d'invincibilité. Enfin les auteurs insistent sur le fait(93).

II.4.5.2 Déterminants

Les études sur la résilience retrouvent des déterminants internes (biologiques, génétiques, tempéramentaux, mentalisation, mécanismes de défense) et externes (familiaux, extra-familiaux) (246).

Sur le plan **neurobiologique, épigénétique et génétique** nous avons déjà étudié les paramètres internes et externes intervenant dans la régulation de la réponse au stress et ses conséquences. Ces paramètres interviennent également dans les capacités de résilience, celle-ci sera d'autant plus difficile qu'il y aura eu atteinte de ces mécanismes de façon précoce (247).

Sur le plan intrapsychique les **mécanismes de défense** mis en place par l'enfant peuvent soit activer soit freiner la résilience. Lemay considère que les mécanismes tels que le clivage, le refuge dans l'imaginaire ou le fantasmatique relèvent, dans ces contextes pathogènes rencontrés en protection de l'enfance, de processus de résilience permettant à l'enfant de préserver son intégrité psychique et de se construire malgré les carences, le manque et les maltraitances. Néanmoins ils relèvent d'une résilience que l'on peut considérer comme à court terme alors que c'est le travail de mentalisation, de mise en sens et d'élaboration qui permettra la véritable résilience (248).

Sur le plan individuel il semble aussi que **l'intelligence, l'estime de soi et le sentiment d'auto efficacité** soient associées à de meilleures possibilités de résilience.

Sur le plan de l'attachement il a été montré que la **qualité des interactions précoces et la sécurité** de l'attachement était liées à de meilleures capacités de résilience par son lien avec la qualité de la mentalisation. La littérature s'oriente cependant vers une plasticité des styles d'attachement permettant une évolution des capacités de résilience lorsque le contexte environnemental de l'enfant se modifie. (249)

En effet un autre déterminant puissant de la résilience semble être la présence d'au moins une **personne signifiante**, Cyrulnik parle de "tuteur de résilience", Lemay de "zones d'arrimage".

Un autre déterminant est le **réseau social, groupal**, que celui-ci soit communautaire, culturel ou religieux avec un rôle important des groupes de pairs.(15)

Enfin la résilience a pu être étudiée sous l'angle de la **créativité et de l'humour** grâce à certaines personnalités célèbres aux parcours de vie particulièrement difficiles.

II.4.5.3 Facteurs de résilience

Anaut s'est intéressée à l'application de ce concept en protection de l'enfance et souligne que la perspective d'une capacité de résilience en chaque individu a ouvert des pistes importantes quant à l'approche des individus et des familles (93).

- **Caractéristiques individuelles** :_une étude américaine quantitative chez des adolescents placés en foyer retrouve intelligence, flexibilité, estime de soi positive, sentiment d'auto-efficacité, meilleur contrôle perçu sur sa vie (250).

- **Liens significatifs positifs avec des adultes** : les études retrouvent toutes la présence d'un adulte signifiant, souvent extra-familial, dans les groupes d'enfants reconnus comme résilients(250). Drapeau souligne que (251). Sellenet rajoute le rôle important joué par les projections positives sur leur avenir et la force apportée par des témoignages(252).

- **Expériences positives** : Rutter, dans son étude sur des adultes ayant vécu en institution durant leur enfance, souligne que vivre des expériences positives dans l'enfance augmente la perception de contrôle du jeune face à sa vie, lui permettant ainsi une meilleure planification de vie, notamment dans le domaine professionnel.(15) Drapeau confirme le rôle des expériences valorisantes et positives, qu'elles soient d'ordre sportif, artistique, professionnel ou autre, dans le maintien ou le développement de l'estime de soi chez les jeunes. (251)

- **Réussite scolaire** : selon des études rétrospectives il semble que le succès scolaire soit un facteur déterminant du style de vie et de l'insertion sociale réussie.(253)

Les SOS villages d'enfant ont par ailleurs développé un programme spécifique relatif à la réussite scolaire des enfants qu'ils accueillent, le programme pygmalion. En effet pour certains l'écart scolaire entre enfants placés et population générale pourrait, au-delà des troubles cognitifs et neurodéveloppementaux, également se situer dans des attentes et stimulations moindres envers ces enfants (254).

II.4.5.4 Facteurs de protection

- **Age au premier placement** : une étude rétrospective française sur 82 jeunes adultes anciennement placés retrouvait une prévalence de pathologies psychiatriques à l'adolescence passant de 5 à 22 % et de troubles du comportement passant de 15 à 50% selon que le placement avait eu lieu avant ou après 1 an (224). Une étude anglaise retrouvait les mêmes tendances selon que le placement avait lieu avant ou après 6 mois. Elle trouvait en outre une période critique entre 25 et 72 mois. (213)

- **Stabilité du parcours de placement** : l'importance d'un parcours stable a déjà été discutée, rappelons que dans une cohorte américaine nommée NSCAW les enfants en instabilité de placement avaient deux fois plus de risque de souffrir de troubles du comportement(216) et que dans une autre étude américaine longitudinale, la LONGSCAN, on retrouvait de 5,5 à 6 fois plus de risque de trouble externalisé et 6,5 à 7,5 fois plus de risque de trouble internalisé en cas de placement instable. (215)

Une autre étude américaine retrouve un risque 2 fois plus élevé de consultation d'urgence ou d'hospitalisation en psychiatrie après un changement de placement. (255)

- **Fratrie** : Nous avons déjà étudié les aspects protecteurs mais également à risque lorsqu'une fratrie se retrouve confrontée à la situation de placement. Arnaud propose que le groupe fraternel peut être source de résilience en permettant d'assurer la continuité du groupe familial par une enveloppe contenante, protectrice, voire restauratrice face à un environnement perçu et vécu comme menaçant (228).

- **Caregiving sécurisant** : le Bucarest Early Intervention Project (BEIP), essai contrôlé randomisé, compare la reprise du développement chez des enfants élevés en institution ou qu'ils étaient placés dans des familles d'accueil dites "du gouvernement" ou bien dans des familles d'accueil dites "de haute qualité" formées par des spécialistes du développement et très régulièrement suivies. Après appariement des différentes variables il ressortait que la sécurisation de l'attachement obtenue chez la moitié des enfants en familles d'accueil et chez aucun des enfants du groupe institution expliquait la diminution de la psychopathologie observée et la reprise du développement. Certains enfants gardaient néanmoins des séquelles notamment déficit intellectuel, troubles intellectuels et quelques cas d'autisme, soulignant la multiplicité des facteurs en jeu et l'impossibilité de conception linéaire des troubles. (196)

Les approches développementales et psychopathologiques ont permis d'avancer sur la compréhension des situations à risque de compromission du développement, néanmoins nous constatons que les études françaises sont rares, étudions en détail les seules études françaises retrouvées spécifiquement réalisées sur des populations d'enfants confiés dans une perspective psychopathologique et développementale.

II.4.6 Synthèse des études françaises spécifiques sur le développement, la psychopathologie et le devenir des enfants confiés à l'ASE

II.4.6.1 Développement psychomoteur

Berger et son équipe ont étudié le **quotient de développement (QD) postural** chez des enfants élevés dans une famille dite "à risque", en pouponnière, en famille dite "ordinaire" et chez des enfants fréquentant une crèche. Les enfants des familles "à risque" et en pouponnière présentaient une dysharmonie de développement au sens où leur QD postural était supérieur de 15 points par rapport aux autres QD partiels (sociabilité, coordination oculomotrice, langage). Il faisait l'hypothèse que cet écart pouvait être en lien avec des mécanismes de défense tels que l'hypervigilance, l'hyperactivité, la tentative de maîtrise de la discontinuité et de l'imprévisibilité de l'environnement. (256)

II.4.6.2 Troubles du langage oral et écrit

Une unité d'hospitalisation d'un service de psychiatrie infanto-juvénile a réalisé une étude cas-témoins portant sur l'exploration des troubles du langage oral et écrit présentés par des jeunes pris en charge par l'ASE et hospitalisés. Etaient retrouvés : faiblesse dans le langage élaboré, déficit significatif en conscience phonologique, fragilité des voies d'assemblages et d'adressages en lecture, association significative entre troubles du langage et genre masculin, retard mental et trouble envahissant du développement. Les troubles du langage écrit étaient fréquemment associés aux troubles externalisés mais cette association portait en réalité surtout par le genre. Enfin il a été montré qu'un jeune confié à l'ASE avait **3,5 fois moins de chance** de bénéficier d'une orthophonie pour un trouble du langage associé(40).

II.4.6.3 Régulation émotionnelle, coping et tempérament

Une étude comparative récente s'est intéressée à la régulation émotionnelle chez 117 enfants et adolescents confiés à partir des stratégies de coping et des caractéristiques de leur tempérament par l'utilisation d'un outil, le kidscope, et d'un questionnaire d'auto et d'hétéro-évaluation du tempérament en sept facteurs. Les résultats statistiquement significatifs montraient que le groupe confié présentait davantage de **difficultés à résoudre un problème** et à le subir sans chercher à obtenir des informations, ils reportaient moins la faute sur eux-mêmes que le groupe témoin et se montraient

davantage résignés. Ils recherchaient davantage le "soutien social" comme appui lors d'un problème. Sur le plan du tempérament ils présentaient une plus grande instabilité, impulsivité et activité motrice, une sensibilité accrue au jugement et au regard porté sur eux, de fortes difficultés de concentration et de persévérance. Ils montraient par ailleurs un meilleur respect des règles fixées.

Les auteurs faisaient l'hypothèse que le parcours de vie délétère avait des conséquences sur le regard optimiste qui pourrait être porté sur une situation, qu'ils acceptaient celle-ci avec un sentiment d'impuissance. Qu'ils avaient tendance à mettre à distance toute responsabilité relative à la situation stressante avec un manque de remise en question pouvant être une façon de se préserver et de protéger l'image d'eux-mêmes. Leurs difficultés à s'adapter aux modifications de leur environnement étaient mises en lien avec l'atteinte **de leur contrôle attentionnel, inhibiteur et comportemental**. Les auteurs concluaient par l'importance de les rendre acteurs et coopérants afin de favoriser leur sentiment d'auto-efficacité face à l'adversité.(257)

II.4.6.4 Traits de personnalité borderline

Une étude cas-témoin réalisée dans un service d'hospitalisation a comparé des jeunes hospitalisés pris en charge par l'ASE et jeunes hospitalisés "témoins" quant à des variables dimensionnelles telles que **l'impulsivité, l'empathie, l'hostilité, la labilité émotionnelle** grâce à des échelles et auto-questionnaires; ainsi qu'un outil diagnostique des traits borderline, le DIB-R (Diagnostic Interview for Borderline) après 12 ans et le C-DIB-R avant 12 ans. Toutes les dimensions étudiées se retrouvaient plus fréquemment dans le groupe " enfants confiés à l'ASE" à l'exception de l'empathie(34).

II.4.6.5 Développement cognitif

La même étude citée dans le paragraphe précédent retrouvait des retards mentaux dans le groupe d'enfants hospitalisés relevant de l'ASE mais aussi dans le groupe témoin, en revanche les retards légers étaient plus fréquents dans le groupe ASE alors que les retards plus graves étaient répartis équitablement entre les deux groupes. Les auteurs interprétaient cet écart par la sensibilité des retards légers aux défauts d'étayage, alors que les retards plus sévères seraient davantage sous l'influence des facteurs biologiques et génétiques(34).

II.4.6.6 Caractéristiques d'hospitalisation en pédopsychiatrie et psychopathologie

Dans l'étude cas-témoin précédemment citée le groupe "ASE" présentait davantage de **troubles externalisés et de troubles spécifiques du développement**, les troubles autistiques typiques étaient équivalents entre les deux groupes. Les troubles internalisés étaient à contrario plus représentés dans le groupe "témoin". Les auteurs posaient l'hypothèse que la dépressivité des enfants et adolescents du groupe "ASE" pouvait davantage se traduire par des conduites externalisées.

Concernant l'hospitalisation en elle-même la gravité et le retentissement de la pathologie présentée par le groupe "ASE" était équivalents au groupe témoin. La sévérité associée à l'indication d'hospitalisation ne semblait donc pas surestimée ni sous-estimée par le contexte. L'amélioration clinique constatée était comparable dans les deux groupes. En revanche **la durée** d'hospitalisation était significativement plus élevée dans le groupe ASE. Les auteurs proposaient que plus de temps était nécessaire pour constater l'amélioration clinique en absence d'étayage familial, que la difficulté à trouver des solutions d'aval du fait du manque de structures à vocation sociale et de soins prolongeait la durée de séjour, de même que les défauts de coordination avec les interlocuteurs sociaux(34).

II.4.6.7 Etudes de devenir

Il existe peu d'études françaises récentes sur le devenir des enfants confiés à l'ASE. Les résultats présentés sont ceux d'études relativement anciennes. Les principaux résultats sont ceux d'une étude réalisée sur 49 jeunes majeurs anciennement placés en famille d'accueil(258):

Parcours de vie et traumatismes : 27 jeunes parlaient spontanément des traumatismes subis qui semblent toucher au désir de vivre, à la confiance dans la parole et à l'estime de soi avec des questions existentielles autour de l'abandon et des relations pathologiques subies. Ils semblaient fréquemment dans l'attente d'une reconnaissance de la défaillance parentale et de leur statut de victime par ceux-ci. Environ 30% des jeunes a demandé après leur majorité à consulter leur dossier ASE, souvent dans l'idée plus ou moins consciente de trouver un responsable, un coupable.

Fréquemment ils expriment leur déception avec un décalage entre ce qu'ils cherchent et ce qu'ils trouvent.

Appartenance familiale et contacts avec famille d'accueil et biologiques : seuls 4 adultes interrogés avaient réussi à intégrer la possibilité d'avoir deux familles. 22% vivaient encore en famille d'accueil et n'avaient plus de contact avec leur famille naturelle, 18% avaient des contacts avec leur famille naturelle mais plus avec la famille d'accueil, 40% n'avait plus de contact avec aucune des deux familles, 18% maintenaient des contacts plus ou moins satisfaisants avec les deux. 5 jeunes souhaitaient s'inscrire dans la généalogie de la famille d'accueil et une l'a été réellement à sa majorité.

Personnalité et identité : l'étude retrouvait 3 jeunes au moins présentant une personnalité développée en "faux self". Les mécanismes de défense les plus fréquemment retrouvés étaient le refoulement, la défense maniaque, le clivage, le faux-self. L'expression de sentiments d'insécurité et de trouble de l'identité était fréquente avec sentiment d'échec relationnel indépasseable, de fatalité. La majorité exprimait la peur de ne pas pouvoir établir de relation stable avec un partenaire. A l'adolescence les auteurs retrouvaient deux attitudes opposées : passivité et dépendance ou au contraire combativité, parfois en alternance.

Pathologies graves de la personnalité : 23 jeunes étaient décrits comme présentant une organisation limite, deux manifestaient des symptômes psychotiques, 24 ne présentaient pas de pathologie grave de la personnalité. Néanmoins les auteurs n'utilisaient pas d'outils validés pour parvenir à cette conclusion. Ils soulignaient à ce propos que tous les jeunes avaient subis des traumatismes et que la moitié d'entre eux semblaient exempts de pathologie limite, le traumatisme et les interactions précoces insatisfaisantes ne suffisant donc pas à expliquer l'apparition d'un état limite. L'âge de placement ne semblait pas non plus influencer la présence de cette pathologie puisqu'aucun rapport direct n'était retrouvé.

Handicap : une étude sur le devenir de 118 enfants placés en pouponnière avant l'âge de 4 ans retrouvait sur 49 jeunes ayant atteint la majorité 8 justifiant d'une mesure de protection des majeurs par curatelle ou tutelle, neuf jeunes bénéficiaient d'une Allocation Adulte Handicapé (27).

Représentations parentales : il n'y avait pas de relation entre l'évolution des représentations parentales et le fait de garder ou non des liens avec les parents. 12 jeunes n'avaient pas dépassé le clivage bon/mauvais parent et n'avaient pas pu accéder à l'ambivalence. Sur les 9 jeunes ayant perdu un ou deux parents 3 disaient en souffrir, 6 exprimaient ne plus ou ne pas en souffrir dont 2 affirmaient un soulagement.

Insertion sociale et professionnelle : 32% ont obtenu un CAP ou un diplôme supérieur, 40% quittaient le service avec un degré de socialisation considéré comme satisfaisant dont 4 élevaient des enfants, 17 travaillaient ou étudiaient. 50% sont considérés comme instables au plan professionnel, 20 étant dans une situation inquiétante (errance, incarcération), 5 au moins étaient sous tutelle. Sur le plan affectif 9 avaient une relation stable.

Psychiatrie d'adulte : 2 jeunes considérés comme "bien insérés" avec un travail stable faisaient des séjours occasionnels en hôpital psychiatrique. Une autre étude retrouvait que le soutien thérapeutique reçu en foyer permettait la familiarisation avec l'aide psychiatrique ou psychologique et que bien que les sorties de foyer étaient fréquemment marquées par des passages répétés en hôpital psychiatrique il n'y avait pas chronicisation de ces problèmes. (259) L'étude de Dumaret retrouvait 38% d'adultes présentant des difficultés d'ordre psychosomatiques se montrant capable de se faire aider. 3 adultes avaient présenté dans leur enfance une "psychose infantile", adultes ils étaient toujours très aidés par des équipes psychiatriques mais aucun d'eux n'étaient chronicisés sur un hôpital psychiatrique.(260)

Parentalité : une étude de 1988 retrouvait de faibles taux de reproduction du placement, aux alentours de 5%, dans deux départements.(261) Contrairement à d'autres études rétrospectives partant de l'enfant placé, celle-ci a utilisé une méthode longitudinale sur deux générations, permettant d'arriver à des taux supérieurs à la moyenne nationale de l'époque, mais de façon très modérée. Une étude récente confirme la fréquence des grossesses précoces, chez 9% des filles de 17 ans et 14% des 18-20 ans soit 9 à 10 fois plus qu'en population générale, néanmoins dans un tiers des cas c'est la grossesse qui a occasionné le placement. (262) L'étude de Dumaret retrouve chez des adultes âgés d'environ 36 ans une parentalité effective chez les trois quarts d'entre eux. (263)

Accueil familial thérapeutique (AFT) : les unités d'accueil familial thérapeutique sont des unités existant dans certains secteurs publics de pédopsychiatrie qui accueillent des enfants placés par le juge des enfants et qui assurent la gestion et le soin du placement chez des familles d'accueil qu'ils recrutent et suivent eux-mêmes. Ce dispositif sera détaillé dans la partie III. Une étude très récente a été effectuée sur le devenir de 33 adultes anciennement placés en AFT par des variables quantitatives (CaMir pour les représentations d'attachement, Mini International Neuropsychiatric Interview pour le diagnostic psychiatrique, Edicode pour l'évaluation de la narrativité, questionnaire de Retentissement Fonctionnel et Socio-affectif) et qualitatives (par la théorie ancrée). Tous les paramètres étaient comparables à la population générale en dehors du fonctionnement sexuel. Les représentations d'attachement étaient sécurées dans 58% des cas. L'analyse qualitative révélait l'importance donnée à ce bilan à distance de la sortie du dispositif par les adultes interrogés.(264)

Ainsi les études de devenir rappellent la vulnérabilité de ces enfants dans la construction de leur psychisme et l'accès à l'autonomie et à un bien être mental, social et familial, néanmoins elles permettent de tempérer certaines prédictions quant à la reproduction intergénérationnelle et à l'inéluctable, l'importance des prises en charge psychothérapeutiques et éducative et de la stabilité du placement est par ailleurs soulignée.

Les approches épidémiologiques, historiques, développementales et psychopathologiques permettent ainsi de montrer que la fréquence des pathologies constatées dans cette population a interrogé la pédopsychiatrie depuis sa création, et que les modèles psychopathologiques proposés par les spécialistes se sont enrichies des données des neurosciences et de l'approche développementale pour considérer un risque nécessitant une vigilance particulière, tout en réfutant l'idée d'une causalité linéaire ou directe grâce à l'essor des concepts de résilience et de protection.

Néanmoins au-delà du simple fait de posséder ces compétences et de les utiliser dans le cadre thérapeutique et diagnostic, il s'agit de pouvoir les articuler et les utiliser de façon pertinente dans l'écosystème particulier au centre duquel évolue l'enfant placé.

II.5 Approche écosystémique

La démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance recommande une vision écosystémique des besoins de l'enfant confié, celui-ci devant se situer au centre des divers intervenants gravitant autour de lui.

Nous approfondirons tout d'abord ces notions théoriques, puis nous étudierons la place de la pédopsychiatrie au sein de ce système et enfin nous verrons comment elle peut exercer son rôle thérapeutique malgré un certain nombre de freins liés à son accès. Nous terminerons par la description de quelques dispositifs spécifiquement pensés pour ces enfants.

II.5.1 Conception écosystémique de l'enfant confié à l'ASE

II.5.1.1 Approche écosystémique

Nous avons déjà abordé la définition de l'approche écosystémique dans le paragraphe consacré aux modèles psychopathologiques utilisés. Cette approche est également celle recommandée par la démarche de consensus sur les besoins en protection de l'enfance. Mais alors quels sont les fondements de cette approche ? Comment peut-elle s'articuler avec l'approche psychopathologique "classique" ? Quel est son intérêt dans la prise en charge des enfants ?

Elle dérive de **l'approche systémique** qui s'est développée pour prendre en compte la complexité de certains phénomènes et de leurs « mécanismes », inexplicables si on ne les étudiait pas comme un tout qui dépasse la somme de leurs parties. Pour cela, on étudie les interactions de chaque phénomène avec son environnement, et la résultante globale de ces interactions : c'est la **finalité** du système étudié. L'étude de ces interactions va nécessiter d'abandonner le concept de relation de causalité directe: chaque élément d'un système interagit avec les autres éléments, dont les modifications viennent en retour modifier le premier élément : c'est la **causalité circulaire** (*feed back*).

La complexité de ces interactions va nécessiter de modéliser le système étudié, en formalisant ses états d'équilibre et de déséquilibre, la hiérarchie des différents sous-systèmes et les rapports du système étudié avec son environnement.

De nombreuses approches ont complexifié ces principes énoncés par Von Bertalanffy, portant par exemple sur l'information portée par les échanges (Wiener : cybernétique, Bateson : double contrainte) ou sur certaines propriétés des systèmes (Varela : systèmes auto-organisationnel).

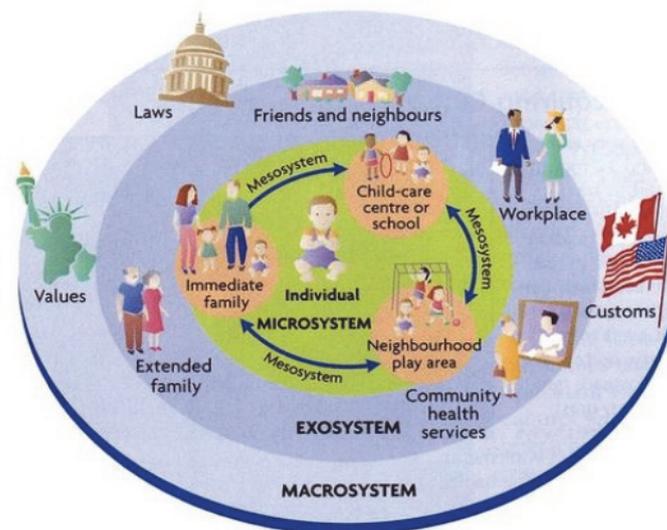
Cette approche a été utilisée en psychopathologie : le « symptôme » n'est plus seulement l'indice d'une maladie, il joue un rôle dans l'équilibre du fonctionnement du système dans lequel il s'inscrit : par exemple un couple, une famille, une communauté

Elle a permis des avancées en particulier en pédopsychiatrie dominée jusque dans les années 1980 par l'approche psychanalytique, centrée au contraire sur le « sujet », même si les interactions précoces (en particulier mère enfant) et les dimensions familiales ont toujours été prises en compte par la plupart des chercheurs en psychanalyse (265). Cela n'a pas empêché les écarts de subsister dans les pratiques, et les institutions de prise en charge des enfants ont constitué un terrain privilégié d'affrontements. Les systémiciens reprochant aux psychanalystes de ne pas savoir quoi et comment faire avec le contexte (familial, social, institutionnel), les psychanalystes reprochant aux premiers de négliger l'enfant, sa dynamique propre et l'historicité de son développement, voire plus « techniquement » la psychopathologie.

L'approche **écosystémique** veut dépasser ces clivages en prenant en compte l'environnement des systèmes, sur un modèle initialement développé dans le cadre de conventions sur la biodiversité et le développement durable comme : "méthodes de gestion où les terres, l'eau et les ressources vivantes sont intégrées pour favoriser la conservation et l'utilisation durable et soutenable des ressources naturelles, afin de respecter les interactions dans les écosystèmes dont l'être humain dépend", nécessitant donc la prise en compte de chacune de ces dimensions. (266)

Il s'agit donc d'un modèle dont la construction reste basée sur la théorie des systèmes et ayant permis à Bronfenbrenner de développer un modèle **écologique du développement humain**(267). Il a en effet souligné l'importance dans le développement d'un enfant des facteurs de contexte environnementaux et du temps, remettant en question l'idée d'une causalité unique à un problème de développement ou à une psychopathologie. Il retient ainsi plusieurs niveaux systémiques:

- **l'ontosystème** : relatif à l'individu et à l'ensemble de ses caractéristiques personnelles
- le microsystème** : relatif à la famille assurant des fonctions de protection et de régulation émotionnelle et relationnelle, ouverte sur l'extérieur mais préservant son organisation propre
- le mésosystème** : relatif à l'environnement proximal de l'enfant, à son premier réseau de sociabilité, il se définit comme le système d'interrelations entre les microsystèmes et non comme intermédiaire entre micro et exosystèmes
- l'exosystème** : relatif à la famille élargie et au réseau institutionnel tel que les lieux de soins ou d'aide
- le macrosystème** relatif aux valeurs sociétales partagées, aux habitus culturels, à la loi commune
- **le chronosystème** correspond lui à la temporalité des événements de vie, comme à celle du développement de l'enfant lui-même



Source : U. Bronfenbrenner, 1979

L'enfant et la mère constituent le premier microsystème du développement humain. En grandissant l'enfant participe à d'autres microsystèmes dont le nombre s'accroît au cours du développement. Le mésosystème est constitué de plusieurs microsystèmes en interrelation par des échanges et communications, **plus ces interactions sont intégrées dans un travail commun plus les effets sur le développement de l'enfant seront possibles.** "L'influence des exosystèmes peut augmenter le potentiel

de développement de l'enfant s'il existe des liens favorisant la participation des acteurs du microsystème dans l'exosystème afin, par exemple, d'influencer les prises de décisions en faveur d'un fonctionnement optimal du microsystème"(267).

Enfin, un macrosystème englobe l'ensemble des autres systèmes, et comprend des patterns de vie en société qui vont être actualisés et réinterprétés par chaque système. Chaque système a une temporalité spécifique qui est en interaction avec les temporalités des autres systèmes (micro-chronosystèmes, méso-chronosystèmes, exo-chronosystèmes et macro-chronosystèmes).

Il faut cependant souligner que la grande souplesse de ces approches expose à deux risques. Celui de **confondre les modèles et la réalité qu'ils modélisent**. Certains thérapeutes familiaux ont remplacé le sujet malade par la famille malade, sans se rendre compte qu'ils revenaient ainsi à un modèle de causalité linéaire.

Et celui de **modéliser incorrectement les systèmes**, en négligeant par exemple les interactions entre un système étudié et les méta systèmes.

Claude Bernard nous dit que les systèmes n'existent pas dans la nature(268), ainsi cette approche donne des explications « de principe ».

La diffusion du modèle écosystémique, par son inscription dans notre culture actuelle, peut permettre de fédérer les échanges autour des prises en charges des enfants, en particulier en protection de l'enfance. Reste à voir les applications de ce modèle à l'enfant confié à l'ASE et comment peut s'y inscrire la pédopsychiatrie.

II.5.1.2 Besoins fondamentaux en protection de l'enfance

Nous avons déjà vu que la démarche de consensus précédemment citée met en avant la notion de **méta-besoin de sécurité** comme "besoin d'établir des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l'enfant". "Méta-besoin" implique qu'il englobe l'ensemble des autres besoins fondamentaux nécessaires au développement de l'enfant, ceux-ci ne pouvant être atteints que lors de la satisfaction suffisante du premier. Les enfants ont besoin que les adultes les entourant aient une "**théorie implicite**" de leurs besoins et soient conscients que c'est à eux d'y répondre.(13)

En référence à ce principe l'enfant confié a tout d'abord besoin d'un "**caregiver**" répondant à cette définition et susceptible de devenir une nouvelle figure d'attachement pour l'enfant, ce qui permettra de combler ses autres besoins fondamentaux (déjà évoqués dans la partie II) mais également des besoins supplémentaires.

En effet la démarche de consensus met en avant la notion de **besoin particulier ou spécifique** chez l'enfant confié du fait que leurs besoins fondamentaux n'ont pas été satisfaits ni qualitativement ni en temporalité avec leurs besoins développementaux. Ces spécificités sont à prendre en considération et conduisent à considérer que ces besoins sont exacerbés et nécessitent des compensations par des réponses adaptées aux troubles développementaux associés.

L'enfant a ainsi besoin de "sentir que l'on **prend soin de ses parents**, si défaillants et maltraitants ont-ils pu être à son égard".(181)

Il a besoin de pouvoir faire le lien avec ses origines, sa filiation, et les événements passés afin de permettre une **identité narrative** dans le présent et le futur.

L'intérêt des albums de vie, album photos, cahier de souvenirs mis en place par certaines institutions est alors primordial.

Le besoin de **stabilité** passe aussi par la continuité des décisions judiciaires et de ses **professionnels référents** dans la cohérence de son parcours en protection de l'enfance.

Enfin il peut avoir besoin **de soins** en fonction des retentissements psychiques et développementaux de sa situation.

II.5.1.3 L'écosystème de l'enfant confié et le partenariat

Nous pouvons identifier plusieurs adultes gravitant autour de l'enfant : caregiver, en considérant l'assistant familial ou l'éducateur référent, parents lorsque leur parentalité peut s'effectuer de façon partielle, référents sociaux, autres référents éducatifs, enseignants, juge des enfants, soignants tels que pédopsychiatres, psychologues (pouvant être issus de la pédopsychiatrie hospitalière, du libéral, de l'ASE ou de la MECS), orthophonistes, psychomotriciens, médecin traitant, PMI. Cette liste peut s'enrichir des adultes intervenant dans les systèmes scolaires ou de loisirs par exemple.

Proposition de modélisation

Il n'y a pas, à notre connaissance, de tentative de modélisation de ce système selon l'approche écosystémique, néanmoins nous pouvons logiquement proposer que le microsystème de l'enfant comprendra ses **caregivers** s'occupant de lui au quotidien au sein de la famille d'accueil ou de la MECS, mais aussi ses **parents** en fonction de la parentalité partielle qu'ils sont en mesure d'exercer et lorsqu'il y a des droits d'hébergement la maison de ceux-ci. L'**école** en fait également partie.

L'exosystème pourrait comprendre, entre autres, les **référents sociaux** et l'**institution** prenant en charge l'enfant, service gardien et ASE.

La **pédopsychiatrie**, lorsqu'elle est nécessaire, pourrait se situer dans le micro ou dans l'exosystème en fonction de la position qu'elle souhaiterait prendre ou qu'on lui donnera. Ainsi elle pourrait faire partie du mésosystème qui comprend les interrelations entre les microsystèmes, et ainsi faire partie de l'environnement proximal de l'enfant, ou bien se situer dans l'exosystème et entretenir des relations moins directes avec le système proximal de l'enfant. Son implication et ses effets seront alors différents en fonction de son positionnement. **Le juge des enfants et les politiques** en matière de protection de l'enfance feraient partie du macrosystème, dans le contexte actuel de réforme ce macrosystème est en pleine mouvance avec des retentissements probables sur les mésosystèmes et inversement.

Comme précisé dans la démarche de consensus "ces différentes strates sont à considérer comme des ressources susceptibles d'être activées au service de l'enfant et de contribuer aux actions cliniques, sociales, éducatives [...] et donc comme facteurs potentiels de protection et de résilience, de son développement et de son bien-être." Par ailleurs elle rappelle que les professionnels et les institutions confrontés au caractère désorganisant des troubles graves de la parentalité et à la pathologie du lien sont à risque de souffrances et de clivages (105). Le travail en partenariat, l'intervention à plusieurs, l'écoute et le soutien dans les pratiques du quotidien et la formation sont des moyens utiles pour faire face à ces obstacles.

Partenariat et "enveloppe groupale"

Ainsi le partenariat permet une approche pluri-factorielle, multi-niveaux et multi-disciplinaire.

La littérature internationale souligne que la capacité des adultes entourant l'enfant confié à s'articuler et à travailler avec des institutions et partenaires extérieurs constitue un enjeu pour le bien-être des enfants, par exemple il a été montré que lorsque les familles d'accueil se considéraient comme faisant partie d'une équipe les placements étaient davantage réussis et stables (269).

Si chaque intervention a sa justification intrinsèque l'accumulation des adultes autour de l'enfant n'est pas sans impact et le risque d'un manque de délimitation des places et des rôles de chacun peut concourir à l'émergence d'enjeux de maîtrise. Il est obligatoire d'établir un "Projet Pour l'Enfant" (PPE) dans lequel est mentionné l'institution et la personne chargées d'assurer la cohérence des interventions (270). Pour l'enfant l'investissement partenarial prend une fonction de holding.

Difficultés relationnelles dans l'écosystème

Malgré la mise en place de ce partenariat les divergences, les **difficultés voire les conflits** sont fréquents dans la pratique quotidienne entre les divers intervenants. En effet comme le rappelle Calvet à propos du partenariat et de la pluridisciplinarité "ce n'est pas la juxtaposition de professionnels différents [...] qui les établit automatiquement mais l'interaction de ces différents professionnels, de ces différentes institutions dans un objectif partagé".(8)

Chaque partenaire possède sa propre logique institutionnelle. Le médico-social, le sanitaire, les MECS, l'ASE ont chacun un fonctionnement, des "codes", une histoire et les représentations sont susceptibles de différer. Cette mise en commun de plusieurs catégories professionnelles et/ou institutionnelles peut être vécue comme **une déperdition de sa propre spécificité**, comme une menace pour sa propre **identité professionnelle**. Cela pourrait expliquer les réactions défensives de repli sur soi et de rigidification des postures dans un risque d'affrontement dans lequel l'imaginaire joue un rôle majeur. Le risque est bien sûr d'oublier **l'objectif initial de combler les besoins de l'enfant**. Calvet met en lien ce fonctionnement avec l'existence d'une attente "magique" vis à vis de l'autre, induisant une sorte de "défausse", l'intervention de l'autre venant comme pallier l'échec de sa propre intervention (8). Ainsi et de façon

caricaturale le sanitaire devrait "normaliser" l'enfant ou le jeune, l'ASE devrait trouver un lieu d'accueil contenant, tolérant, cadrant, tenant dans le temps. Le médico-social devrait l'inscrire dans une dynamique d'apprentissage et de formation. La déception face à l'absence de solution idéale trouvée par l'autre est projetée sur l'autre. (271)

Une revue de littérature problématisée sur les spécificités de l'accueil des 0-6 ans en protection de l'enfance relève des difficultés voire des conflits existant entre le milieu du soin, l'ASE et de la PMI (272).

Pour Bourdieu les locuteurs ne sont pas égaux face à la langue et certains "styles expressifs" sont considérés comme plus légitimes que d'autres avec des hiérarchies socio-économiques. Zotian dans un rapport sur "les professionnels face aux modes d'expression des jeunes enfants confiés à l'ASE" propose que ces différences se répercutent dans la place accordée à la parole des assistantes familiales en accueil familial dans une configuration asymétrique.(273)

Une pédopsychiatre souligne l'importance de construire une vision commune, partagée mais non unique, dans une logique de "partialité multidirectionnelle" (*Ivan Boszormenyi-Nagy*). La prise en compte de l'avis de chacun en prenant partie pour le point de vue de chacun permet d'intégrer ces différentes visions à une représentation de la réalité appuyée sur l'intersubjectivité. C'est la prise en compte de la logique et des contraintes de fonctionnements de chaque partenaire permettant de se dégager des tensions. (271)

Stabilité de l'écosystème

Il faut garder à l'esprit que les intervenants sont pour la plupart soumis à une "**sectorisation**" déterminée par le lieu de résidence des parents des enfants confiés. Dans le cadre du soin la pédopsychiatrie hospitalière est également sectorisée selon le domicile de l'enfant, donc selon le lieu de résidence de la famille d'accueil ou de la MECS. Ainsi un changement de domiciliation des parents est susceptible de modifier les paramètres juge des enfants référent et référents ASE, et un changement de lieu de placement peut modifier le lieu de soins. Enfin les décisions judiciaires de placement sont généralement renouvelées par le juge des enfants tous les 6 mois à 2 ans, avec une remise en question cyclique de l'écosystème.

Berger souligne la fréquence du turn-over des professionnels et les modifications possibles des projets à l'arrivée d'un nouveau professionnel dans une situation ancienne. En effet le besoin de s'approprier une situation confiée peut se faire par l'introduction d'un changement sans tenir compte de l'évolution précédente de l'enfant et de sa famille. D'autre part il rappelle que c'est aussi quand l'enfant va mieux dans une "bonne routine" que les conflits risquent d'apparaître.(274)

Dans la pratique on remarque que chaque acteur tente de maintenir la continuité des prises en charge, ou du moins d'assurer une transition progressive, néanmoins la stabilité de l'écosystème est fréquemment remise en question.

II.5.2 Place de la pédopsychiatrie dans l'écosystème

II.5.2.1 Quel engagement pour la pédopsychiatrie ?

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent il s'agit de se positionner sur la distance que peut tenir la pédopsychiatrie face à l'enfant placé et son écosystème, pour certains elle doit rester à distance de la réalité de l'enfant, pour d'autres elle doit s'engager au même titre que les autres intervenants. Pour reprendre la modélisation écosystémique elle peut faire partie du microsystème de l'enfant et donc du mésosystème où ces différents microsystèmes sont en relation, ou alors appartenir à l'exosystème, avec moins d'effets directs et de relations avec les autres intervenants.

Le positionnement de la pédopsychiatrie face à la protection de l'enfance

Welniarz analyse les difficultés des relations entre pédopsychiatrie et protection de l'enfance sous l'angle de la différence des lignes directrices théoriques à l'œuvre entre ces deux services. Conceptions psychodynamiques du développement de l'enfant et théorie de l'attachement d'un côté, idées prévalentes basées sur l'évolution de la législation en matière de protection de l'enfance et d'une pensée construite sur des influences sociologiques, psychologiques, éducatives de l'autre côté.

Il souligne également la réinstauration du secret partagé dans les politiques de protection de l'enfance et le risque pour le maintien d'une relation médicale de confiance. Il plaide enfin pour que les voies et territoires de la pédopsychiatrie et de la protection de l'enfance restent bien distinctes afin d'offrir la garantie à l'enfant qu'il sera respecté en tant que sujet.(275)

Richard, lui, soutient qu'un soin psychique intensif et de durée suffisante peut contribuer au réaménagement des liens psychiques entre enfants et parents, à condition que l'on s'en donne les moyens. Il souligne que la société demande de plus en plus impérativement à la pédopsychiatrie d'y contribuer mais que c'est d'abord à elle de définir les objectifs et les moyens, et pas seulement matériels, qu'elle se donne.(276)

Selon Berger la pratique du partenariat envers les enfants confiés à la protection de l'enfance ne peut se concevoir qu'après avoir discuté un certain nombre de questions : **qu'attend-on de la pédopsychiatrie ?** Diminuer des symptômes, rendre l'enfant capable de vivre en société, diminuer sa souffrance psychique, aider les professionnels à élaborer la meilleure attitude à avoir, leur apporter du soutien ? **Avons-nous un accord sur les buts à atteindre et sur leur ordre d'importance ?** **Parlons-nous du même enfant ?** Avoir à l'esprit que l'enfant peut présenter des clivages et se montrer différent en fonction de l'interlocuteur et de l'attachement à celui-ci est indispensable. **Avons-nous la même représentation du soin psychique ?** L'équipe devrait expliciter son projet de soin tel qu'il est pensé pour chaque enfant, afin de mieux se coordonner et éviter la représentation de "toute puissance du soin psy" qui ne peut pas faire contrepoids à un milieu de vie désorganisateur. **Avons-nous la même représentation des parents ?** La question du diagnostic psychiatrique de ceux-ci et de la façon dont la pathologie peut entraver leurs capacités parentales ne sont pas toujours pensées.

Pour ce psychiatre sans un accord entre les intervenants sur ces questions le soin ne peut être efficace et cohérent, et doit même s'interrompre afin de ne pas servir "d'alibi pour maintenir l'enfant dans un environnement inadéquat". (274)

Quel investissement par la pédopsychiatrie ?

Berger rappelle par ailleurs que ces situations judiciairisées sont particulièrement coûteuses sur tous les plans pour les équipes de soin, et que cette énergie nécessaire pour maintenir une cohérence et une efficacité des soins joue un rôle dans la pénurie de pédopsychiatres s'engageant dans la spécificité du travail clinique en protection de l'enfance.(274)

Par ailleurs nous avons déjà vu que certains de ces enfants ont dû organiser leur fonctionnement relationnel de telle manière qu'ils découragent l'adulte d'entrer en

relation avec eux pour les aider. La relation, y compris thérapeutique, peut être vécue comme source de souffrance psychique et les défenses de type "pseudo-indépendance" peuvent déclencher des réactions de rejet ou de découragement. (7)

Une spécificité de la pédopsychiatrie ?

Pour Berger travailler avec ces enfants relève d'une spécificité théorique, clinique, thérapeutique, "au même titre qu'il existe une spécificité du travail avec les enfants autistes par exemple."(277) Cette spécificité expliquerait l'hésitation des pédopsychiatres à s'engager dans des situations complexes nécessitant un investissement important hors des références théoriques habituelles.

Il soutient que cette spécificité ne peut se saisir qu'en participant activement aux scènes essentielles de la vie d'un enfant confié, comme lors de consultations ou de visites médiatisées où l'interaction parents-enfant est visible, ou en étant témoin de la construction du lien entre l'enfant et un assistant familial, ou encore par la scène ou plutôt la "mise en scène" des audiences judiciaires, ou bien par la participation aux synthèses et actions concertées. A son avis il est difficile de comprendre les tensions et émotions des divers intervenants et les processus psychiques en jeu chez l'enfant sans cet engagement.

Quel rapport avec la réalité de l'enfant ?

Rottman indique que l'ambivalence suscitée en nous par ces situations doit "trouver sa résolution dans l'action" (différente du passage à l'acte).(3) Ainsi l'intrusion dans la réalité de l'enfant peut être nécessaire pour donner une cohérence aux soins et quand le travail au seul niveau intrapsychique ne semble pas suffisant.

Berger propose qu'un psychiatre ou une psychologue situé en "seconde ligne" n'ayant pas été impliqué directement dans ces situations concrètes et n'ayant pas pu expérimenter l'échec de certaines théorisations risquent de n'offrir qu'une aide relative aux équipes auprès desquelles il intervient.(277)

Hayez souligne le difficile équilibre à trouver entre l'excès d'intervention dans la réalité de l'enfant qui pourrait créer passivité et dépendance, et l'absence totale d'intervention en refusant de sortir d'une logique d'échanges de paroles.(278)

Mounier s'est intéressé aux spécificités des cures analytiques d'enfants placés en famille d'accueil. Il relève que ce n'est qu'en quittant une neutralité analytique et en s'engageant fortement dans des positions relatives à la réalité extérieure de ces

enfants qu'il a pu conduire des cures entraînant de vrais changements. Il souligne que cela va à l'encontre de la cure classique où l'analyste s'en tient au discours. "Prendre en compte les problèmes réels de l'enfant est souvent la seule voie d'accès possible à sa réalité inconsciente".(279) De nombreux cliniciens soulignent en effet que si l'enfant n'est pas sécurisé dans son système le soin n'aura pas d'effet.

Ainsi un pédopsychiatre pourrait observer des modifications importantes dans l'état psychique d'un enfant avant et après une visite médiatisée ou un week-end en famille, et pourrait décider de rapporter ces informations afin de faire évoluer la situation de l'enfant.

II.5.2.2 Un rôle préventif et systématique ?

Dans un rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France paru en 2016 il est demandé de développer l'intervention des pédopsychiatres dans les services de protection de l'enfance ainsi qu'en Protection Maternelle et Infantile (PMI), sont évoquées les consultations conjointes pédiatres/pédopsychiatres et « pédopsychiatrie de liaison » avec les services de protection de l'enfance « comme elle existe déjà auprès des services de pédiatrie ».(280)

Quant au milieu éducatif il regrette parfois l'absence de bilan systématique en santé mentale, se faisant souvent tardivement une fois que l'établissement est en difficulté, contrairement aux évaluations somatiques qui sont systématiques. Chapponnais souligne le risque d'accueillir des enfants dont les troubles ne correspondent pas aux moyens techniques de l'établissement, en renforçant le risque qu'ils ne deviennent à l'adolescence "incassables".(281)

En France, il n'est pas organisé de programme national de dépistage systématique. 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, sans préciser si une évaluation fine de la santé mentale en faisait partie. Aux Etats-Unis des recommandations datant de 2015 préconisent une évaluation globale incluant les troubles psychiques dans les 24 heures du placement pour un nourrisson et 72 heures pour les plus grands puis un mois plus tard en présence du caregiver, des parents et du travailleur social responsable. Au cours du

deuxième mois une consultation psychiatrique spécialisée en psychotraumatologie est systématiquement recommandée ainsi qu'une évaluation systématique au cours des consultations pédiatriques suivantes qui sont recommandées de façon semestriel à partir de 2 ans.(282) L'absence de recul et d'études relatives à l'effet de ce protocole ne permettent pas de conclure à son efficacité.

Associer systématiquement la pédopsychiatrie comprendrait cependant le risque d'une "surpathologisation" et de stigmatisation de ces enfants, par ailleurs déjà sujets à ce risque, et pourrait également venir se substituer au renforcement des équipes socio-éducatives, à la formation des professionnels ou à certaines difficultés d'organisation et de relations entre professionnels et institutions.

Desjardins nous dit à propos des enfants confiés «les questions d'ampleur des psychopathologies chez les enfants, de risques de sous ou de sur-diagnostic, de sous-utilisation ou de sur-utilisation des services, de sur-prescription ou de sous-prescription restent très difficiles à traiter».(46) Par ailleurs comme relevé dans une étude sur la perception de leur santé les enfants eux-mêmes peuvent souffrir ou refuser une vision psychologisante ou psychiatrisée de leur situation.(19)

Nous avons ainsi proposé une modélisation dans une perspective écosystémique de la place de la pédopsychiatrie et ses conséquences, détaillons à présent quelques aspects particuliers des relations entre pédopsychiatrie et caregiver, parents, justice, ASE, psychiatrie d'adulte, école.

II.5.2.3 Relations avec les caregivers

Définition du caregiving

Nous considérons comme "caregivers" la personne au quotidien de l'enfant qui lui apporte les soins physiologiques et quotidiens mais qui assure également sa sécurisation interne et est susceptible de constituer une figure d'attachement alternative pour lui. En famille d'accueil il s'agit de l'assistant(e) familial(le), en MECS il s'agit de l'éducateur référent, en SOS Villages d'enfants il s'agit de l'éducatrice familiale.

Besoin de sécurisation des caregivers

Les caregivers sont au contact direct et quotidien de l'enfant, pour la famille d'accueil ce lien est permanent, pour l'éducateur référent en MECS il se prolonge lors de ses absences par la présence d'autres éducateurs selon une organisation généralement en rotation. La sécurisation des enfants confiés dans l'objectif de moduler leurs modèles internes opérants relatifs à l'attachement est une des missions des caregivers.

Mais à partir du moment où le lien devient significatif pour l'enfant il y a un risque de mise à mal de celui-ci en fonction de ses modalités relationnelles précédemment acquises et de ses représentations en terme d'attachement. L'enfant pourra montrer des comportements incompréhensibles, une difficulté à accepter l'intimité, à partager des émotions, à recevoir du réconfort, ce qui risque d'activer fortement le système d'attachement du caregiver. A l'inverse certains enfants seront dans une demande constante d'attention, avec besoin de contact physique permanent dans un "collage" respectant peu les limites personnelles, ce qui pourra susciter le rejet. Le caregiver peut alors se sentir démuni, en perte d'estime de soi. Parfois cela peut retentir sur la vie conjugale et la vie familiale, le professionnel peut aller jusqu'à ne plus se reconnaître. C'est pourquoi ces professionnels doivent bénéficier de formations, d'éclairages pour augmenter leur sensibilité aux besoins, y compris particuliers, des enfants accueillis, et de développer leur capacité réflexive sur l'impact de leurs propres émotions sur l'enfant et inversement.(12)

Les caregivers ont **eux-mêmes besoin d'une base de sécurité** pour continuer à être celle de l'enfant confié, d'autant que les études retrouvent une majorité de représentations d'attachement insécurisées parmi ceux-ci, la fréquence du "caregiving compulsif" étant particulièrement élevée dans la population des soignants.(11) En MECS les professionnels peuvent se sentir sécurisés par la dynamique d'équipe et l'aspect groupal, quant aux familles d'accueil les différentes études sur le sujet retrouvent un fort sentiment d'isolement parmi celles-ci.(273)

Dans l'écosystème il s'agit du rôle des référents socio-éducatifs, des psychologues de l'ASE ou des MECS, des supervisions susceptibles d'être organisées, parfois des groupes de parole.

Mais le recours à ces dispositifs est modulé par le propre système d'attachement du professionnel qui conditionne la façon dont il accepte le besoin d'aide, dont il perçoit les personnes ressources potentielles, dont il peut recevoir, accepter et utiliser l'aide fournie.

La peur d'être mal évalués par leurs responsables s'ils évoquent leurs difficultés peut également être un frein à cette demande d'aide.

Dans ce contexte il arrive que les soignants extérieurs à l'institution ou à l'ASE soient vécus comme moins menaçants et soient sollicités pour participer à ce rôle.

En pratique le médecin pédopsychiatre peut travailler ces questions sur la relation entre le caregiver et l'enfant mais un travail plus poussé sur les représentations ou l'histoire personnelle du professionnel pourrait aussi induire une confusion sur le rôle premier du soin pour l'enfant. Enfin faut-il aussi que les offres de sécurisation offertes par les services ou l'ASE soient pensées à partir de ce paramètre en permettant un accès quelques soient les modalités interactionnelles des caregivers.

Besoin d'évaluation, de diagnostic, de guidance

Parce qu'ils sont au contact direct de l'enfant ce sont le plus souvent eux qui sollicitent directement la pédopsychiatrie pour une évaluation, un diagnostic, un éclairage, une prise en charge thérapeutique, souvent via la psychologue de MECS, de l'ASE ou par l'équipe ASE de référence. Les parents sont très rarement les porteurs de la demande. Une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine sur la place de la pédopsychiatrie dans l'accompagnement du placement familial retrouvait auprès des assistantes familiales interrogées 90% d'entre elles favorables à donner une place à la pédopsychiatrie auprès de ces enfants, des parents et de l'accueillant. (283)

Une autre étude s'est intéressée aux questionnements d'assistantes familiales autour des problématiques médicales des enfants accueillis, et en particulier psychiques. Les questions les plus fréquentes étaient de savoir si les comportements de l'enfant correspondaient au stade développemental ou s'ils s'intégraient dans un trouble, s'ils présentaient un trouble de l'adaptation ou bien du développement, et s'il s'agissait d'un trouble de l'attachement ou de troubles autistiques. Ensuite venait la question de l'origine de ces comportements.(273)

Dans cette étude de Zotian les assistantes familiales se montrent particulièrement intéressées par les approches neuroscientifiques, leur permettant de mobiliser ce discours scientifique dans leurs interactions avec les professionnels du psychisme et les travailleurs sociaux. Obtenir un diagnostic peut leur permettre d'attribuer, enfin, les comportements inquiétants à une psychopathologie en réfutant une origine éducative leur étant imputable. La pédopsychiatrie ne pouvant que rarement poser des diagnostics précis et définitifs, ou étant parfois réticente à les partager, d'autant plus qu'il ne s'agit pas des parents, peut alors les décevoir et susciter le sentiment que la prise en charge est inefficace, ou insuffisante. De même les professionnels se plaignent souvent de la faible lisibilité du contenu de la prise en charge de l'enfant, renforçant un sentiment de manque de professionnalisme ou de ressentiment lorsque les comportements sont difficiles à supporter au quotidien.(273)

Contrairement aux attentes la pédopsychiatrie ne peut proposer de vérité médicale clôturant le débat sur les causes des comportements ni sur l'avenir de l'enfant.

Urgences psychiatriques ou pédiatriques

Les relations entre caregivers et psychiatrie se déroulent également dans les services d'accueil des urgences où ceux-ci sont susceptibles de conduire les enfants ou adolescents lors d'une crise clastique, d'une décompensation des troubles psychiatriques ou lors d'idées ou de passages à l'acte suicidaires. La littérature retrouve entre 15% et 43 % des consultants relevant de services de l'ASE. Une étude française retrouve 35% de jeunes suivis par l'ASE dont 17% placés en famille d'accueil ou en foyer.(284) Ces relations aux sein des urgences sont souvent conflictuelles par exemple lors d'une crise relationnelle entre un éducateur et un jeune, l'éducateur avançant que l'état du jeune relève de la psychiatrie et le psychiatre répondant que celui-ci dépend de l'éducatif. La demande de l'éducateur peut être en réalité un soulagement via le retrait du jeune de son foyer, mais simultanément il peut exister une réelle souffrance sous-jacente chez le jeune. L'entre-deux est parfois difficile à définir. La réponse peut alors être davantage une réponse aux difficultés des adultes qui entourent ces jeunes. Lorsqu'il s'agit des urgences pédiatriques c'est généralement la pédopsychiatrie de liaison qui se retrouve au cœur des interactions.

Rôle de tiers ?

Zotian note également que les relations entre assistantes familiales et ASE sont parfois marquées par de la défiance, et que la pédopsychiatrie peut se trouver prise dans ces tensions. La parole du médecin et son extériorité peuvent alors parfois légitimer la parole du caregiver face aux responsables ASE ou à son service.(273)

II.5.2.4 Relations avec les parents

Nous n'avons pas retrouvé d'études s'intéressant plus particulièrement à la question des relations entre la pédopsychiatrie et les parents d'enfants confiés. Un élément légal rend pourtant indispensable l'existence de relations puisque la plupart de ces parents conservent l'autorité parentale, ainsi leur accord est légalement nécessaire si des soins se mettent en place. En pratique ce consentement passe souvent par le foyer ou par l'ASE. Certains pédopsychiatres ne souhaitent pas demander directement l'autorisation de soins aux parents dans l'idée que cela leur renverrait une responsabilité artificielle quant à leur prise de décision dans l'intérêt de l'enfant.(279)

Certains pédopsychiatres informent puis proposent, généralement par courrier, un rendez-vous aux parents. Ces entretiens sont l'occasion de recueillir des éléments sur la grossesse, la période périnatale et la petite enfance.

Mounier qui choisit de rencontrer les parents après le caregiver et après l'équipe ASE explique que des échanges avec les parents permettent en outre de se rendre compte de ce que peut vivre l'enfant avec eux par l'analyse des mouvements contre-transférentiels expérimentés.(279)

II.5.2.5 Relations avec l'ASE

Certains pédopsychiatres choisissent de rencontrer d'abord l'équipe ASE responsable du placement avant de débiter une prise en charge. Pour d'autres l'engagement du caregiver étant nécessaire à tout travail avec l'enfant, celui-ci sera rencontré en premier. Mounier explique que l'équipe ASE référente permet de raconter l'histoire "institutionnelle" de l'enfant, en étant le représentant de la société et de sa décision. Il en attend les raisons du retrait de l'enfant, les conditions du placement, les compte rendu des ordonnances du Juge des enfants, les informations sur les parents.(279)

Certains professionnels de l'ASE parviennent par ailleurs à tenir des positions grâce aux informations transmises par la pédopsychiatrie sur la clinique de l'enfant et sur ses

besoins, leur permettant de défendre un cadre protecteur mis en place et estimé nécessaire.(7)

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance rend obligatoire l'élaboration d'un Projet Pour l'Enfant (PPE).(270) Des synthèses sont régulièrement organisées par l'ASE pour évaluer et réévaluer ce projet en fonction des audiences prévues, des évolutions positives ou négatives, d'évènements particuliers. Ces synthèses, les Commissions Projet Pour l'Enfant (CPPE), permettent à tous les professionnels de se rencontrer et d'apporter leurs observations afin de faire évoluer ce projet. La pédopsychiatrie peut alors y trouver une place, dans le respect du secret médical et de la parole de l'enfant, si elle y est conviée, et si elle accepte d'y participer.

II.5.2.6 Relations avec la justice

Les relations avec la justice se font principalement via les **demandes d'expertise ou d'ordonnances de placement provisoire (OPP)** à destination d'un service d'hospitalisation. Les pédopsychiatres peuvent également écrire aux juges spontanément lorsqu'ils veulent transmettre des informations, prendre position dans une décision ou soutenir une parole de l'enfant.

Certaines unités parents-enfants reçoivent des dyades mère/enfant dans le cadre d'une OPP. Le champ du soin peut en effet évaluer les dysfonctionnements interactifs entre parents et enfants mais être à la fois celui qui évalue et celui qui soigne rend difficile le travail d'alliance minimale nécessaire avec la famille pour que l'enfant s'engage dans des soins. Dans le cadre de l'hospitalisation d'un mineur en psychiatrie via une OPP la loi stipule que le placement est limité à quinze jours et peut être renouvelé après avis conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil. Cela nécessite une entente préalable entre le psychiatre et le juge.

Pour Berger la pratique d'une expertise psychiatrique chez un enfant placé doit répondre à un certain nombre de conditions : celui-ci ne devrait pas être en contact avec ses parents avant l'entretien, l'observation de l'interaction de l'enfant avec chaque parent devrait être suffisamment prolongée, l'expert devrait avoir pris connaissance des principaux rapports éducatifs effectués au fil des années et des solutions déjà tentées, le développement cognitif du bébé ou de l'enfant doit être évalué précisément,

et si nécessaire une autorisation du juge pourrait être requise afin d'avoir accès au dossier d'hospitalisation en psychiatrie d'un parent afin d'évaluer la stabilisation de son état, la pathologie du parent pouvant être contenue le temps de l'expertise. Il rappelle par ailleurs que la pathologie de l'enfant peut ne pas se percevoir lors de l'expertise mais se révéler lorsqu'il est en lien avec un adulte significatif pour lui.(277)

Au Québec la pédopsychiatrie s'engage plus loin sur son implication dans les décisions liées à la situation des enfants placés, notamment quant au retour en famille biologique ou au maintien en famille d'accueil. La clinique de l'attachement, à Montréal, propose une consultation spécialisée où l'équipe composée d'un pédiatre développementaliste, d'un neuropédiatre et d'un pédopsychiatre reçoit l'enfant placé avec ses parents et sa famille d'accueil ainsi que les intervenants, afin d'évaluer les relations d'attachement de l'enfant à chacune de ses familles et à évaluer son niveau développemental. Une analyse de la situation à la lumière de l'histoire de l'enfant est réalisée ainsi que des conclusions dont le principe premier est la continuité et la préservation des liens d'attachement déjà établis. L'équipe établit des recommandations qui ne sont pas décisionnelles mais consignées dans un rapport transmis au Tribunal.(285)

II.5.2.7 Relations avec la psychiatrie d'adulte

Les relations entre psychiatrie d'adulte et pédopsychiatrie se déroulent principalement dans certains cadres : la transition de l'adolescence à l'âge adulte des jeunes et le relais de soin qui l'accompagne, les troubles psychiatriques lourds nécessitant des hospitalisations itératives, les hospitalisations en psychiatrie adulte faute de places adaptées, le travail conjoint entre psychiatre du parent et pédopsychiatre de l'enfant en cas de psychopathologie parentale.

Nous ne retrouvons pas d'études ou publications abordant ces problématiques de façon spécifique aux enfants placés dans la littérature française. Pourtant elles présentent quelques spécificités relatives à la situation de placement notamment quant à la transition à l'âge adulte qui est un enjeu majeur pour les adolescents placés, avec des risques de ruptures, de crise identitaire, de précarité.(286)

Concernant la transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte les études de façon générale soulignent le risque de rupture de soin, et déplorent l'absence fréquente de suivi parallèle avec travail conjoint pour permettre une continuité et une

cohérence pratique et symbolique de la transition.(287) Compte tenu de l'importance des notions de continuité et de rupture chez les adolescents en situation de placement cette question prend une importance particulière pour eux. Le développement de services pour les 16-25 ans représente une piste particulièrement intéressante.

Quant au travail de la psychiatrie d'adulte avec les parents d'enfants placés nous pouvons souligner le rôle de celle-ci dans le travail pouvant être fait autour de la parentalité, mais aussi sur le soutien qu'elle peut apporter dans la souffrance du parent face à la séparation. Des auteurs soulignent que la présence de soignants de psychiatrie adulte à des visites médiatisées pourrait être bénéfique pour le parent, pour l'enfant, pour le maintien de la continuité et du cadre de ces visites.(288)

En pratique il est parfois difficile pour la psychiatrie d'adulte de sortir de son cadre d'action habituel, et parfois difficile d'accepter que des décisions de séparation puissent renforcer la souffrance du parent qu'ils soignent.

Le développement de la psychiatrie périnatale pourrait ouvrir de nouvelles pistes dans la collaboration entre ces deux spécialités dans l'intérêt des enfants dont les parents souffrent de psychopathologie.

II.5.2.8 Les relations avec l'enseignement

Les liens entre la pédopsychiatrie et l'enseignement, que celui-ci soit en milieu ordinaire ou spécialisé, peuvent être plus ou moins étroits en fonction des pratiques.

Les équipes éducatives et les équipes de suivi de scolarisation (ESS) sont des temps forts où tous les acteurs gravitant autour de l'enfant sont réunis. Pour certains le pédopsychiatre n'y a pas sa place, pour d'autres cette place peut être représentée par d'autres professionnels de l'équipe de soin, le respect du secret médical étant bien sûr au premier plan des préoccupations. Ces réunions sont pourtant une représentation particulièrement exhaustive de l'écosystème de l'enfant, sont généralement présents les parents, le caregiver, les référents ASE, les enseignants, les équipes de soin.

A condition que l'équipe éducative ait pu être réfléchi en amont avec les différents intervenants et avec l'enfant elle peut être l'occasion d'observer les enjeux et mécanismes à l'œuvre entre les différents intervenants, d'avancer dans la compréhension des troubles de l'enfant en posant des hypothèses, et selon la

demande ou les besoins d'apporter des éclairages dans le respect du secret médical et de la parole de l'enfant.

Après ces quelques considérations sur les relations de la pédopsychiatrie avec les autres intervenants au sein de l'écosystème des enfants confiés nous allons désormais nous intéresser à la mise en place et au contenu de la prise en charge thérapeutique qu'elle peut proposer à l'enfant en tenant compte de son écosystème.

II.5.3 Rôle thérapeutique et accès à la pédopsychiatrie pour les enfants confiés

Que ce soit en libéral, dans le cadre hospitalier public ou privé, ou dans les structures médico-sociales ou associatives, la pédopsychiatrie peut proposer plusieurs types de prises en charge à ces enfants. Le recours à celle-ci est cependant conditionné par plusieurs paramètres comme le parcours de soin général dans lequel est inscrit l'enfant confié ou par l'existence de plusieurs freins à cet accès. Nous détaillerons d'abord ces éléments avant d'étudier le contenu de ces prises en charge.

II.5.3.1 Parcours de santé des enfants confiés

Le parcours de santé est l'ensemble des étapes parcourues par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés, prenant en compte les étapes de prévention.

Organisation des soins

Le parcours de santé des enfants de l'ASE présente des spécificités comme l'accès possible à la protection maternelle et infantile (PMI) pour tous les enfants même au-delà de six ans et un accès aux soins facilité par l'affiliation à la couverture maladie universelle (CMU).

Une étude dans les Bouches-du-Rhône retrouve 60% d'enfants ayant un suivi régulier contre 80% en population générale. Le généraliste était le principal coordinateur des soins en suivant 82% des enfants, 15 % étant suivis par la PMI, principalement pour les moins de 6 ans. Le carnet de santé était présent pour 79% des enfants.(289)

La question de la responsabilité de l'organisation des soins est centrale. Les études montrent que les parents étaient déjà fréquemment en difficulté quant à cette coordination en amont du placement, ce rôle doit donc être endossé par les départements et par différents professionnels. Nous avons déjà vu que la plupart du temps c'est le caregiver qui perçoit la nécessité de consulter pour un problème de santé psychique ou somatique. Il doit donc bien connaître l'enfant pour être sensible à tout changement et être au fait de sa mission. Une étude en Rhône-Alpes retrouvait en outre que la majorité des caregivers n'estimait pas suffisante leur formation dans le domaine de la santé de façon générale et soulignait la nécessité d'améliorer leur formation.(19) Une fois la décision prise de consulter il s'agit de récupérer les autorisations parentales et de savoir à quel professionnel de santé s'adresser. Certaines MECS ont monté des partenariats ou convention, mais de façon générale ces questions sont gérées à l'échelle du département et en fonction des équipes sans cadre légal clair.

Un arrêté du 3 juin 2019 met en place "l'expérimentation pour un **parcours de soins coordonné** des enfants et adolescents protégés", pour une durée de quatre ans (2019-2022). Cet arrêté reconnaît que "les études disponibles montrent des carences importantes dans la prise en compte de leurs besoins en santé par rapport à la population générale : manque d'informations sur les antécédents personnels et familiaux, facteurs de risques (prématurité, retard de croissance néonatale, etc.), parcours souvent marqué de pathologies associées, de traumatismes et d'hospitalisations, fréquence d'insuffisances pondérales ou de surpoids, et besoin de prise en charge en santé mentale". L'expérimentation vise donc à mettre en place "un parcours de soins coordonné pour les enfants et les adolescents protégés, incluant une prise en charge somatique et en santé mentale précoce, reposant sur la création d'un forfait annuel par enfant ou adolescent, pris en charge à 100% par la sécurité sociale".

Perception de la santé par les caregivers

L'étude en Rhône-Alpes de 2012 sur la perception de la santé par les éducateurs des lieux d'accueil montrait une perception «restreinte» de la santé des enfants accueillis, n'intégrant pas la notion de bien-être de l'enfant, pour se concentrer uniquement sur les affections somatiques et les troubles psychiques les plus visibles. Ces troubles

n'étaient pas toujours mis en lien avec leur parcours et leur vécu. Les affections avaient tendance à être traitées de manière ponctuelle, sans toujours les intégrer dans une perception globale de l'enfant. Les liens que ces professionnels faisaient entre l'état de l'enfant et leurs parcours concernaient les habitudes de vie quotidienne (alimentation, hygiène, rythme de vie) sur lesquels des actions de sensibilisation étaient mises en place.

Freins limitant la qualité des soins

Il y a une forte perte d'informations sur les antécédents de santé des enfants lors des transmissions de dossier de lieu à lieu ou de professionnel à professionnel.

Dans les foyers la "culture de l'oral" au détriment de l'écrit majore cette perte d'information.

II.5.3.2 Accès à la pédopsychiatrie

Généralités sur la pédopsychiatrie

L'acte de naissance de la pédopsychiatrie est fixé à 1925 lors de l'ouverture par le Dr. Georges Heuyer d'une consultation dite d'orientation de neuropsychiatrie infantile au sein du patronage Rollet. Le juge Rollet le nomme dans cette fondation qui accueille des enfants confiés par le tribunal pour enfants dits « en danger moral », puis des délinquants, des fugueurs, des enfants turbulents. Cette unité va progressivement se détacher et devenir un service hospitalier rattaché à l'Assistance Publique à l'hôpital Necker. En 1948 est créée la première chaire universitaire française de neuropsychiatrie infantile.

La circulaire du 16 mars 1972 *relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents* crée la sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile comme élément organisateur principal d'une politique nationale de santé mentale en direction des enfants et des adolescents. Le secteur de pédopsychiatrie est ainsi un dispositif de service public chargé d'organiser la prévention et les soins, répondant aux besoins de la population dans une aire géographique donnée. Au-delà de son aspect technique, ce dispositif représente un projet d'intervention dans la communauté, visant à réduire les phénomènes de ségrégation et de stigmatisation attachés à la pathologie mentale. Ces secteurs constituent le système public gratuit de prise en charge psychiatrique.

Plusieurs structures médico-sociales participent à l'accueil et à la prise en charge de mineurs souffrant de troubles psychiatriques, en particulier les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les instituts médico-éducatifs (IME) ou encore les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

Freins à l'accès à la pédopsychiatrie et à la qualité des soins chez les enfants confiés

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 ne peuvent pas toujours transmettre **leurs antécédents personnels ou familiaux**, d'autant plus lorsque le carnet de santé n'a pas suivi l'enfant.

- Le **secret médical** peut s'imposer au médecin dans la mesure où les accompagnants ne sont pas les parents de l'enfant. En effet, le partage des informations tenues au secret devrait se limiter au strict nécessaire, et le médecin ne peut normalement pas communiquer l'intégralité des informations.(270)

- Les **changement fréquents de lieux de vie** entraînent, du fait de l'éloignement géographique ou de la **sectorisation**, des changements de structures de soins. Les secteurs de pédopsychiatrie ne correspondent souvent pas au découpage en circonscriptions des départements et donc des services de l'ASE. Les équipes de protection de l'enfance, étrangères au système de soin, peuvent éprouver des difficultés à s'y retrouver. Enfin le secteur de pédopsychiatrie dépend-il du domicile des parents, de la famille d'accueil, de l'institution ? Dans la pratique courante il semble que l'adresse du foyer ou de la famille d'accueil détermine le choix du secteur, dans une logique de proximité et de réseau. Quant aux foyers d'urgence destinés à être, en théorie du moins, provisoires, la sectorisation pose davantage question.

- Comme décrit précédemment il existe une **complexité dans le parcours de soins** avec responsabilité partagée entre parents, caregivers, travailleurs sociaux. Dans le rapport Euillet de 2016 sur les facteurs limitant l'accès aux soins chez les enfants placés à l'ASE il ressort que les **difficultés de collaboration avec le soin** psychique sont une constante tant dans l'absence de cadre, d'organisation, de partenariat

définissant précisément le rôle de chacun dans le dépistage, le diagnostic et le soin de ces enfants.(290)

- Les **difficultés organisationnelles** auxquelles sont confrontées les MECS, avec une augmentation des prises en charge de chaque enfant, peuvent rendre difficiles les accompagnements physiques aux suivis et l'investissement individuel d'un même éducateur pouvant se rendre disponible.(273)

- L'autorité parentale restant le plus souvent aux parents **l'accord parental** est essentiel pour les actes de santé non usuels, tels qu'un suivi psychologique ou pédopsychiatrique. Certains parents peuvent refuser, la psychiatrie pouvant être perçue comme stigmatisante ou renvoyer à des enjeux particuliers pour eux.

- Les enfants confiés sont couverts par la CMU et la CMU-C, cependant le temps de la mise en place des difficultés administratives peuvent compliquer l'accès aux soins, notamment en libéral. Les **avances de frais, les soins non remboursés, les dépassements d'honoraires** ne pouvant souvent pas être pris en charge par les parents c'est au Conseil Département de financer ces frais, avec un droit de regard sur ceux-ci.

- Enfin le rapport relatif à la situation de la psychiatrie des mineurs en France datant du 4 avril 2017 remis au sénat soulignait les difficultés de la spécialité en terme d'accessibilité avec des retards **de prise en charge, d'insuffisance de l'offre** en regard des besoins en augmentation liés à la hausse des demandes, **d'inégalités de la répartition territoriale** des structures, des lits d'hospitalisation, de la démographie médicale. La pédopsychiatrie est en effet confrontée à des sollicitations de plus en plus nombreuses avec une hausse des demandes de consultations, des appels à intervenir dans d'autres structures, à la nécessité de s'organiser dans la coordination avec les autres acteurs. D'autre part la déstigmatisation du recours à la psychiatrie et la notion de bien-être mental au-delà de la pathologie ont renforcé ces recours. Un psychiatre soulignait la nécessité de répondre à toutes ces demandes, même si la réponse pouvait être partielle. Ce rapport relevait de fait des temps sur liste d'attente pouvant s'élever à plusieurs mois, voire une année, neuf mois en moyenne dans les Bouches-du-Rhône pour les CMP.

La réduction du nombre de lits d'hospitalisation temps plein avec dix départements n'en comportant aucun n'était également notée, de même que l'attente pour accéder

à un hôpital de jour. Quant à l'accès pour les enfants pris en charge par l'ASE un médecin soulignait que "la pédopsychiatrie n'intervient souvent qu'en ultime recours, alors même que, face à des enfants gravement perturbés, un travail à long terme est nécessaire". La priorité à donner à certaines situations ne fait pas l'objet d'un consensus et dépend des pratiques médicales, ainsi certaines structures vont prioriser les demandes par gravité en faisant une place aux enfants de l'ASE, d'autres non. Cela pose aussi la question de la façon dont la pédopsychiatrie peut faire face à l'affluence des demandes pour ces enfants, une structure de secteur ne pouvant pas répondre à la totalité des besoins qui, pourtant, sont comme nous l'avons vu, particulièrement importants.

Données sur le recours à la pédopsychiatrie

Dans l'étude réalisée en Haute-Savoie 32% des enfants placés bénéficiaient d'un suivi psychiatrique contre 2,6% des enfants de ce département. Un tiers bénéficiait de prise en charge de type psychologique.(19)

Dans l'étude réalisée en Loire-Atlantique 14% des enfants avaient recours à un CMP, 3% à un psychologue en libéral, 6% au psychologue de l'ASE, 3% à un SESSAD. (20)

Dans l'étude réalisée dans le Maine et Loire 21% était suivis en CMP, 5% par un psychiatre libéral, 8% par un psychologue libéral, 11% par un psychologue de l'ASE. 57% des enfants au total bénéficiaient d'un suivi psychologique avec des taux plus élevés chez les 6-14 ans (73%). Les suivis étaient mensuels pour la moitié et hebdomadaires pour un tiers.(20)

Une étude dans les Bouches-du-Rhône sur le parcours de santé des enfants confiés retrouvait 17% des enfants suivis par un psychiatre.(289)

Une étude issue d'une thèse sur les soins psychiques reçus en fonction des modalités d'attachement d'enfants confiés et âgés de 3 à 5 ans retrouvait 36% d'entre eux recevant des soins, majoritairement en CAMSP, peu en structure hospitalière publique.(291)

Une fois les freins de l'accès aux soins pédopsychiatriques dépassés le médecin pourra orienter la prise en charge si elle nécessaire, en fonction des besoins. Il pourra se centrer sur l'enfant lui-même par un suivi pédopsychiatrique,
--

psychologique, ou indiquer une rééducation ou un soin ou structure en particulier. Il pourra également centrer la prise en charge sur la relation caregiver/enfant, ou encore proposer si cela est possible une prise en charge centrée sur la relation parents/enfants. Bien sûr dans l'idée de la prise en compte de l'écosystème dont dépend l'enfant l'idéal est de pouvoir combiner plusieurs de ces orientations, surtout lorsque la pluralité d'une équipe le permet.

II.5.3.3 Prise en charge centrée sur l'enfant

Nous avons déjà étudié les particularités susceptibles d'être rencontrées dans le développement de ces enfants et nécessitant une observation et une recherche clinique et anamnestique précises. La difficulté d'accès à l'histoire médicale et biographique de l'enfant rend par ailleurs difficile l'obtention de ces éléments. Certains pédopsychiatres rencontrent de façon systématique l'équipe référente ASE afin de compléter ces informations et de pouvoir jauger quel travail pourra se faire avec les parents et dans quelles conditions.(279)

En parallèle il s'agit d'avoir accès à suffisamment d'observations réalisées par l'assistante familiale ou l'éducateur référent, l'école, le centre aéré ou la crèche le cas échéant, l'informativité habituelle que peuvent fournir des parents étant dans ce cas impossible. La participation aux réunions de synthèse à la MDS et aux équipes éducatives en école, déjà évoquée, prend ainsi tout son sens.

Le risque est en effet grand de considérer tous les symptômes comme réactionnels dans un registre post-traumatique ou attachementiste en occultant une autre pathologie, ou à contrario de ne pas prendre en compte la part traumatique et la spécificité de leur mode de vie. Pour certains pédopsychiatres les prises en charge habituelles ne fonctionnent pas avec ces enfants et nécessitent des adaptations et des aménagements.(7)

La psychothérapie chez les enfants placés, des adaptations nécessaires ?

En effet certains médecins soulignent les spécificités liées à la clinique développementale des enfants confiés qui nécessitent des adaptations dans les traitements notamment psychothérapeutiques. Nous avons effectivement déjà développé

leur fréquente vulnérabilité quant aux capacités de mentalisation, de représentations, d'empathie, de régulation de soi, d'abstraction ainsi que la fragilité du langage oral.

Pour Berger les psychothérapies "classiques" à un rythme hebdomadaire ne fonctionnent pas avec les enfants confiés. Du fait de leur fonctionnement fréquemment clivé, voire en "faux-self" le psychothérapeute ne devient pas une personne signifiante pour l'enfant car il ne le rencontre pas à un rythme suffisamment rapproché et parce qu'il ne participe pas avec lui à certains moments de sa vie réelle. Ces enfants ne pourraient ainsi pas faire appel d'emblée à des mécanismes de représentation secondaire avant d'avoir établi un lien suffisamment signifiant. Ainsi le lien doit être **fréquent, engagé sur la durée** et l'écoute doit être celle d'un "**témoin impliqué**" qui doit également parler et nommer les affects complexes et contradictoires de l'enfant, condition nécessaire pour que celui-ci puisse en prendre conscience. Dans son hôpital de jour les enfants confiés étaient reçus de façon quasi-quotidienne par le même éducateur spécialisé, lui-même étant supervisé.

Il souligne par ailleurs que la plupart des théories utilisées habituellement par les thérapeutes ne fonctionnent pas face aux processus psychiques particuliers qui sont en jeu, et différents chez chaque enfant.(7)

D'autres **approches basées sur l'attachement** proposent que la relation thérapeutique peut contrer les croyances et attentes négatives issues des MIO de l'enfant vis à vis des autres et de lui-même en infirmant ses schémas interpersonnels problématiques. En effet ceux-ci peuvent se retrouver dans la relation thérapeutique "si je fais cela en thérapie il va se passer quelque chose de négatif", un changement dans les attentes peut alors se produire si les conséquences négatives ne se produisent pas. De la même façon exprimer sa colère avec le thérapeute peut être l'occasion de ne pas se faire rejeter mais au contraire de faire l'expérience de limites appropriées à son comportement agressif dans un cadre empathique et rassurant.(292).

Les pays anglo-saxons utilisent de plus en plus fréquemment des **thérapies orientées vers la résilience**, concept développé dans la partie II. Rutter souligne le rôle de l'étayage offert par les réseaux sociaux et l'environnement. Cela a pu conduire à développer des prises en charge en appui sur les groupes de pairs. Des thérapies

centrées sur la résilience se sont ainsi développées notamment dans l'idée d'activer les différentes strates de l'environnement de l'enfant susceptibles de contribuer à l'activation de son potentiel interne, par un cadre thérapeutique visant à une élaboration psychique permettant d'accompagner un changement dans les procédures d'ajustement au cours du développement de l'enfant avec l'importance accordée sur la revalorisation du sujet et l'importance de l'estime de soi.(293)

Mounier a détaillé sa pratique de la **cure analytique** avec les enfants confiés à une famille d'accueil et soutient la nécessité d'adapter celle-ci aux particularités des situations et des enfants confiés. Quitter la neutralité analytique en s'engageant fermement dans des positions touchant à la réalité extérieure de ces enfants a permis, selon lui, d'entraîner de vrais changements, au contraire de "pseudo-thérapies" qu'il qualifie de rassurantes pour le corps social mais sans forcément d'effets notables pour l'enfant. Pour lui la seule voie d'accès à la réalité inconsciente de l'enfant est souvent de prendre en compte ses problèmes réels.(279) Pour d'autres, au contraire, la thérapie doit offrir à l'enfant un lieu neutre, à distance de sa réalité difficile et envahissante.

Des thérapies spécifiques ?

Aux Etats-Unis il existe un programme spécifique, le "Promoting Safe and Stable Families Program" qui propose de d'abord prendre en charge les conséquences du traumatisme avant de traiter les pathologies psychiatriques sous-jacentes. Les auteurs ont montré dans leur cohorte de 14000 enfants placés que pour chaque traumatisme un enfant présentait 1,7 symptômes psychiatriques et 1,4 symptômes post-traumatiques. Ils différenciaient ainsi le traitement du traumatisme comme davantage centré sur le contexte, la sécurité, le soutien en favorisant le développement de mécanismes de protection, et moins centré sur la pharmacothérapie.(294)

Une approche par thérapie cognitivo-comportementale du jeu (CBPT) a également été proposée à des enfants placés, elle repose sur l'amélioration de la flexibilité cognitive avec modification des attentes par le recours à des expériences proposées dans un groupe de pairs, le thérapeute proposant le début d'une histoire qui est complétée par les enfants proposant différentes solutions et devant réfléchir sur les écarts entre

leurs prédictions et les résultats possibles. Offrir des possibilités divergentes mais plausibles entraînerait des modifications des MIO.(292)

Une revue de la littérature sur la santé mentale des enfants confiés retrouvait ainsi plusieurs thérapies spécifiques à ces enfants aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, dont la plupart ont été évaluées et montraient des résultats positifs en terme de réduction des symptômes dans une approche comportementale et plus ou moins cognitive.(23) Les interventions, adressées à des enfants de 7 à 15 ans en famille d'accueil étaient ciblées principalement sur l'attachement, la régulation des émotions, les compétences sociales et regroupaient des thérapies comme l'équithérapie, la méditation pleine conscience, l'art-thérapie, les TCC centrées sur l'anxiété ou la dépression.(295)

Les études mettaient en garde contre les risques de certaines méthodes non évaluées et potentiellement dangereuses telles que les thérapies de l'attachement par la contention.(296)

En France il n'existe pas, à notre connaissance, de thérapie spécifique aux enfants confiés évaluées. Si de tels protocoles sont difficiles à envisager de façon rigide ou "calquée" avec un risque d'uniformisation et de réduction de la complexité de chaque enfant, ils peuvent néanmoins être source de créativité dans un souci de disposer d'une palette d'outils thérapeutiques s'adaptant au plus près possible des besoins de chaque enfant.

La prise en charge des adolescents "difficiles"

L'adolescence a peu été détaillée de façon spécifique dans ce travail, la question des adolescents dits "difficiles" ou "incassables" étant une question à part entière, souvent étudiée et explorée par la littérature et les acteurs de terrain et regroupant de façon paradoxalement plus fluide les divers professionnels spécifiquement engagés sur cette question, même si les impasses restent nombreuses.(297) Nous avons tout de même étudié les facteurs de risque concourant à ces situations ainsi que les pathologies les plus fréquemment retrouvées.

En ce qui concerne leur prise en charge thérapeutique le recours aux pédopsychiatres est plus difficile devant un refus plus fréquent de consulter, ce sont finalement les pédopsychiatres des services d'hospitalisation, des urgences et de la liaison qui sont le plus souvent amenés à les prendre en charge.

Au-delà des décompensations de pathologies psychiatriques émergeant à l'adolescence telles que les troubles de l'humeur ou les troubles psychotique cette phase développementale est marquée par un besoin d'autonomisation et de réaménagement des liens d'attachement avec les caregivers. Les passages à l'acte deviennent de plus en plus spectaculaires, et les besoins de prise en charge peuvent dépasser le cadre des simples consultations, avec le recours à l'hospitalisation.

L'hospitalisation en pédiatrie est souvent difficile à réaliser du fait de l'absence d'accompagnant permanent lorsque le jeune est en foyer. Quant à l'hospitalisation en pédopsychiatrie nous avons déjà vu que le manque de lits rend difficile une admission, même programmée. L'hospitalisation ne doit pas non plus être une solution par défaut lorsqu'il n'y a plus aucun lieu de vie adapté à l'adolescent.

Une étude réalisée pendant un an dans un service d'hospitalisation temps plein de pédopsychiatrie retrouvait une sur-représentation des enfants et adolescents relevant de l'ASE avec des durées d'hospitalisation plus longues et une fréquence élevée de troubles externalisés. Les auteurs proposaient que plus de temps était nécessaire pour constater l'amélioration clinique en absence d'étayage familial, que la difficulté à trouver des solutions d'aval du fait du manque de structures à vocation sociale et de soins prolongeait la durée de séjour, de même que les défauts de coordination avec les interlocuteurs sociaux.³⁰

Cela peut conduire certaines équipes à proposer des hospitalisations de jour ou des **hospitalisations séquentielles** afin de travailler le lien de façon fiable et prévisible, en évitant les "abandons" et les "lâchages" institutionnels. L'accord parental reste indispensable.

L'hospitalisation séquentielle est en particulier utilisée dans les cas de troubles de l'attachement, par un travail de type psychothérapie institutionnelle.

Une équipe rapporte le rôle de base de sécurité que peut représenter leur service, à la fois pour l'adolescent et ses caregivers, pour lui permettre, entre les périodes d'hospitalisation, de se sentir suffisamment sécurisé pour reprendre son système

exploratoire. Trois infirmiers référents sont attribués à chaque adolescent pour toutes les périodes d'hospitalisations qui sont prévues sur le long terme et dont la possibilité d'un arrêt est réévaluée régulièrement par l'équipe de l'hospitalisation conjointement avec celle du suivi ambulatoire. Les caregivers sont reçus de façon au moins hebdomadaire. Le dispositif séquentiel permet de travailler dans le temps en constituant pour l'adolescent un espace contenant et apaisant devenant au fur et à mesure de la répétition des séparations et retrouvailles une représentation qui prend progressivement la place d'une réponse dans la réalité, renforçant comme nous l'avons déjà vu des capacités de représentation fragiles et modulant les MIO. Un travail de soutien et de restitution est par ailleurs fait auprès des caregivers sur le travail effectué avec l'adolescent pour leur permettre d'élaborer une représentation plus diversifiée de l'adolescent. La fin de la prise en charge peut être décidée lorsque l'adolescent parvient à mieux se représenter lui-même et les autres dans une relation plus accordée, lorsqu'il a pu nouer des liens d'attachement moins insécures à l'extérieur de l'hôpital, lorsque ses émotions sont mieux reconnues et contenues par lui-même ou avec l'aide de ses caregivers.(298)

Parfois avant d'arriver à de tels dispositifs l'adolescent a été fréquemment conduit aux **urgences pédiatriques ou psychiatriques** lors de passages à l'acte, à tel point que ce lieu a pu devenir un repère sécurisant pour eux. La prise en charge est alors souvent celle de la sédation en cas d'agitation ou de comportements hétéro-agressifs, au risque de parfois répondre davantage aux difficultés des caregivers prenant en charge l'adolescent. C'est pourquoi la prise en charge doit permettre de mettre des mots et du sens sur les actes du jeune en réfléchissant à plusieurs aux différents facteurs de la crise, et en renforçant les liens entre le socio-éducatif et le sanitaire en amont afin de limiter les situations de crise arrivant jusqu'à l'urgence.

La littérature retrouve entre 15 et 43% des consultants relevant des services de protection de l'enfance. ⁴⁰⁸

Pharmacothérapie

L'approche épidémiologique nous a montré que la prescription de psychotropes était particulièrement élevée chez les enfants et adolescents placés. L'importance de la prescription ne semble en lien ni avec l'importance du diagnostic, ni avec les

recommandations actuelles de bonnes pratiques. L'utilisation des neuroleptiques semble davantage reliée à la présence de troubles externalisés pouvant rendre difficile la vie en collectivité, notamment en institution.

Chez l'enfant le traitement médicamenteux n'intervient que très rarement en première intention, mais seulement en cas d'échec des autres traitements, notamment psychothérapeutiques. On peut supposer que la temporalité de la psychothérapie et de ses délais d'efficacité ne soient pas compatibles avec le maintien de l'enfant dans sa structure ou sa famille d'accueil.

La fréquence des troubles attentionnels conduit également à une forte prescription de psychostimulants, souvent en association avec d'autres psychotropes.(299)

L'accord parental ou à défaut l'accord du juge des enfants est nécessaire à la prescription.

La balance bénéfique/risque doit prendre en compte les effets indésirables potentiels, l'acceptation et la demande par l'enfant, la possibilité d'observance, de surveillance et d'observation clinique en fonction du milieu de vie, l'implication parentale, les enjeux susceptibles de se poser entre le caregiver et l'enfant, ainsi que leurs représentations vis à vis des médicaments.

II.5.3.4 Prise en charge centrée sur les relations de l'enfant

Les prises en charge centrées sur les relations de l'enfant avec son caregiver visent à accroître la sensibilité de celui-ci aux besoins de l'enfant.

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».(89)

Les études anglo-saxonnes sont nombreuses sur des programmes spécifiquement destinés aux caregivers des enfants confiés, notamment en famille d'accueil, et dont plusieurs ont été évalués.

Le Multi-dimensional Treatment Foster Care (MTFC) associe thérapie individuelle pour l'enfant, thérapie familiale, interventions scolaires, soutien, guidance parentale. Il est basé sur la théorie cognitivo-comportementale et a été évalué aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, en Suède, en Allemagne avec des résultats positifs sur les comportements de l'enfant vis à vis de la délinquance et des actes anti-sociaux, sur la consommation de toxiques, sur la diminution des symptômes dépressifs et des troubles mentaux bien que uniquement chez les filles. Néanmoins certains jeunes ne tenant pas dans le cadre du programme ont été exclus. (296)

Dozier a mené un essai contrôlé randomisé chez de très jeunes enfants en utilisant le programme ABC (Attachment and Behavioral Catch-up) basé sur des méthodes comportementales liées à l'attachement avec développement des compétences affectives, aide à la reconnaissance des émotions, aide à la gestion des comportements, sécurisation et renforcement positif des caregivers. Elle a montré après 10 semaines d'intervention une diminution du stress chez l'enfant par mesure du cortisol salivaire, une amélioration des interactions sociales et une diminution des comportements "problématiques" recensés dans un journal de bord quotidien (Parent daily report). (300)

Le programme Nurturing attachments parenting a été mis au point pour des parents adoptifs et d'accueil et retrouve après 18 mois d'intervention une diminution des scores au SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) évaluant le fonctionnement global de l'enfant. (301)

Si ces programmes possèdent des limites et sont davantage intégrés comme formation pour les caregivers que comme thérapie ils soulignent le lien entre relation enfant/caregiver, réponses aux besoins de l'enfant et effet thérapeutique. Ainsi la pédopsychiatrie peut s'inspirer de certains de ces résultats dans les soins proposés aux enfants confiés, par exemple sur le modèle actuel de la guidance interactive comme elle a pu être proposée dans les cas de prématurité. (302)

Quant à la relation parents/enfants celle-ci doit théoriquement être travaillée lors des visites médiatisées puisqu'il s'agit, comme nous l'avons détaillé précédemment, de son but premier. La pédopsychiatrie peut, en accord avec le reste des intervenants et selon les dispositions légales du placement, proposer ce type de travail mais il est rare que les thérapeutes parviennent à accéder aux parents. Ceux-ci peuvent tout de même être intégrés à la prise en charge au moins sur le plan symbolique.

II.5.4 Exemples de partenariats formalisés et de structures dédiées

Bronsard souligne dans ses travaux que s'il est "risqué de construire des dispositifs de soin spécifiques et réservés aux Adolescents du Social. Il apparaît tout aussi risqué, pour eux, de ne rien proposer qui soit adapté à leur situation".(6) Il plaide pour que ces enfants et adolescents aient une place aménagée au sein de dispositifs non spécifiques.

Notre revue de la littérature retrouve quelques expérimentations, structures, équipes, initiatives tentant de répondre aux besoins spécifiques de cette population d'enfants. Cette description n'est bien sûr pas exhaustive.

A Paris un dispositif pilote d'équipe mobile de pédopsychiatrie a récemment été conçu pour évaluer sur le terrain les besoins de soins des adolescents dits "difficiles" en favorisant leur orientation vers le secteur pédopsychiatrique en intervenant sur demande des éducateurs ASE. (303)

A Paris également la Consultation Filiation, Consultation Médico-Psychologique (COFI-CMP) créée dans les années 2000 propose des consultations et des supervisions sur demande des équipes ASE ou de placement familial, ou sur demande des magistrats (expertises) afin de soutenir la réflexion à propos des orientations possibles pour un enfant.

Bronsard souligne que les Maisons des Adolescents (MDA) sont des dispositifs innovants dans le travail en réseau et sont sollicitées en grande majorité par les professionnels socioéducatifs sans solution pour les adolescents qu'ils accompagnent. Elles doivent veiller à la continuité de la prise en charge, en évitant les conflits inter-institutionnels, en organisant des prises en charge en amont ou en aval de la crise où tous les professionnels restent impliqués. (304)

A Nice la SIPAD (Structure intersectorielle pour adolescents difficiles) propose des hospitalisations pédopsychiatriques en secteur fermé et associe PJJ, éducation nationale et ASE.

A Aix-en-Provence le Relais RESADOS associe le Conseil Départemental, l'ASE, la PJJ et le Centre Hospitalier Spécialisé Montperrin. Il propose des interventions mobiles d'accompagnement et de soutien des adolescents difficiles au sein des institutions.

Le "Fil d'Ariane" à Lille, structure de l'association SPReNe Lille Métropole, accueille à la journée ou la demi-journée des enfants confiés avec leurs parents mais aussi avec leur assistante familiale ou leur référente de pouponnière, permettant une prise en charge précoce axée sur l'attachement et le lien parents/enfants sans se substituer au travail pouvant être fait lors des visites médiatisées. Il s'agit d'une collaboration PMI/ASE/pédopsychiatrie avec coordination de la structure par une pédopsychiatre. (305)

Un CAMSP a proposé durant un an un groupe thérapeutique fermé basé sur une méthodologie systémique associant groupe d'assistantes familiales, groupe d'enfants et thérapie individuelle à des enfants de moins de 6 ans confiés à l'ASE et présentant des troubles du comportement ou du développement.(306)

Si ces dispositifs n'ont pas fait l'objet d'évaluations scientifiques les effets positifs ont été constatés par les usagers et les professionnels, et soulignent que la créativité est indispensable face à ces situations déstabilisantes et "hors normes".
--

Les unités d'AFT sont des structures sanitaires de pédopsychiatre intégrées au sein de l'association RIAFET (Réseau d'Intervenants en Accueil Familial d'Enfants à dimension Thérapeutique) et qui se sont développées depuis les années 1960. Elles accueillent sur l'ensemble de la France un peu moins de 800 enfants placés sur décision administrative ou judiciaire dont les parents souffrent de psychopathologies durables. Elles visent à assurer continuité et stabilité de l'accueil en prenant appui sur les travaux de Soulé, David et Rottman. Les enfants sont admis sur indication médicale pour des soins préventifs et curatifs de pathologies psychiques et relationnelles en lien avec des troubles des interactions précoces. Cette indication s'appuie sur une évaluation pluridisciplinaire du contexte familial, regroupant PMI, services sociaux, pédopsychiatrie, justice, éducation nationale, et concluant à l'intérêt thérapeutique d'un environnement familial de suppléance avec séparation parents/enfant et d'un soin du lien parents/enfant reconnu comme pathologique. Les familles d'accueil (FA) sont recrutées par l'hôpital et la gestion du placement, y compris des visites méditées, se fait par l'équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatre, infirmier, éducateur, psychologue, assistante sociale) avec des référents de soins s'occupant d'un nombre limité d'enfants et dont les moyens sont ajustés à leurs fonctions spécifiques auprès

des familles d'accueil, des parents, des enfants selon des principes de psychothérapie institutionnelle. La sécurisation apportée à la FA par l'équipe permet l'accueil des manifestations de la psychopathologie relationnelle lors de la réactualisation de l'histoire traumatique et permet que celles-ci ne viennent pas briser la continuité de l'accueil et des nouveaux liens par la répétition des carences, maltraitements et abandons. L'enfant peut alors s'engager dans un processus de transformation des représentations et des mécanismes de défense.

Les dispositifs d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) ont récemment été évalués par une étude rétrospective précédemment décrite dans les études de devenir, et dont les résultats soulignent l'importance de s'inspirer de ces dispositifs et des principes qui y sont appliqués.(264)

Ainsi l'approche écosystémique permet de proposer une modélisation de l'écosystème de l'enfant confié en resituant celui-ci au cœur d'un partenariat au sein duquel la pédopsychiatrie peut trouver sa place. Des adaptations de prises en charge ou des créations pensées spécifiquement pour ces enfants peuvent permettre d'améliorer la qualité des soins de même que la prise en compte des besoins de chacun. Cela ne peut se faire sans garder à l'esprit les risques liés à la stigmatisation ou à la médicalisation, d'autant que les approches actuelles par la résilience sont prometteuses.

Si la revue de la littérature nous apporte un certain nombre de réponses aux problématiques soulevées nous constatons que peu d'études ont été réalisées "sur le terrain". Face à ce constat nous avons élaboré le protocole de la recherche ECCLORE (Enfants Confiés : Clinique déveLOppementale et RElation éducateurs-soignants) présenté dans la partie suivante.

III. Protocole ECCLORE et protocole d'évaluation des pratiques

III.1 Etapes préliminaires à l'écriture du protocole

Avant de rédiger et soumettre le protocole de la recherche ECCLORE les différents membres de l'équipe du Centre Médico-Psychologique concerné ont été interrogés afin de recueillir leurs avis et remarques sur la pertinence du projet de s'intéresser à la clinique développementale et au partenariat à l'œuvre chez les enfants confiés et suivis au CMP. Les considérations éthiques qui ont été soulevées étaient surtout liées à l'attention à porter aux conséquences éventuelles de la recherche sur les enfants et sur ce que chaque professionnel pouvait apporter en fonction de sa profession et de ses compétences. Ainsi la méthodologie devait être la moins interventionnelle possible et impliquer de façon pluridisciplinaire l'orthophoniste, la psychomotricienne, les psychologues, et les médecins pédopsychiatres.

Par la suite la direction de l'ASE, de la PMI du département et le médecin référent de la protection de l'enfance du département ont été sollicités afin de s'assurer des dispositions légales liées aux accords parentaux et de s'assurer de la pertinence du projet. Il a été décidé qu'en absence de délégation d'autorité parentale les parents devaient être informés et ne pas s'opposer à l'utilisation des données relatives à la santé de leur enfant même en absence d'intervention directe sur ceux-ci.

Les directions des MECS du secteur géographique couvert par le CMP ont été rencontrées, les mêmes précautions éthiques ont été soulevées ainsi que les précautions liées à l'abord des éducateurs ne devant pas s'imaginer être soumis à une logique d'évaluation de leurs pratiques ou de leurs connaissances. Ainsi notre méthodologie gagnerait à étudier le partenariat en se recentrant sur celui-ci dans l'intérêt de l'enfant et de ses besoins de soins. Par ailleurs ils nous ont signifié l'importance d'un retour réunissant soignants et éducateurs sur les résultats relatifs aux entretiens afin d'améliorer le partenariat.

Notre revue de la littérature n'a pas retrouvé de questionnaires relatifs aux attentes et représentations réciproques de soignants et éducateurs sur leurs partenariats, ainsi nos grilles d'entretien ont reposé sur l'observation d'une rencontre organisée par un centre hospitalier spécialisé (le Centre Hospitalier Spécialisé de Valvert à Marseille) réunissant éducateurs et soignants de pédopsychiatrie à propos de ces questions.

De ce protocole a été extrait un protocole d'évaluation des pratiques concernant uniquement les soignants et le partenariat avec les éducateurs dont les résultats pourront être présentés et discutés.

III.2 Protocole

Ce protocole concerne l'étude ECCLORE : étude sur les enfants d'âge scolaire confiés à la protection de l'enfance et recevant des soins au sein d'un CMP, évaluation approfondie de leur clinique développementale et enquête sur le partenariat entre la pédopsychiatrie et les éducateurs référents de ces enfants.

1) Justification

Ce protocole part du constat que les enfants confiés représentent environ 10% de la file d'attente de notre Centre Médico Psychologique. Cette étude se justifie par le faible nombre d'études françaises réalisées parmi la population d'enfants confiés à l'ASE ne permettant pas d'ajuster les moyens aux besoins qui semblent pourtant en augmentation. La clinique développementale a été abordée sous l'angle épidémiologique dans la littérature mais peu en détail sous un angle clinique. L'association au partenariat avec les caregivers se justifie par sa nécessité pour proposer un soin cohérent pour tous. Le choix des enfants d'âge scolaire se justifie par la meilleure connaissance des périodes pré-scolaire et de l'adolescence, qui sont mieux documentées par la littérature, ainsi que par l'intérêt de dépister des troubles pouvant se révéler à l'adolescence de façon davantage spectaculaire. Les détails de la justification de cette étude découlent de notre revue de la littérature.

2) Objectifs

L'objectif principal est de décrire le profil développemental (sur le plan affectif, cognitif, orthophonique, psychomoteur) des enfants placés en âge scolaire ayant été victimes de négligences ou maltraitances pour adapter les soins proposés.

Les objectifs secondaires sont de décrire le partenariat entre éducateurs et soignants de pédopsychiatrie (attentes et représentations réciproques) pour la mise en place des soins et de comparer sur le plan développemental la population d'enfants ayant subi une maltraitance active avec les enfants négligés.

3) Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude de méthodologie mixte utilisant à la fois une méthodologie quantitative et qualitative.

La partie quantitative consiste en une étude observationnelle, transversale, descriptive, sur des données anonymisées concernant une population d'enfants en âge scolaire placés en MECS et suivis au sein d'un CMP de psychiatrie infanto-juvénile. Il s'agit d'une recherche qui porte sur des données recueillies dans le cadre du soin. En effet tous les enfants suivis au CMP bénéficient initialement d'un ensemble de bilans et d'évaluations pour déterminer les soins à proposer. Pour l'étude, les dossiers seront collectés à l'issue de l'évaluation initiale. Les données seront extraites à partir du dossier patient.

La partie qualitative consiste en une étude à base d'entretiens semi-directifs à destination des éducateurs et des soignants en pédopsychiatrie des enfants confiés. Ceux-ci seront interrogés individuellement pour déterminer le partenariat possible pour la mise en place des soins.

4) Population

Effectif :

Pour la partie quantitative l'objectif est d'étudier un minimum de 20 dossiers ce qui nécessite, au regard de l'activité habituelle, une période de collecte de dossiers de 2 ans.

Pour la partie qualitative seuls les éducateurs et soignants des enfants - dont les dossiers seront évalués - seront interrogés.

Critères d'inclusion des dossiers :

Seront inclus les dossiers des enfants :

- Agés de 6 à 11 ans
- Bénéficiant ou ayant bénéficié d'un placement sur décision administrative ou judiciaire en MECS
- Ayant subi une négligence ou une maltraitance active
- Bénéficiant ou ayant bénéficié d'une évaluation ou d'un suivi au sein du CMP

- Avec accord des titulaires de l'autorité parentale : la non opposition à l'utilisation des données pour la recherche est recherchée de manière systématique dans le service de même que le consentement aux soins des parents. Mais après discussion avec la PMI et l'ASE du département des Bouches-du-Rhône, il a été convenu de rechercher pour cette étude en plus l'accord des deux parents compte tenu du fait que la plupart des parents dont les enfants sont confiés conservent l'autorité parentale. En cas d'impossibilité à obtenir la réponse d'un parent il a été convenu que l'accord d'un seul parent suffirait pour utiliser les données issues du dossier de l'enfant.

Seront inclus les éducateurs et soignants :

- éducateurs référents des enfants inclus
- pour les soignants : les psychologues et pédopsychiatres du CMP prenant en charge l'enfant
- Ayant donné leur accord pour la participation à l'étude

Sélection des dossiers

L'ensemble des dossiers des enfants placés, négligés ou maltraités, ayant consulté au sein du CMP sera inclus. Il n'y aura pas d'échantillonnage. L'objectif est de faire une évaluation sur 20 dossiers minimum ce qui nécessitera une période de 2 ans. Sera étudié l'ensemble des données issues des bilans non invasifs d'évaluation.

L'inclusion des éducateurs référents et des soignants se fera une fois le dossier de l'enfant inclus, chaque éducateur et soignant référent de chaque enfant sera inclus dès lors qu'il répond à l'ensemble des critères d'inclusion et les entretiens seront réalisés dans les 6 mois suivant l'inclusion.

Si l'éducateur ou le soignant ne souhaite pas être interrogé le dossier de l'enfant sera analysé sans la partie qualitative.

5) Données recueillies

Dans le dossier de l'enfant seront recueillies les données relatives à son profil sociodémographique et anamnestique : éléments biographiques, antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques, parcours de soin, scolarité, parcours de placement, antécédent de maltraitance active et/ou négligence.

Seront également recueillies les données relatives à son profil clinique et psychopathologique: guide d'entretien standardisé et échelles standardisées, bilan orthophonique, bilan psychomoteur, évaluation psychologique. Le contenu de ces items est le suivant :

- **K-SADS-PL DSM V 2016** (*Schedule for affective Disorders and Schizophrenia for School age Children Present and Life Time version*) (307): outil standardisé et validé par la littérature il s'agit d'un entretien diagnostique semi-structuré pour évaluer les troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent (6-18 ans). Il comporte une évaluation dimensionnelle et catégorielle des symptômes des épisodes actuels et passés de psychopathologie, afin de poser un ou plusieurs diagnostics selon les critères DSM-5. Il comprend un entretien avec le(s) parent(s) d'une part et l'enfant / l'adolescent d'autre part. Dans notre étude ce sera l'éducateur qui participera à l'entretien. Il se termine par une synthèse de la part de l'évaluateur incluant toutes les sources d'information et selon son meilleur jugement clinique en cas de discordance. La première partie de K-SADS-PL comporte l'entretien de dépistage. Selon cette première évaluation, des items spécifiques de cinq suppléments seront proposés concernant les troubles (1) de l'humeur, (2) psychotiques, (3) anxieux, (4) neurodéveloppementaux, (5) alimentaires et addictifs. Les critères exigés pour un diagnostic DSM-5 sont donnés pour chaque diagnostic, permettant ainsi de poser des diagnostics actuels et passés.

- **échelle STAI-C** (*State and Trait Anxiety inventory for Children*) (308) : échelle d'auto-évaluation validée en français, de l'anxiété chez les enfants entre 8 et 12 ans. Le score global varie entre 20 et 60. La note seuil définissant une anxiété pathologique est de 34.

- **échelle CDI** (*Children Depression Inventory*) (311) : échelle d'auto-évaluation de 7 à 17 ans, validée en français, évaluant spécifiquement la symptomatologie dépressive. Un score total est calculé par la somme de tous les items : il s'étend de 0 à 54. On considère que des scores supérieurs à 15 sont évocateurs d'épisodes dépressifs d'intensité sévère.

- **quotient d'empathie (EQ)** (309): validé en langue française, cet outil permet d'évaluer le niveau d'empathie, il s'agit d'un hétéro-questionnaire rempli par les parents (ici par les éducateurs), qui mesure les capacités d'empathie de leur enfant à travers 40 énoncés reprenant des expériences de la vie quotidienne pour lesquelles les capacités d'empathie sont mobilisées. Le score maximal est donc de 80 points avec un cut-off à 30 au-dessous duquel se situeraient 80 % des enfants avec trouble du spectre autistique sans déficit intellectuel.

- **WISC V** (310) : échelle d'évaluation de l'intelligence. La nouvelle version de l'échelle de Wechsler intègre les nouvelles données issues de la recherche en neurosciences afin d'explorer les différents processus impliqués dans l'apprentissage. L'ICV (indice de compréhension verbale) met en œuvre la mémoire sémantique, l'IVS (indice visuo-spatial) fait appel à l'intelligence dite visuelle, l'IRF (indice de raisonnement fluide) évalue la résolution de problème, l'IMT (indice de mémoire de travail), l'IVT (indice de vitesse de traitement) mesure la rapidité cognitive et les capacités visuo-constructives.

- **Test des faux pas** (311) : épreuve de théorie de l'esprit développée par S. Baron-Cohen et son équipe, traduit et validé en français. Vingt histoires inspirées de la vie quotidienne et comprenant des maladroits sociaux sont racontées à l'enfant et des questions lui sont posées à la fin afin d'évaluer sa compréhension et la détection de ces faux pas.

- **Epreuve de Perception Sociale de la NEPSY 2** (312) : batterie d'évaluation neuropsychologique des enfants de 5 ans à 16 ans et évaluant 6 domaines : attention et fonctions exécutives, mémoire, langage, fonctions sensori-motrices, fonctions visuo-spatiales, perception sociale. Une note "brute" est ensuite comparée avec les résultats des enfants de la tranche d'âge pour obtenir une note standardisée.

- **MABC 2** (313) : batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant évaluant les compétences motrices de l'enfant entre 3 et 16 ans, le test fournit des données quantitatives objectives et des données qualitatives révélant de quelle manière l'enfant réalise l'action.

- **Le rythme (NP-MOT) (314)** : batterie d'évaluation des fonctions neuropsychomotrices de l'enfant, des capacités auditivo-visuo-kinesthésiques et d'intégration sensori-motrice rythmique.

- **Le test du bonhomme de Royer** : évaluation des capacités à représenter un bonhomme par étalonnage en quartiles en fonction de l'âge réel et du sexe, on observe alors la moyenne attendue à l'âge correspondant de l'enfant

- **Le Profil Sensoriel de Dunn (315)** : évalue les troubles sensoriels de l'enfant à partir de l'observation de sa vie quotidienne. Il est rempli par le parent (ou ici l'éducateur référent) Une note brute totale est obtenue et comparée aux notes seuils.

- **Exalang** : batterie informatisée standardisé d'évaluation du langage oral et des fonctions cognitives qui permet d'obtenir une évaluation détaillée du langage oral et écrit (traitement visuo-attentionnel, phonologie, entrées visuelles et auditives, mémoire, lecture, orthographe). La cotation s'effectue par un calcul immédiat des résultats en note standard, écart type, et percentile.

- **La chute dans la boue, sous épreuve de la N-EEL (316)** : le subtest "La chute dans la boue" évalue le niveau pragmatique du langage de l'enfant et offre une analyse des aptitudes morphosyntaxiques, élément essentiel dans le diagnostic des troubles de la production. L'observation lors de la passation permet une évaluation du comportement narratif - descriptif ou imaginaire - ainsi que des capacités narratives de l'enfant.

Lors des entretiens semi-dirigés les données seront recueillies à partir de guides d'entretiens élaborés, en l'absence de données de la littérature, à partir de rencontres avec des éducateurs et des soignants n'intervenant pas dans la prise en charge des patients. Ces guides d'entretien comportent 20 questions principales (divisées en 3 sous-questions) pour les éducateurs et 15 questions pour les soignants. Un questionnaire complémentaire recueille les données sociodémographiques des soignants et éducateur. Seront recueillis : l'âge, le sexe, la profession, le nombre d'années d'expérience, formation.

Concernant les soignants les données seront relatives à leurs attentes vis à vis des

éducateurs, à leur perception des attentes des éducateurs, à leurs représentations en termes de soins à apporter à ces enfants. Concernant les éducateurs les données seront relatives à leurs attentes vis à vis du soin pédopsychiatrique, à leurs perceptions des attentes des soignants, à leurs représentations des besoins des enfants et de leurs moyens pour y répondre.

6) Déroulement de l'étude

Pour la partie quantitative, les données issues du dossier patient seront colligées dans un dossier Excel qui ne comportera aucun élément d'identification directe. La base de données sera complétée par les médecins impliqués dans l'étude. Dans la base de données, les dossiers seront identifiés par un numéro d'ordre établi chronologiquement par la date de consultation initiale au CMP.

Pour la partie qualitative, les entretiens semi-directifs auprès des éducateurs et des soignants seront réalisés par le même enquêteur, formé à la technique de l'entretien, à l'aide d'un guide d'entretien testé préalablement auprès des éducateurs et soignants n'intervenant pas dans l'étude. Une prise de note manuelle sera réalisée lors de chaque entretien. Les données seront anonymisées. Les entretiens se dérouleront, après accord des directeurs de structure, sur le lieu de travail des professionnels interrogés pour limiter leurs contraintes organisationnelles.

Ces entretiens seront réalisés après sélection du dossier de l'enfant.

Un retour aux participants sera effectué sur les résultats relatifs au partenariat.

7) Méthodes statistiques

Pour la partie quantitative l'analyse statistique sera principalement descriptive. Les variables qualitatives seront décrites par le nombre et le pourcentage de patients pour chaque donnée recueillie (population totale et par groupe). Les variables quantitatives seront décrites par la moyenne, l'écart type, la médiane, le minimum, le maximum. Il y aura également une analyse comparative des profils des enfants maltraités de façon active et des enfants négligés. Les pourcentages seront comparés à l'aide du test exact de Fisher. Les variables quantitatives seront comparées à l'aide du test de Mann-Whitney. Le seuil de signification est fixé à 0.05 en situation bilatérale.

Pour la partie qualitative les entretiens semi-dirigés feront l'objet d'une analyse traditionnelle de contenu thématique. Cette analyse de contenu se définit par : « *une méthode ayant pour objectif la normalisation et la description de données à contenu sémantique, c'est-à-dire une décomposition du corpus en unités de signification selon une grille ou code d'analyse* ». Elle consiste dans un premier temps en une lecture attentive des retranscriptions de chaque entretien, permettant d'isoler les thèmes liés aux représentations étudiées et dans un deuxième temps, à chercher sur l'ensemble des entretiens les thèmes communs afin d'isoler des domaines de sens (Reinert 1986, Souville et al., 2001).

8) Aspects éthiques et réglementaires

Ce projet a été soumis à l'avis du Comité d'éthique de AMU (Aix Marseille Université) et a été soumis au Portail d'Accès aux Données de Santé (PADS) le 19 juillet 2019. Il est actuellement accompagné par la DRCI (direction de la recherche clinique et de l'innovation) de l'établissement en vue d'un CPP (comité de protection des personnes).

Une fiche d'information des objectifs et des modalités de cette étude sera remise aux titulaires de l'autorité parentale ou aux substituts parentaux et leur non-opposition sera consignée dans le dossier. Une fiche d'information sera également remise aux soignants et éducateurs interrogés et leur non-opposition sera recueillie et conservée. Ils seront informés de leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

S'agissant d'une étude sur données, cette étude rentrera dans le cadre de la méthodologie de référence MR-003 de la CNIL. L'identification des patients restera strictement au niveau de l'équipe de soins. Les données anonymes seront traitées au sein du même établissement de santé.

III.3 Résultats d'une enquête d'évaluation des pratiques

III.3.1 Méthodologie

Du protocole précédent a été extrait une enquête d'évaluation des pratiques en conservant **la même méthodologie qualitative déjà décrite et les mêmes dispositions éthiques, réglementaires et légales.**

Les entretiens semi-dirigés ont été proposés sur la base du volontariat aux soignants du CMP et aux éducateurs des MECS par l'intermédiaire de leur direction.

L'objectif était le même que celui décrit précédemment à savoir évaluer le partenariat actuel entre soignants et éducateurs, les attentes et représentations réciproques et les perspectives d'amélioration. Les soignants ont aussi été interrogés sur leurs pratiques auprès des enfants en situation de placement et leurs représentations du soin chez ces enfants. Un retour commun est prévu sur les conclusions et ouvertures de cette étude. Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes, n'ont pas été enregistrés afin de les rendre plus acceptables par les éducateurs, se sont déroulés au CMP pour les soignants et dans les MECS pour les éducateurs.

Pour plus d'informativité les soignants ont été interrogés sur leur pratique avec les enfants confiés que ceux-ci soient en famille d'accueil ou en MECS et sur le partenariat qu'il soit avec les éducateurs de MECS ou avec les assistants familiaux (le terme "caregivers" regroupant ces deux professionnels). En revanche pour des raisons pratiques seuls des éducateurs de MECS ont pu être interrogés. Les résultats relatifs aux réponses des soignants concerneront donc à la fois les assistants familiaux et les éducateurs de MECS, en revanche les résultats relatifs à la confrontation entre soignants et éducateurs ne concerneront que ce partenariat.

Il faut enfin préciser qu'éducateurs et soignants ont été interrogés dans leur pratique de façon générale et non avec une structure de soin ou une MECS en particulier.

III.3.2 Résultats concernant les soignants

1) Population

Six soignants ont accepté de participer aux entretiens dont trois hommes et trois femmes et dont trois médecins et trois psychologues. L'âge moyen était de 46,5 ans, le nombre moyen d'années d'expérience était de 19,8 ans et le nombre moyen actuel d'enfants confiés parmi la patientèle de chaque soignant était de 7 enfants.

2) Clinique développementale

Les questions étaient posées dans le sens de leurs constatations au cours de leur pratique et non sur leurs connaissances théoriques.

Sur l'existence d'une clinique commune tous les soignants constataient des points communs entre leurs jeunes patients confiés à l'ASE mais réfutaient l'idée d'une clinique commune et généralisée. Les psychologues rapportaient davantage d'éléments dimensionnels liés à la **régulation des émotions** et aux particularités des **transferts et contre-transferts** souvent investis soit massivement soit pas du tout, ainsi que la fréquence des **clivages**.

Les pédopsychiatres, eux, citent plutôt des psychopathologies au premier rang desquelles figurent les **troubles de l'attachement** (cités par tous), la clinique des violences, de l'anxiété, et du traumatisme.

Sur l'existence de particularités dans le développement le plan **cognitif** est cité par tous les répondants notamment sur le manque de disponibilité pour **les apprentissages** (5/6), des capacités de **réflexivité** (2/6), de l'atteinte des **fonctions exécutives** (1/6), d'une hétérogénéité cognitive (2/6). Le plan **psycho-affectif** n'est cité que par la moitié des répondants et cette réponse est globalement peu développée (les difficultés interpersonnelles sont citées). Un répondant cite le développement **somatique** notamment les retards staturo-pondéraux. Les autres dimensions du développement ne sont pas abordées.

3) Place de la pédopsychiatrie

Concernant la légitimité de la pédopsychiatrie : **la totalité des répondants estime qu'il s'agit de son rôle** que de participer à la prise en charge des enfants confiés même si une réponse précise qu'elle ne peut pas s'y consacrer. Les raisons évoquées sont liées aux missions de la pédopsychiatrie. Deux soignants soulignent que les enjeux relatifs à leur santé psychique répond à un **problème de santé publique**.

A la question "joue-t-elle son rôle ?" les avis sont partagés, 2 répondent "pas suffisamment", 3 répondent "non" et 1 répond "oui". Les raisons évoquées sont **extérieures mais aussi inhérentes à la pédopsychiatrie** : absence d'invitation aux synthèses de l'ASE, manque de sollicitations, obstacles pratiques notamment organisationnels, offre de soins insuffisante par rapport aux besoins, spécialité débordée de nouvelles demandes ou davantage tournée vers les pathologies neurodéveloppementales, médecins moins intéressés ou réticents à s'engager, pratique trop idéologique.

Concernant la systématisation du recours à la pédopsychiatrie : de façon générale les soignants marquaient une différence entre l'évaluation pédopsychiatrique et la nécessité de suivi, en se recentrant sur les besoins de l'enfant. **5 sur 6 pensaient que l'évaluation devrait être systématique** du fait de la vulnérabilité et des **facteurs de risque** liés aux expériences de vie précoce dans un but de repérage de la pathologie mentale ou de la souffrance afin de permettre des prises en charge. En revanche **aucun** n'estimait que le suivi devrait être systématique du fait des capacités de résilience non prévisibles, de la nécessité d'un besoin ou d'une demande et de l'intérêt de proposer les soins à un moment où l'enfant est capable de les recevoir.

Cette question a engendré des hésitations chez la majorité des soignants pour qui il semblait difficile de répondre positivement à la nécessité d'évaluation systématique. La plupart d'entre eux a ajouté des précautions spontanément comme le fait qu'elle pouvait rester unique ou le risque de **pathologiser**. Un médecin rappelait l'importance d'y associer une évaluation somatique et pédiatrique.

4) Prise en charge thérapeutique

Sur la question des adaptations nécessaires dans les soins les réponses sont peu tranchées. **La nécessité d'adaptations dans le cadre des soins semble faire davantage consensus que dans leur contenu.**

La nécessité de flexibilité et **d'assouplissement du cadre** est citée. L'adaptation de la temporalité est soulignée par la moitié des soignants qui propose une **intensification** de la fréquence (proposition à 2 fois par semaine), et des thérapies **parfois plus longues**. Plusieurs insistent sur l'importance de **la régularité** et de la stabilité de la prise en charge, comme repère de temps et de lieu dans un environnement souvent instable

Sur le contenu aucun soignant ne pense devoir l'adapter même si l'un d'entre eux propose un abord d'abord groupal avant l'approche individuelle. Un autre rappelle l'importance de traiter les co-morbidités (orthophonie, psychomotricité etc.), certains enfin rappellent l'importance et de faire le diagnostic différentiel entre troubles neurodéveloppementaux et émotionnels (2/6).

5) Difficultés dans la prise en charge

Tous les soignants disent éprouver des **difficultés** lors de ces prises en charge

- relatives **à l'enfant** : difficultés d'investissement de la psychothérapie (trop ou trop peu) citées par toutes les psychologues, fragilités cognitives avec déficit de réflexivité
- relatives **à l'impact chez le soignant** : impression d'être "balloté" ou "trimbalé" comme l'enfant, angoisses liées aux décisions de fin de thérapie ou de suivi
- relatives **à l'élaboration d'hypothèses diagnostiques** : difficulté de prendre en compte la dynamique environnementale, absence d'éléments anamnestiques ou biographiques, mauvaise connaissance de l'enfant
- relatives **à l'organisation pratique** : rendez-vous non honorés, retards, pas de travail préparatoire écrit d'équipe en amont des consultations, pas toujours d'application des préconisations de soin

6) Travail avec les parents, les caregivers, la psychologue de la MECS

Les parents sont globalement intégrés dans la prise en charge (5/6). Les dispositions légales encadrant les rencontres parents/enfant sont source de préoccupation pour deux d'entre eux. Sur les modalités de travail avec les parents les psychologues sont soucieuses de préserver l'espace thérapeutique de l'enfant et préfèrent redistribuer les rôles avec renvoi de ce travail sur le plan médical. Les pédopsychiatres proposent tous une rencontre physique à l'occasion de la demande d'accord parental pour les soins. Un des médecins rencontre les parents en présence des référents du foyer. Un autre souligne que cet entretien est l'occasion d'évaluer la présence d'une éventuelle psychopathologie parentale à prendre en compte dans la prise en charge de l'enfant.

Les caregivers sont également intégrés dans la prise en charge (6/6) même si un soignant précise que ce n'est pas de façon systématique. Les raisons évoquées sont liées à leur rôle **d'information et d'observation** de l'enfant, à leur **place en première ligne** dans l'écosystème de l'enfant, mais aussi à **leurs propres besoins** supposés, notamment de guidance et de soutien. Un soignant ajoute cependant un risque lié à une **parole parfois abrupte** du caregiver qui peut enfermer l'enfant ou être trop intrusive vis à vis de la thérapie. Sur les modalités de travail avec les caregivers la moitié propose que ce rôle soit redistribué sur le médecin. Pour les autres il s'agit d'entretiens réguliers ou occasionnels (un répondant cite une fréquence de 2 fois par an), parfois de liens téléphoniques. Un répondant intègre systématiquement un temps de consultation commune.

Le travail avec la psychologue de MECS fait davantage débat. Il semble que sa **place et ses rôles vis à vis de la MECS et vis à vis des soignants extérieurs ne soient pas clairement définis** pour l'ensemble des soignants interrogés. Ils sont d'accord sur son rôle d'évaluation de la possibilité pour l'enfant de s'engager dans les soins et sur l'absence de prise en charge individuelle au sein de la structure. En revanche ils se questionnent sur les modalités et possibilités d'une collaboration effective. Ils attendent un travail commun d'élaboration sur les résistances de l'enfant et des observations fines, notamment par des écrits; et s'inquiètent de la difficulté de préserver l'espace personnel thérapeutique de l'enfant

7) Difficultés avec les caregivers

Tous les soignants rapportaient des difficultés dans le travail avec les caregivers (6/6).

- Liées **au caractère professionnel** des caregivers (3/6) : exigences supérieures de la part des soignants envers eux, confusion entre l'affectif et le professionnel, parfois mauvaise connaissance de l'enfant
- Liées à **leur place** (2/6) : besoin de contrôle pouvant s'exprimer par de la rivalité, spécificités de la parentalité d'accueil
- Liées aux **contraintes du fonctionnement institutionnel** (6/6) : turn-over des éducateurs, impossibilité de travailler avec le même éducateur, logistique au premier plan, jeune parfois non accompagné au rendez-vous, exigences sur les créneaux horaires
- Liées à la **différence dans les priorités**, notamment entre le soin et la scolarité. (5/6)
La souffrance supposée des caregivers était questionnée par la moitié des répondants comme explication possible à ces difficultés.

8) Perceptions et attentes des soignants

Les attentes des soignants vis à vis des caregivers sont : la **régularité**, la **ponctualité**, **l'implication personnelle** dans le soin des enfants, des informations et **observations fines** et à défaut lorsqu'ils ne peuvent pas accompagner l'enfant une **synthèse ou un compte-rendu d'équipe**, l'acceptation du **non contrôle** dans la thérapie.

Les perceptions des **attentes des caregivers** par les soignants étaient :

- **liées à la situation de l'enfant** : "solution miracle" et "baguette magique" sont citées (2/6), un autre au contraire pense que ce n'est pas ce qu'ils attendent. La moitié imagine que les caregivers attendent une efficacité rapide. Un soignant précise qu'aux urgences ils attendent généralement l'hospitalisation.
- **liées à l'enfant** : par la normalisation des comportements gênants. "Prendre soin" apparaît dans plusieurs réponses (4/6), de même que "apaiser des souffrances".
- **liées à eux-mêmes** : les soulager de leurs inquiétudes, diminuer la nécessité de surveillance, l'attente parfois d'être extérieur au traitement.

Enfin un répondant émet l'hypothèse que les caregivers "*ne savent pas toujours ce qu'ils attendent de la part de la pédopsychiatrie.*"

Les perceptions des soignants sur les **représentations de la pédopsychiatrie** des caregivers étaient liées à des représentations plutôt **négatives** : "méfiance", "réticence", "septiques" (5/6), associées à la crainte d'être jugés ou de la position de supériorité hiérarchique que pourraient prendre les soignants. Ou encore **erronées** (3/6) par méconnaissance, ou bien de type **magiques** (1/6). 2 soignants ajoutent que la nécessité de recours à la pédopsychiatrie viendrait les dédouaner de leur responsabilité dans les difficultés de l'enfant. Aux urgences les représentations alléguées sont celles de médecins qui refusent à tort d'hospitaliser. Pour un des répondants la pédopsychiatrie ne serait, dans leurs représentations, qu'un *"rendez-vous de plus comme un autre ne nécessitant pas plus d'implication, voire même une contrainte."*

9) expérience personnelle et pistes d'évolution

Il était proposé aux soignants de raconter spontanément une **expérience marquante** avec un caregiver au cours de leur pratique, que celle-ci soit positive ou négative. 3/6 racontent une expérience positive, 2/6 une négative, 1 n'en voit aucune.

Les expériences positives sont relatives aux **qualités** des caregivers rencontrés autour de l'attachement offert à l'enfant sans concurrence avec les parents, ou encore à la posture très investie et touchante, ou encore à la possibilité d'un partenariat de qualité qui a pris du sens pour l'enfant.

Les expériences négatives sont liées pour une au **discours** du caregiver jugé inadapté car privant l'enfant de toute subjectivité, et pour l'autre à une **différence dans les priorités** données au soin chez un enfant qui allait pourtant très mal.

Les pistes d'évolution proposées étaient :

- relatives **aux soins** : diversifier l'offre de soins (relaxation par exemple)
- relatives **au parcours de soin** : créer un dossier médical et social transmissible aux soignants avec l'historique du parcours de placement et les soins antérieurs, former des soignants dédiés en CMP voire créer une spécificité de filière ou des équipes mobiles par secteur ou encore multiplier les unités d'accueil familial thérapeutique

- relatives **à la formation** : formations communes ASE/juges des enfants/pédopsychiatrie en renforçant les échanges voire créer des stages d'observation, renforcer la formation en pédopsychiatrie

- relatives **au partenariat avec les caregivers** : disposer de synthèses transversales des MECS avec à l'issue d'une période d'observation de plusieurs mois une fiche "observation éducateur", une fiche "observation veilleur de nuit", une fiche "observation médecin généraliste", une fiche "observation psychologue" cette synthèse permettant au pédopsychiatre de se situer au carrefour des intervenants sur un modèle de plan personnalité d'intervention pour l'enfant.

Plus simplement un répondant propose lors de l'absence de l'éducateur référent à la consultation de pouvoir disposer d'un écrit de l'équipe.

Quant à l'évaluation pédopsychiatrique plusieurs proposent qu'elle soit systématique dès l'entrée dans le dispositif de l'ASE.

10) Remarques spontanées

Une question totalement ouverte était laissée en fin d'entretien, les remarques spontanées ont été les suivantes :

- **risques liés à l'implication formalisée de la pédopsychiatrie** : stigmatisation, pathologisation, uniformisation ou protocolisation (3/6)

- **difficultés à l'individualité et l'intimité dans la collectivité**, questionnement sur comment est-elle permise par celle-ci sur le plan pratique et psychique (1/6)

- sur le fait que ces enfants représentent un *"banc de mise à l'épreuve des concepts de la pédopsychiatrie"*

- sur le fait qu'il y a actuellement un *"frémissement d'intérêt pour ces questions mais c'est encore insuffisant."*

III.3.3 Résultats concernant les éducateurs

1) Population et pratique professionnelle

Six éducateurs de deux MECS différentes ont accepté de participer à l'entretien. Il y avait un homme et cinq femmes. L'âge moyen était de 43,1 ans.

Concernant la pratique le nombre moyen d'années d'expérience dans une MECS était de 11 ans et demi. Le nombre moyen d'enfants par référents était de 2,5 enfants. La présence éventuelle d'un référentiel théorique utilisé dans la pratique était demandée (psychanalytique, systémique, cognitivo-comportementalisme, théorie de l'attachement, autres). 4/6 n'en utilisait **aucun**, 2/6 utilisaient les **recommandations de la Haute Autorité de Santé** concernant les pratiques de bienfaisance en établissements pour mineurs en protection de l'enfance.

La possibilité de **supervisions** était questionnée, 4/6 n'en disposaient actuellement pas mais bénéficiaient d'analyses de pratique, 2/6 répondaient par l'affirmative, dont un qui précisait en disposer à la demande sur une liste de thérapeute au choix.

A la question "*estimez-vous ces temps suffisants pour vous ajuster aux besoins des enfants ?*" 5/6 a répondu "non", l'éducateur ayant répondu par l'affirmative étant par ailleurs celui bénéficiant de supervisions à la demande.

Enfin tous estimaient devoir et souhaiter étoffer leur formation en pédopsychiatrie, à la fois sur le plan pratique et théorique.

2) Besoins et développement des enfants

Les éducateurs ont été questionnés sur leurs observations et constatations et non sur leurs connaissances théoriques. Sur l'observation de particularités de développement chez ces enfants ils ont tous répondu par l'affirmative.

La dimension **cognitive** est la plus citée (6/6) avec une importance donnée aux troubles des **apprentissages** (5/6), un éducateur précise que les bilans cognitifs ne sont souvent pas représentatifs de ce qu'il peut observer des capacités des enfants.

Deux répondants citent le plan **psycho-affectif** avec l'importance du conflit de loyauté et du rapport à leur réalité et à la normalité. Des particularités dans l'**attachement** sont notées par un éducateur. Enfin le développement **statur pondéral** avec stagnation de la croissance est cité une fois.

Sur la constatation de besoins spécifiques c'est un "oui" consensuel, les raisons évoquées sont principalement liées à la vie en collectivité (5/6) puis à la séparation (3/6) et au vécu antérieur (3/6). Les besoins constatés et cités par ordre de fréquence sont le besoin de **soins**, le besoin d'**activités** sportives et de loisirs avec **extériorisation** de la structure, le besoin d'**adaptation de la scolarité**, le besoin de **continuité**, enfin le besoin de **connaître leurs parents** pour éviter l'idéalisation.

3) Systematisation du recours à la pédopsychiatrie

Il était demandé si ce recours devrait, à leur sens, être systématique, fréquente, ou rester exceptionnel. 2/6 ont répondu **systématique** avec une proposition d'évaluation initiale au placement puis annuelle ou plus fréquente selon les besoins. 2/6 ont répondu **exceptionnel**. Pour les autres il devait être **fréquent** et en fonction des besoins. Les raisons avancées pour une évaluation systématique étaient le besoin de s'assurer de la bonne évolution de l'enfant par un regard extérieur, occasion pour les éducateurs de prendre du recul, et le fait qu'ils ne peuvent assurer tous les rôles et ne sont pas psychiatres ou psychologues. Peu de raisons étaient avancées pour un non recours à l'évaluation, en dehors de la différence dans les besoins.

4) Attentes vis à vis de la pédopsychiatrie

Les attentes classées par ordre de fréquence étaient : avoir **des retours** et communiquer que ce soit par écrit ou oralement (6/6), **être reçus** régulièrement pour faire le point sur l'état de l'enfant (5/6), avoir des **pistes** sous forme d'hypothèses ou de préconisations afin d'aider au mieux l'enfant (5/6), qu'il dispose d'un **lieu à lui** (3/6), que leurs **difficultés d'organisation** soient prises en compte dans les créneaux proposés (3/6), du **soutien** (3/6), que **la fin des suivis** soit pensée ensemble et non reconduite comme tacitement (2/6), des **soins intermédiaires** entre hospitalisation/psychotropes ou suivi trop léger, **l'hôpital de jour** étant notamment plébiscité (1/6). Plusieurs remarquent qu'ils donnent beaucoup mais ne reçoivent pas de retour, qu'ils sont beaucoup sollicités et investis au premier rendez-vous puis se sentent "lâchés". On retrouve donc des attentes **liées à l'enfant et à ses besoins** et des attentes **liées aux éducateurs** eux-mêmes.

5) Perceptions des attentes des soignants envers eux

Les éducateurs imaginent que les soignants attendent surtout d'eux **l'accompagnement physique** aux consultations (5/6), un éducateur parle de "*taxi*". La majorité pense en effet que les soignants n'ont guère d'autres attentes vis à vis d'eux, et qu'au contraire ils attendent que les éducateurs restent en retrait. Les autres attentes citées sont **l'observation et la bonne connaissance** de l'enfant en fournissant des éléments de travail (4/6), et la **régularité** (2/6).

6) Perceptions des représentations des soignants sur eux

5/6 évoquent spontanément et rapidement des représentations **négatives** ("*on ne sert à rien*"), le dernier répondant déclare ne pas savoir. Sont évoqués les retards et les rendez-vous non honorés, les difficultés d'organisation, le "*bricolage*", le manque de professionnalisme, de clarté. Des représentations **erronées** sont aussi décrites avec mauvaise connaissance de leur rôle et **l'absence de conscience de la responsabilité qu'ils portent** dans la prise en charge globale de l'enfant et comme garants de son bien-être.

7) Travail avec la pédopsychiatrie et la psychologue de MECS

Plusieurs mots étaient proposés pour définir leur relation avec la pédopsychiatrie parmi tiers/indépendance/soutien/partenaire/autre : tous les répondants choisissent **partenaire/tiers/soutien** mais la moitié précise que c'est en théorie et ne le retrouvent pas toujours dans la pratique actuellement. Sur la **possibilité d'échanger** avec la pédopsychiatrie : la moitié répond "non", les autres éducateurs sont plus nuancés et répondent "pas toujours" et " personne dépendant". Sur **la qualité** de ces échanges celle-ci est rapportée comme **variable**, lorsqu'elle est **bonne** un éducateur précise qu'ils doivent avoir un effet car il se sent "*davantage assuré et compétent, lors des réunions par exemple*".

Sur la question de l'existence d'un **langage commun** avec la pédopsychiatrie la moitié répond "non" mais une personne précise que ce n'est pas un problème. Pour les autres c'est variable et un éducateur rapporte une différence entre la situation duelle et lorsqu'ils sont invités à des réunions de soignants.

Tous les éducateurs ont déjà travaillé ou travaillent avec des CMP, des hôpitaux de jour, des pédopsychiatres et psychologues libéraux, ainsi qu'avec les psychologues de la MECS et de l'ASE. La moitié a déjà travaillé avec les Maisons des Adolescents, et avec des services d'hospitalisation à temps plein. 4 sur 6 travaillent avec des CMPP.

Quant au travail avec la **psychologue de la MECS** tous s'accordent sur l'absence de suivi individuel, un des éducateurs en donne une raison par la perméabilité de cet espace vis à vis des autres intervenants. Plusieurs éducateurs mentionnent qu'elle fait le lien avec le soin que ce soit sur le plan pratique (prises de rendez-vous, adresses) mais aussi sur le plan de la centralisation des bilans et des compte-rendus de soin avec un rôle de restitution à l'équipe dans un souci de respect du secret médical. Certains soulignent que le contenu de ces documents les concerne directement et ne voient pas d'intérêt à cette étape intermédiaire. Enfin son rôle de supervision de l'équipe est cité.

8) Intégration des éducateurs à la prise en charge pédopsychiatrique

5/6 estiment devoir être associés systématiquement à la prise en charge, un éducateur répond "*pas forcément*". Les raisons évoquées sont que ce sont eux qui **portent la responsabilité** de la prise en charge globale de l'enfant (4/6), que le rôle de l'éducateur référent est **d'étayer** l'enfant y compris dans le soin, que ce sont eux qui **connaissent le mieux** l'enfant. L'éducatrice ne souhaitant pas l'être de façon automatique précise que c'est un temps et un lieu qui doit appartenir à l'enfant.

Sur les modalités d'association tous souhaitent des **entretiens et rencontres** régulières, la moitié souhaiterait une fois par mois ou tous les deux mois ainsi qu'au moment du rapport annuel pour le juge. Un autre précise que cela ne doit pas être trop fréquent pour ne pas empiéter sur l'espace de l'enfant. Pour un autre répondant le rôle de l'éducateur est de **se rendre disponible**, y compris au moment même de la séance individuelle, si l'enfant ou le thérapeute estiment en avoir besoin et que dans ce cas c'est au soignant de poser les questions, celui-ci étant là pour l'enfant mais pas pour l'éducateur. Un autre précise qu'être associé permet de montrer à l'enfant que l'on s'implique pour lui.

Sur l'**information médicale** donnée, notamment liée au diagnostic éventuel, la quasi-totalité des éducateurs pense être informée de façon partielle et insuffisante. Un estime qu'ils sont informés **de façon différente d'un parent** d'enfant "*lambda*". Souvent c'est par le psychologue ou l'infirmière que les informations sont relayées. Plusieurs déplorent l'absence de synthèse médicale et questionnent le secret médical vis à vis d'eux. Pour un éducateur cette réticence s'explique par la peur de stigmatiser l'enfant en l'enfermant dans un diagnostic.

Sur la prescription de **traitement psychotrope** plusieurs éducateurs trouvent que c'est une réponse trop souvent utilisée face à leurs demandes liées à l'agitation alors que ce n'est pas ce qu'ils attendraient. Tous les éducateurs interrogés sont référents d'au moins un enfant sous psychotrope. Par ailleurs tous s'estiment insuffisamment informés face à cette prescription. Une éducatrice à qui un psychiatre avait demandé d'augmenter les posologies en fonction de l'agitation sans ordonnance précise raconte "*cela ne pouvait pas relever de ma responsabilité, je n'ai pas de formation d'infirmière et je ne suis pas la mère*". Les réponses médicales en cas de nécessité d'ajustement étaient jugées trop longues.

9) Difficultés relationnelles et divergences

Sur la difficulté à travailler avec la pédopsychiatrie la totalité des éducateurs répond "oui". Il s'agit de difficultés d'ordre **pratique** (horaires, lieux, obtention du premier rendez-vous et délais d'attente), difficultés liées aux **attentes et représentations réciproques** (priorités différentes, faire accepter à l'enfant la nécessité du soin, manque de clarté dans l'organisation interne de la pédopsychiatrie), difficultés **relationnelles** (absence de communication et de retour, "*black out*" sur ce qui est travaillé, sentiment d'infériorité face au "*monde psy*" et à la position savante du médecin).

Les **divergences** les plus fréquemment rapportées sont d'abord d'ordre **pratique** (absence aux rendez-vous, retards), puis relatives aux **priorités** à donner à l'enfant entre scolarité, activités de loisirs et soins (5/6), puis relatives au **positionnement** de chacun (risque de compétition entre soin et éducatif), les divergences liées à la **non connaissance de la réalité de l'enfant** par les soignants (organisation de la maison

par exemple). Une éducatrice évoque les fins de prise en charge qui sont souvent non pensées par les soignants se renouvelant d'année en année comme tacitement, sans réévaluation commune des besoins. Une autre fait part de son hypothèse sur la possible tentative d'appropriation de l'enfant par les intervenants comme s'il "*appartenait à tous*" du fait de l'absence des parents, avec la difficulté à reconnaître d'éventuels contre-transferts inadaptés.

Ces divergences ont pu aboutir pour la plupart des éducateurs à des **tensions** mais sans réels conflits. Pour une éducatrice cela a pu aller jusqu'au **conflit**. Une autre rapporte s'être parfois sentie démunie "*j'ai été remise à ma place en tant que simple éducatrice*".

10) expérience personnelle et pistes d'évolution

Lorsqu'il est proposé de raconter une expérience marquante avec un soignant 2/6 racontent une expérience **positive**, 2/6 une expérience **négative**, 2/6 **ne peuvent pas** en raconter du tout. Les expériences positives sont relatives pour l'une à un médecin s'étant déplacé sur le foyer suite à une tentative de suicide d'un de ses patients, et pour l'autre à un médecin rassurant dont les questions, les réponses et les silences étaient enrichissants pour la pratique. Les expériences négatives étaient liées pour une à un entretien médical de 10 minutes où les questions étaient jugées très superficielles, pour l'autre à une proposition de suivi ethnoclinique demandant de raconter ses propres expériences infantiles, ce qui était selon elle inadapté à sa place d'éducatrice.

Les pistes d'évolution proposées :

- pour 4/6 que les soignants puissent **venir sur place dans le foyer**, soit en raison d'une crise particulière, soit pour avoir des représentations plus adéquates de la réalité de l'enfant, soit pour participer à des synthèses (un éducateur remarque à ce propos que le foyer reçoit tous les partenaires à l'exception des "*psy*"). Il s'agit d'une proposition de la quasi-totalité des éducateurs interrogés, la question de l'intrusion dans l'espace de vie de l'enfant et le risque de stigmatisation ne sont pas soulevés. Pour une éducatrice en revanche le domicile doit rester extérieur au soin.
- se concerter sur les créneaux en **différenciant les créneaux** entre rendez-vous réguliers à privilégier hors temps scolaire pour ne pas freiner les apprentissages et

éviter la "double stigmatisation" (enfant placé et suivi en psychiatrie), et les rendez-vous ponctuels pour lesquels les éducateurs préfèrent le temps scolaire. Le mercredi est pour eux le jour réservé aux activités et aux visites médiatisées.

-être **reçus plus régulièrement**

-**réduire le temps d'attente** même s'ils sont conscients du nombre de demandes

11) Remarques spontanées

-deux éducateurs se disent heureux de la possibilité d'échanger et de la pertinence de la démarche

-un éducateur remarque que les soignants ont tendance à se désengager du partenariat lorsqu'il s'agit de décisions concrètes ou de questions relative à la protection de l'enfance, qu'ils viennent parfois en CPPE (commission projet pour l'enfant) mais jamais en audience chez le juge

-deux autres soulignent que nous n'avons pas toujours les mêmes priorités alors que c'est pourtant bien eux qui portent la responsabilité de l'enfant

-la notion de référence chez les éducateurs est questionnée par plusieurs éducateurs travaillant sans ce principe et qui selon eux est limitant pour l'enfant. Ils disent se sentir parfois illégitimes et non considérés par les soignants lorsqu'ils ne sont pas le référent officiel de l'enfant.

-la question de l'autorisation parentale pour les soins est également soulevée comme freinant l'accès aux soins, les voies de recours en cas de refus sont demandées

-enfin une éducatrice se questionne spontanément sur le fait que ***"peut être nous attendons trop de la pédopsychiatrie et nous ne pouvons qu'être déçus"***

III.3.4 Confrontation entre les réponses des soignants et des éducateurs

1) Particularités développementales

Soignants et éducateurs semblent d'accord sur le fait que le **plan cognitif** est le plus souvent impacté (cité par 100% des répondants) avec des conséquences sur les **apprentissages** (citées par 83% des répondants). Le plan psycho-affectif arrive en deuxième position dans les deux cas. L'attachement n'est cité que par un seul éducateur. Enfin le retard staturo-pondéral n'est cité que par un seul répondant de chaque côté.

2) Engagement de la pédopsychiatrie

Les soignants étaient partagés et lorsqu'ils pensaient qu'elle n'était pas suffisamment engagée ils évoquaient des raisons telles que l'absence de sollicitations par exemple par invitations aux synthèses. Il est intéressant de constater que la quasi-totalité des éducateurs (5/6) souhaiterait que les soignants puissent **se rendre dans les foyers pour participer à des réunions**. Par ailleurs l'hypothèse d'un désengagement de certains médecins par réticence ou par pratique trop idéologique est retrouvé à la fois chez un soignant et chez les éducateurs.

3) Intégration des éducateurs à la prise en charge de l'enfant

La quasi-totalité des éducateurs et soignants, à l'exception d'un de chaque côté, pense que l'éducateur référent doit être systématiquement associé à la prise en charge de l'enfant (10/12). Les raisons évoquées en rapport avec l'enfant sont semblables des deux côtés avec leur place de première ligne au quotidien avec l'enfant. En revanche les raisons liées à aux propres besoins de soutien ou de guidance des éducateurs ne sont évoquées que du côté soignant. La raison à leur non association systématique est différente entre le soignant et l'éducateur, pour le premier il s'agissait de la peur de la parole de l'éducateur, pour le second il s'agissait de ne pas empiéter sur l'espace de l'enfant.

4) Modalités de leur association

L'association des éducateurs à la prise en charge semble se faire plutôt par les médecins, les psychologues souhaitant pour deux d'entre elles redistribuer ce rôle sur ces derniers. Les médecins interrogés proposent des entretiens réguliers ou occasionnels. Les éducateurs souhaiteraient être associés par des entretiens réguliers, **tous les mois ou tous les deux mois**, ainsi qu'avant le rapport annuel au juge. Pour un autre éducateur son rôle est de se rendre disponible en fonction des besoins des soignants et non des siens, il s'agit par ailleurs du même éducateur qui disposait de supervisions à la demande et estimait ces temps suffisants.

5) Travail avec la psychologue de la MECS

Tous s'accordent sur l'absence de suivi individuel réalisé par la psychologue de l'établissement. Pour les soignants son rôle est davantage sur le lien symbolique qu'elle peut établir entre le soin et le foyer, pour les éducateurs il s'agit davantage d'un lien pratique concernant les bilans et les modalités de rendez-vous. Les éducateurs soulignaient également son rôle vis à vis de l'équipe du foyer.

6) Difficultés de collaboration

Tous estiment rencontrer des difficultés dans les relations éducateurs-soignants. Les difficultés communes concernent les **modalités pratiques** (100% des répondants) avec le délai d'attente, des rendez-vous non honorés, des retards, une multiplicité des éducateurs pour le même enfant. Les **priorités différentes** notamment entre soins et scolarité sont retrouvées de part et d'autre (75%). Les **difficultés interpersonnelles** avec les termes "rivalité" et "compétition" sont également présentes des deux côtés (50%), un éducateur propose une explication par la position de "de supériorité" de certains soignants, un autre par une tentative d'appropriation de l'enfant du fait de l'absence de ses parents, trois soignants eux proposent une explication liée à la souffrance professionnelle des éducateurs.

Les difficultés de collaboration semblent s'inscrire dans des modalités pratiques de fonctionnement de deux institutions ayant chacune ses contraintes et venant renforcer des enjeux humains et classiques dans toute relation thérapeutique, avec la spécificité de concerner deux professionnels à la différence d'un parent et d'un professionnel.

7) Fin de prise en charge

Ce thème est abordé spontanément par un éducateur et un soignant qui soulignent tous deux la difficulté à mettre fin à la prise en charge thérapeutique d'un enfant confié. Le soignant évoque une crainte supplémentaire par rapport à un enfant "*lambda*", comme si sa responsabilité était davantage engagée et qu'il avait peur de "*lâcher*" l'enfant. L'éducateur, lui, explique qu'il a souvent vu des prises en charge se renouveler comme tacitement sans concertation avec lui alors qu'il attendrait une fin, même provisoire, où le thérapeute pourrait rester à disposition en fonction des besoins.

8) Attentes des soignants et perception des éducateurs sur les attentes des soignants
On retrouve de façon commune la régularité, l'observation de l'enfant et la bonne connaissance de celui-ci par les éducateurs. En revanche il y a une opposition nette entre l'attente des soignants que les éducateurs fassent preuve d'implication personnelle dans le soin (5/6) et les représentations des éducateurs qui pensent que les soignants attendent l'accompagnement physique de l'enfant mais attendent surtout qu'ils restent en retrait de la prise en charge (4/6). Si l'acceptation du "non contrôle" dans la thérapie est effectivement citée par un soignant, leur engagement dans les soins de l'enfant que ce soit directement ou par écrit si le référent n'est pas présent à la consultation, fait consensus parmi les attentes des soignants (6/6).

9) Attentes des éducateurs et perceptions des soignants sur les attentes

Il y a peu de points de convergence entre éducateurs et soignants quant aux attentes envers la pédopsychiatrie. La rapidité, l'efficacité, la "baguette magique" ou la "solution miracle", les comportements gênants, cités par les soignants, ne sont cités par aucun éducateur qui **n'aborde pas la question de la symptomatologie** de l'enfant. En revanche un éducateur soulève la possibilité d'avoir des attentes trop importantes ne pouvant qu'être déçues. Les soignants n'abordent pas non plus le fait que les éducateurs puissent souhaiter être reçus régulièrement pour **obtenir des pistes et des outils afin d'aider eux-mêmes** au mieux l'enfant alors que cette attente se retrouve chez 5 éducateurs sur 6. Les attentes liées à l'enfant lui-même sont en revanche plutôt semblables (prendre soin, apaiser la souffrance, disposer d'un lieu neutre). L'hospitalisation et les traitements médicamenteux ne sont évoqués par les soignants que dans le cadre des urgences, pour les éducateurs ce sont des solutions jugées souvent trop radicales et faciles alors qu'il préféreraient davantage d'hospitalisations de jour.

10) Perceptions et représentations réciproques à propos d'eux

Educateurs et soignants pensent que chacun a des représentations erronées des rôles et places de l'autre en utilisant des termes plutôt négatifs. Des soignants évoquent la peur du jugement ou de la position de supériorité hiérarchique que pourraient prendre les soignants, ce qui est relevé également par les éducateurs comme difficulté dans les relations interpersonnelles. Certains soignants évoquent une représentation de la pédopsychiatrie comme "*rendez-vous parmi d'autres sans plus d'importance*" là où

plusieurs éducateurs soulèvent la possibilité que parce que ces rendez-vous sont attendus "*comme le messie*" ils ne peuvent qu'être déçus à l'issue de celui-ci.

11) Information médicale et positionnements

Un éducateur soulève qu'ils n'étaient pas informés comme le seraient les parents d'un enfant *lambda*, tant en terme de diagnostic que des traitements, et de façon partielle et insuffisante. 100% des éducateurs ne se pensaient pas suffisamment informés quant au diagnostic ou aux traitements. La question du secret médical déjà évoquée avec un rôle de lien supposé fait par la psychologue de la MECS est une hypothèse explicative, une autre soulevée par un soignant est liée au caractère professionnel de l'éducateur entraînant une exigence supérieure envers celui-ci avec peut être l'idée qu'il a moins besoin d'information.

12) Récit d'une expérience marquante soignants/éducateurs et pistes d'évolution

Les proportions de récits négatifs, positifs ou absents sont les mêmes de chaque côté. **Les expériences négatives sont liées au discours ou à la posture et les expériences positives sont liées aux qualités professionnelles reconnues chez l'autre.**

Les pistes d'évolution sont **plus générales** chez les soignants abordant leur propre organisation, le parcours de soin, le partenariat, la formation. Elles sont davantage **pratiques** pour les éducateurs autour de l'organisation des rendez-vous, du délai d'attente, d'être reçus plus régulièrement. Le fait de se déplacer sur le foyer en cas de crise ou de réunion est souhaité par la quasi-totalité des éducateurs, cette question n'est pas abordée par les soignants. Néanmoins un récit d'expérience d'une éducatrice mentionnait que le déplacement du pédopsychiatre lors de la tentative de suicide d'un enfant afin de participer à une réunion de synthèse avait été extrêmement rassurant et bénéfique pour elle. Les questions relatives à l'intrusion dans l'espace de vie de l'enfant et le risque de stigmatisation vis à vis de ses pairs, bien que non rédhibitoires ne sont pas soulevées mais mériteraient d'être explorées.

13) Remarques spontanées

Les risques de **stigmatisation et de psychiatisation excessive** sont des préoccupations communes. Un soignant se questionnait sur les possibilités **d'individualité et d'intimité** au sein de la collectivité, ce thème est abordé plusieurs fois également par les éducateurs qui soulevaient aussi la contrainte que cela pouvait représenter pour les enfants dont ils ont la charge.

Un éducateur questionnait l'importance de la **notion de référence** pour les soignants alors que lui-même et ses collègues ne travaillent pas toujours avec ce principe. Les soignants effectivement revendiquaient d'être toujours en lien avec le même référent lorsque celui-ci était impliqué dans les soins. Cette différence pourrait expliquer l'incompréhension fréquente entre soignants réfléchissant en termes de sécurité ou de théorie de l'attachement et éducateurs réfléchissant en terme de groupe où la diversité des intervenants peut amener une plus-value à l'enfant.

III.3.5 Synthèse des principaux résultats

- Les soignants interrogés avaient en moyenne 7 enfants placés parmi leur patientèle. 100% d'entre eux pensait que la place de la pédopsychiatrie auprès des enfants confiés était légitime.
- 5/6 proposaient des adaptations nécessaires dans les prises en charge sur la forme mais pas dans le contenu.
- 100% éprouvait des difficultés dans ces prises en charge.
- 5/6 intégrait les parents dans la prise en charge mais les psychothérapeutes souhaitaient pour deux d'entre eux redistribuer ce rôle dans l'équipe notamment médicale.
- L'existence d'une clinique commune faisait davantage débat que les particularités de développement qui elles étaient constatées par la totalité des professionnels interrogés. Le plan cognitif était le plus cité (100%) avec notamment les troubles des apprentissages (83%). Les observations sur le développement des enfants confiés semblent donc se recouper entre éducateurs et soignants.

- La systématisation de l'évaluation pédopsychiatrique initiale faisait consensus chez les soignants mais pas chez les éducateurs puisque seulement 2/6 la pensaient nécessaire.
- Les risques de stigmatisation et de médicalisation étaient cités par 75% des professionnels, autant chez les soignants que les éducateurs.
- Aucun éducateur n'utilisait de référentiel théorique habituellement utilisés par les soignants et tous disaient ne pas toujours avoir de langage commun avec les soignants. Ils estimaient ne pas bénéficier de suffisamment de temps de supervision sauf pour l'un d'entre eux qui en bénéficiait à la demande.
- Le constat d'un défaut d'invitation des soignants pour des synthèses entre en résonance avec le souhait émis par les éducateurs que ceux-ci puissent se déplacer lors des réunions.
- Les éducateurs pensent devoir être associés à la prise en charge pédopsychiatrique sauf pour l'un d'entre eux, on retrouve les mêmes proportions chez les soignants. Ils souhaiteraient être plus fréquemment reçus que la pratique actuelle des soignants. On peut donc supposer que cette demande d'entretiens réguliers répond à un besoin chez l'éducateur.
- Le rôle et la place de la psychologue de MECS devrait être redéfini car les soignants et les éducateurs n'en ont pas toujours les mêmes représentations.
- 100% des professionnels interrogées rapportaient des difficultés relationnelles dans le travail avec l'autre. Une analyse des enjeux en cours dans la relation et en fonction de chaque contexte singulier permettrait peut-être de déjouer certaines situations en modifiant les patterns de relation.
- Contrairement aux attentes exprimées par les soignants les éducateurs ont une image plutôt négative du rôle qui leur est attribué dans les soins par les soignants et n'imaginent peut être pas que les soignants ont besoin d'eux. Les soignants semblent être dans l'attente d'un investissement du soin par les éducateurs et les éducateurs semblent être dans l'attente d'un retour par les soignants.
- Les représentations réciproques de l'image véhiculée par les éducateurs ou les soignants sur eux-mêmes sont plutôt négatives et pourraient jouer un rôle dans les difficultés relationnelles ultérieures.

- L'information médicale donnée aux éducateurs est estimée insuffisante par 100% d'entre eux et dépend probablement des représentations liées au savoir de l'éducateur et liées à la position prise vis à vis du secret médical.
- Des pistes d'évolution telles que les synthèses écrites en cas d'absence de l'éducateur référent, les modalités de rendez-vous avec les éducateurs, le recueil d'observations pluridisciplinaire de la MECS, les créneaux de rendez-vous adaptés, la participation aux synthèses sur place, sont des pistes pouvant être directement explorées, le reste des propositions s'intègre dans des réflexions plus complexes mais dont certaines sont déjà à l'œuvre sur le plan local ou national.

Avant de discuter ces résultats et ceux de notre travail de façon générale étudions trois cas cliniques rencontrés dans le cadre de la pratique courante en CMP et en hôpital de jour.

CAS CLINIQUES

Stella, 10 ans

Je rencontre Stella à mon arrivée en tant qu'interne dans une unité d'hospitalisation de jour (HDJ) de pédopsychiatrie. Il est fréquemment question d'elle dans les réunions d'équipe et elle semble susciter beaucoup de réactions et sentiments parmi les soignants. Il m'est proposé un suivi rapproché de cette enfant qui présente un contexte de vie et une symptomatologie complexes.

Placée depuis la naissance, les éléments biographiques et anamnestiques ne sont pas complets (le carnet de santé a été perdu il y a plusieurs années) mais les compte rendus des précédentes structures de soin ont permis de reconstituer les éléments suivants :

Sur le plan biographique elle est la dernière d'une fratrie de trois, ses deux frères aînés sont adolescents et pris en charge par un ITEP, l'un deux a des antécédents d'incarcération. Le contexte familial semble marqué par de la précarité, des addictions, des violences intra-familiales. Le placement sur décision judiciaire s'est fait dès la naissance. Une procédure de délaissement parental est en cours, n'ayant plus de contact avec sa famille depuis 2 ans. Auparavant des visites médiatisées étaient proposées mais rarement honorées par les parents.

Elle est scolarisée en ULIS (unité locale d'inclusion scolaire) CM2 suite à une scolarité impossible en classe ordinaire.

Le parcours de placement est marqué par un placement **en pouponnière** après 1 mois d'hospitalisation en néonatalogie. Puis dans une **première famille d'accueil** de 9 mois à 4 ans (elle aurait appelé cette première assistante familiale (AF) "maman"). L'accueil prend fin du fait du divorce du couple, il aurait été dit à l'enfant que celle-ci était "trop fatiguée" pour s'occuper d'elle bien que deux autres enfants restent placés auprès d'elle, sans maintien du contact. Par la suite placement dans une **deuxième famille d'accueil** de 4 à 10 ans qui s'arrête du fait de la relation entre l'AF et l'enfant qui s'est grandement dégradée avec des allégations de mauvais traitement. Enfin placement récent dans une **troisième famille d'accueil** depuis quelques mois dans une autre ville.

Le parcours de soins pédopsychiatriques est le suivant : suivie dès 2 ans par un **CAMSP** pour retard de langage, instabilité et troubles du comportement avec agressivité envers ses pairs. Séances de psychothérapie et de psychomotricité hebdomadaires.

Le suivi s'arrête du fait du changement de famille d'accueil et donc de secteur géographique.

De 4 ans à 10 ans suivie par un **CMPP** pour agressivité persistante avec ses pairs et les autres enfants accueillis, recherche constante de l'approbation et de l'attention de l'adulte, posture défensive parfois histrionique, troubles du sommeil avec balancements, alimentation sélective. Elle bénéficie de séances bi-hebdomadaires de psychothérapie dont une séance individuelle et une séance dyade AF/enfant et hebdomadaires de psychomotricité. Les soins étaient bien investis mais s'arrêtent du fait du changement de famille d'accueil et de ville.

Depuis peu elle est suivie par un **CMP** en relais du précédent CMPP, avec difficulté d'adhésion aux soins (psychothérapie et orthophonie).

En parallèle depuis l'âge de 8 ans suivie par un **HDJ** pour difficultés d'apprentissage et de socialisation avec les pairs rendant difficile la poursuite de la scolarité ordinaire malgré un niveau cognitif préservé. Sont proposées deux demi-journées hebdomadaires de prise en charge avec psychopédagogie par enseignante spécialisée, groupe thérapeutique et suivi pédopsychiatrique. Ces soins se poursuivent malgré un changement de ville par la mise en place d'un taxi.

L'anamnèse développementale retrouve une période périnatale marquée par une grossesse sous rohypnol® et par une hépatite C, une naissance par voie basse à 36 SA, un poids de naissance à 2,500 Kg. Nous ne disposons pas d'autres éléments ni médicaux, ni sur les interactions précoces, ni sur les raisons du placement immédiat. Le développement précoce retrouve un âge de la marche non connu, un probable retard de langage, pas d'autres particularités du développement à priori. La première AF aurait été en difficulté sur le plan éducatif, la deuxième sur le plan plutôt affectif avec un style éducatif directif et exigeant. Il n'y a pas d'éléments sur le style d'attachement probable.

Il n'y a pas d'autre antécédent connu, une psychopathologie parentale est probable mais non documentée.

Les traitements médicamenteux sont : un **psychostimulant** par ritaline® (20 mg) depuis l'âge de 8 ans pour co-morbidité type TDAH, prescrit lors d'une consultation neuropédiatrique et renouvelé par le médecin traitant. **Un anxiolytique** par atarax® depuis l'âge de 7 ans pour anxiété.

Le bilan cognitif retrouve un WISC IV avec : ICV 76, IRP 92, IMT 62, IVT 78, soit une efficacité intellectuelle globale préservée avec un développement cognitif hétérogène. Le bilan orthophonique indique une rééducation pour dyslexie mixte touchant la voie d'adressage et la voie d'assemblage ainsi qu'un déficit visuo-attentionnel. L'ECG et le bilan biologique prescrits pour la surveillance du traitement médicamenteux ne retrouvent pas d'anomalie.

Lorsque je rencontre Stella le changement de famille d'accueil est récent. Les premiers mois du nouveau placement se sont, d'après l'AF, bien déroulés malgré des symptômes dépressifs à type de pleurs et d'anhédonie qui se sont vite atténués. L'AF aurait évoqué auprès de l'équipe une possibilité d'adoption de Stella. Or depuis quelques semaines la situation **se dégrade**, l'AF rapporte de l'opposition permanente, des provocations, des dégradations de biens, des mensonges, une anxiété de séparation avec tendance au collage, un sommeil de plus en plus difficile avec réveils nocturnes et précoces et troubles du comportement lors des réveils. Les symptômes de Stella commencent à **envahir sa vie sociale et conjugale**.

A l'école l'enseignante éprouve des difficultés face à de l'agressivité avec ses pairs et des apprentissages scolaires en deçà des attendus à son âge avec des difficultés de concentration et de l'agitation.

Au CMP il semble qu'elle mette en difficulté le psychothérapeute la recevant une fois par semaine, à tel point que les séances sont espacées.

Les observations de l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJ mentionnent une impulsivité, de l'opposition, une distractibilité, parfois quelques éléments de déshinhibition tels que des références à caractère sexuel, des moments d'anxiété massive non expliquée, une humeur souvent triste, une immaturité sur le plan affectif, des fragilités narcissiques, en revanche contrairement à son entrée à l'HDJ l'apparence est désormais soignée et l'estime de soi semblent en progression. La relation avec son enseignante est particulièrement investie mais testée en permanence avec refus et transgression du cadre, des limites, des consignes, des attendus.

Dans une lecture médicale les critères requis sont présents pour poser un diagnostic de **trouble réactionnel de l'attachement** : début des troubles avant cinq ans, les patterns interactionnels et sociaux sont perturbés et inappropriés au stade développemental et dans toutes les situations, il existe des épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse et de peurs même en interaction non menaçante, l'enfant a été élevée dans un contexte limitant sévèrement les opportunités de former des attachements sélectifs (institution et plusieurs familles d'accueil). On peut également diagnostiquer des co-morbidités : un **TDH** dont elle présente plusieurs facteurs de risque (toxiques durant la grossesse et prématurité), un WISC est en faveur, elle présente de l'impulsivité, de l'inattention, des troubles de la concentration, une hyperactivité motrice, tous les contextes sont touchés. Enfin le traitement psychostimulant est efficace, et devant l'hypothèse d'un effet paradoxal sur le sommeil une tentative de fenêtre thérapeutique se soldera par une recrudescence majeure des troubles empêchant toute scolarisation. Un **trouble complexe des apprentissages** devant l'association d'une hétérogénéité cognitive avec dyslexie mixte et déficit attentionnel.

Dans une lecture développementale on peut mettre en évidence une trajectoire développementale marquée par de nombreux facteurs de risque internes et externes n'ayant pas permis de répondre aux besoins initiaux d'attachement avec le développement de stratégies adaptatives s'étant rigidifiées au cours des différents placements au point de participer à l'émergence de la pathologie.

Dans une lecture psychopathologique et historique on peut évoquer les **pathologies limites**(87) au sens d'un défaut d'étayage initial avec excès de tensions internes non contenu altérant l'organisation de sa vie psychique. On peut faire l'hypothèse qu'une **tendance hyperactive** a été recrutée comme mécanisme de défense face à une angoisse et un risque d'effondrement dépressif. La "**lune de miel**" classique vécue en début de placement a probablement rendu d'autant plus difficile la dégradation des relations avec l'AF et le sentiment de culpabilité, d'impuissance et de dévalorisation de celle-ci. La stigmatisation négative générale dans laquelle se retrouve Stella vient confirmer sa théorie implicite selon laquelle elle ne peut attendre de relations positives où elle serait digne d'intérêt et de valeur puisque toutes ses relations précédentes se sont soldées par des abandons sans continuité de la relation possible. L'angoisse massive d'un nouvel échec semble insupportable et les stratégies de contrôle

inconscientes sont favorisées.

Les sentiments de l'équipe semblent clivés entre investissement disproportionné et réticences à entrer dans la relation, moi-même je n'échapperai pas à cette constatation ce qui me poussera à tenter de réfléchir aux implications de mes propositions et actions, d'autant que je ne serai là que pour six mois.

Après une phase d'observation et d'apprivoisement il m'a fallu considérer ma position vis à vis de Stella, de l'AF et du CMP. En effet la prise en compte des besoins de soutien exprimés par l'AF ne devait ni faire oublier la prise en charge individuelle de Stella, ni entrer en concurrence avec le propre service de l'AF et avec l'ASE. Quant au CMP le risque de clivage était grand face aux critiques de l'AF et de Stella à son encontre, il a donc fallu se coordonner avec le médecin responsable sur les rôles de chacun en recadrant positivement les propositions du CMP face à Stella et à son AF.

Les grands axes de la prise en charge ont été :

- vis à vis de Stella : ne pas proposer de thérapie formalisée d'une part pour ne pas "empiéter" sur celle du CMP, d'autre part car je ne pouvais m'engager sur une temporalité suffisante pour en attendre des bénéfices et enfin car ma faible expérience de la psychothérapie ne m'en donnait pas les compétences. Le choix d'une **"expérience thérapeutique sécurisante"** ciblée sur le cadre au sens de Guédeney (73) a semblé adapté dans l'idée de prévisibilité de la durée du soin tout en imaginant un moyen de faire continuer le lien malgré l'arrêt des rencontres. Ainsi il a été formalisé à Stella que nous ne nous verrions que durant 6 mois, à un rythme rapproché et régulier, qu'elle serait libre de parler ou de faire ce qu'elle souhaitait durant les séances, qu'elle pourrait me solliciter quand elle en aurait besoin et que la relation pourrait se poursuivre à l'issue de mon départ à la fois par échanges d'e-mail et par l'intermédiaire de son enseignante spécialisée.

Quelques séances ont été particulièrement investies. Une séance en particulier a eu lieu sur proposition de son enseignante spécialisée car Stella était arrivée très mal le matin à l'HDJ sans en donner la cause, un appel de l'AF nous apprend qu'elle a volontairement détruit un cadeau destiné à l'anniversaire d'une autre petite fille accueillie. Cette séance qui contrairement à l'habitude durera particulièrement longtemps, lui permettra d'aborder spontanément les thèmes de la filiation, de ses angoisses liées à la majorité, d'un sentiment de honte et de culpabilité, d'une préoccupation autour de l'image de "méchante" et de ce qui se dit d'elle à l'ASE, avec son AF, à l'école et au sein de l'HDJ. Suite à cette séance marquante les suivantes

deviennent de plus en plus chaotiques, elle peut se mettre en danger par son agitation et son impulsivité. Le lien est clairement testé voire attaqué de façon provocante, hostile, un jour elle tentera de me mettre en "porte à faux" avec son enseignante. Je ne modifie pas le cadre malgré les difficultés et sentiments que ce revirement suscite en moi et parallèlement nous adaptons les traitements médicamenteux afin d'apaiser les angoisses et restaurer le sommeil.

Une prescription de **Mélatonine®** est finalement proposée après la tenue d'un **agenda du sommeil** et permet l'arrêt des réveils précoces. Même si elle utilisée hors cadre de sa RTU (recommandation temporaire d'utilisation) la prescription de Mélatonine® s'est avérée indispensable dans ce contexte de troubles du comportement nocturnes.

Progressivement Stella ne veut plus venir en séance, puis la charge anxieuse manifestement liée à la relation s'apaise et elle finit par me solliciter "à la demande", lorsqu'elle en éprouve le besoin. La dernière séance se clôture par des pleurs et des agrippements dans une réactivation probable des angoisses massives d'abandon. La question de l'utilité de cette prise en charge supplémentaire dans des soins déjà bien étoffés peut se poser, néanmoins on peut supposer qu'un investissement individuel de l'enfant dans cette situation était nécessaire pour permettre d'éprouver et comprendre les mécanismes en jeu chez les différents intervenants et assurer une meilleure efficacité et cohérence des soins dans leur globalité.

- vis à vis de l'AF : l'intervention consistera en un **soutien** mais surtout une **sécurisation** dans le but de lui permettre de solliciter secondairement son service et les aides proposées. En effet le travail sur les difficultés rencontrées est rendu difficile par un probable besoin de contrôle et de reconnaissance de ses compétences et plus tard par un questionnement sur la poursuite de l'accueil.

Nous pouvons également reprendre ses **représentations** de Stella, mises à mal par la présentation simplifiée et idéalisée qui en avait été faite avant l'accueil. Les **besoins supposés et les attentes** que l'on peut avoir vis à vis de l'enfant sont réajustés. Les progrès effectués par Stella sont aussi positivement connotés, comme sa **présentation** davantage soignée, une séance de groupe thérapeutique où elle a pu utiliser **l'humour** pour évoquer sa propre histoire, sa **loyauté** affichée envers l'AF ou encore la réutilisation à bon escient de **stratégies cognitives de résolution de**

problèmes. La difficulté était de ne pas favoriser la culpabilité ou les rivalités liées aux améliorations, bien que modestes, constatées à l'HDJ ni de se positionner sur la pérennité de l'accueil.

- vis à vis du partenariat : une **ESS** à l'école permet d'évoquer les perspectives pour la suite de la scolarité, le référent de scolarité me place dès le départ, du fait de ma position médicale, dans un rôle d'explication vis à vis des autres intervenants. La psychologue scolaire dira de l'HDJ "il faudra bien que ça s'arrête à un moment", renvoyant à la difficulté de concevoir la multiplicité des intervenants. Plus tard nous sommes conviés à la synthèse annuelle de l'ASE à la MDS. A ce propos un échange téléphonique avec la référente ASE me permet de suggérer que soit invité le CMP qui n'était initialement pas prévu, et m'apprend que l'AF ne pourra malheureusement pas y participer conformément aux dispositions de son service. Cette rencontre, bien que parfois rythmée par des questions de responsabilité et de ressentiments anciens, sera l'occasion d'évoquer les difficultés et constatations de chacun et de redistribuer les rôles. L'AF ayant entre temps accepté un rendez-vous avec la psychologue de son service je recadre positivement les effets de cette rencontre. Le CMP semble remobilisé par cette invitation et nous constatons qu'ils sont les seuls à pouvoir accéder au mari de l'AF puisqu'il accompagne Stella, ainsi une occasion d'échange lui sera offerte. Stella et l'AF avaient été consultées en amont de ces rencontres, néanmoins avec le recul il semble qu'une meilleure anticipation et coordination auraient peut-être permis de rendre ces rencontres encore plus constructives.

Ce cas clinique montre la difficulté technique de prendre en charge un enfant confié, avec une multiplicité des dimensions à prendre en compte, d'autant plus qu'il est en situation de délaissement parental et de parcours de placement très instable. L'absence de sécurisation affective durant plusieurs années n'a probablement pas permis aux soins d'être pleinement efficaces d'autant plus que le parcours de soin a également connu des ruptures. Il montre également le bénéfice d'une structure intersectorielle ayant permis à l'enfant de garder un de ses seuls repères dans une période de bouleversement total mettant à rude épreuve son système d'attachement.

Tony, 8 ans

J'ai rencontré Tony à plusieurs reprises lors de mon stage en CMP. Il y est suivi depuis environ un an pour des **troubles de la régulation émotionnelle** et bénéficie d'une séance hebdomadaire de **psychothérapie** ainsi que d'un **suivi pédopsychiatrique**.

Sur le plan biographique il n'a jamais été reconnu par son père et ne l'a jamais rencontré, sa mère était âgée de 18 ans lors de sa naissance et ses deux premières années se sont déroulées au domicile de ses grands-parents maternels avec cette dernière. Deux enfants sont nés d'une seconde union et Tony a donc une demi-sœur et demi-frère. Il a été confié à l'ASE sur décision judiciaire, les raisons du placement initial ne nous sont toujours pas clairement explicitées malgré plusieurs demandes. Il est scolarisé en CE2, son parcours scolaire s'est déroulé sans particularité ni difficulté.

Quant au parcours de placement le premier placement en MECS a lieu à l'âge de deux ans et demi. Puis un placement à domicile est mis en place à ses 6 ans avec demandes rapides de réintégrations successives par sa mère ayant abouti à un court placement séquentiel avant une décision, un an plus tard, de nouveau placement complet dans la même MECS. La mère et les grands-parents disposent de droits d'hébergement les week-ends et durant les vacances scolaires, **qui sont irrégulièrement sollicités et honorés**.

Aucun soin n'avait été mis en place jusqu'à la demande de prise en charge par la MECS, demande motivée par la survenue de troubles du comportement observé par sa mère lors de la tentative de placement à domicile.

L'anamnèse développementale ne retrouve que peu d'informations, le carnet de santé ne comporte que très peu de renseignements à l'exception des paramètres de naissance qui sont dans les normes, et de l'absence de particularités développementales décrites.

Aucun autre antécédent connu.

Les bilans réalisés sont un bilan psychomoteur chiffré qui retrouve des résultats **dans les normes**, avec des modifications du tonus lors d'un relâchement corporel global au début et à la fin du bilan.

Tony est un enfant montrant un **bon fonctionnement global**, la scolarité est investie et réussie, les relations aux pairs sont marquées par un entourage amical très étoffé, il profite des loisirs et activités proposés par le foyer. Les relations interpersonnelles avec les éducateurs sont plutôt bonnes mais marquées par des **crises de colère et de dysrégulation émotionnelle** pouvant survenir lors de frustrations ou d'accrochages minimes ou encore sans raison. Elles se caractérisent par de la colère non contenue pouvant arriver avec ses pairs à des altercations physiques. Ces troubles du comportement remonteraient à la période de tentative de placement à domicile, depuis ils sont variables mais surviennent régulièrement. A l'école ils peuvent se manifester dans la relation aux pairs mais pas avec l'équipe enseignante. Au foyer ils peuvent concerner les éducateurs et les autres enfants accueillis. Entre ces crises le fonctionnement de Tony semble ordinaire. Des éléments **d'anxiété liée à la séparation** sont notés par la maman lors des week-ends où il peut avoir des attitudes de collage, allant parfois observer sa mère dans la nuit, et alternant avec des mouvements de rejet. Il montrait par ailleurs un fort investissement de la relation à son frère et à sa sœur, préoccupé en permanence par le besoin de les voir et de leur apporter des cadeaux.

Le suivi s'est poursuivi au CMP avec des difficultés d'investissement de l'espace psychothérapique qui se manifestaient par de **l'opposition passive**. En consultation pédopsychiatrique il s'allongeait systématiquement en fermant les yeux dans un relâchement tonique semblable aux observations du bilan psychomoteur. La symptomatologie semblait stable. En revanche la mère de Tony se montrait de plus en plus **imprévisible**, annulant parfois au dernier moment un week-end pourtant prévu, ou demandant à sa propre mère de le recevoir pour le week-end à sa place. Tony semblait tolérer de moins en moins bien sa situation, tout en revendiquant ne plus vouloir vivre en collectivité et souhaiter retourner vivre définitivement au domicile. Le discours des différents éducateurs était parfois contradictoire sur l'objectif du placement, notamment sur la possibilité d'un nouveau placement au domicile.

Un jour la psychologue du foyer nous interpelle car l'équipe éducative est très inquiète : il y a quelques jours alors qu'il attendait sa maman pour un week-end c'est sa grand-mère qui vient le chercher. Cela semble alors insupportable pour Tony qui dans un mouvement de colère semblant impulsif **tente d'enjamber la fenêtre**. Il n'y a pas de suite et l'épisode se clôture rapidement, mais l'équipe s'inquiète désormais à

l'approche du vendredi soir et de l'incertitude constante liée à la présence ou l'absence de sa mère. Nous le recevons le lendemain de cet appel, Tony ne souhaite pas revenir sur ce qu'il s'est passé, il n'y a pas de critique ni d'élaboration. Il expliquera son geste par la déception de ne pas voir son frère et sa sœur. Sa présentation et son discours sont habituels, il n'évoque ni idées noires, ni tristesse, ni projet suicidaire. Il parvient à évoquer sa mère à une reprise en disant "parfois elle ment". Nous prévoyons un **renforcement du suivi** sur le CMP avec consultation bihebdomadaire et nous prescrivons un traitement anxiolytique par atarax® (10 ml), traitement reçu ponctuellement par le passé et qui avait montré son efficacité et sa bonne tolérance. Des préconisations sont données en cas de nouvel épisode quant à la nécessité de consulter aux urgences pédiatriques. Enfin nous appelons la mère de Tony pour lui proposer un rendez-vous, après avoir accepté, puis décalé plusieurs fois elle n'honorera pas celui-ci. Elle avait pourtant été reçue une fois par le médecin lors d'un rendez-vous commun avec l'équipe du foyer, et avait discrètement demandé à être reçue seule une prochaine fois, ce que le médecin avait alors programmé. Une consultation sera annulée par l'équipe du foyer du fait d'un évènement festif se déroulant au sein de l'institution, nous plongeant alors dans l'incompréhension.

Une semaine plus tard nous apprenons qu'un nouvel épisode a eu lieu, cette fois **avec tentative de strangulation**. Les éducateurs ont conduit Tony aux urgences où un traitement par tercián® est prescrit et une hospitalisation proposée le temps d'apaiser la crise. Le lendemain l'état s'est de nouveau normalisé très vite et le fonctionnement habituel est retrouvé. Nous poursuivons l'intensification du suivi au CMP et sommes invités à une **réunion de synthèse** organisée à la MECS en urgence. Nous proposons que le référent ASE soit également présent afin de formaliser un **courrier commun au Juge**. La psychothérapeute de Tony ne se rendra pas à la réunion dans le souci de protéger son espace personnel, le médecin représentant ainsi le lien entre la réalité interne et externe de Tony. Les éducateurs sont d'accord avec nous sur l'impossibilité pour Tony de continuer à attendre le vendredi dans une telle anticipation anxieuse avec un risque de nouveau passage à l'acte. L'anxiété des éducateurs est majeure et la présence du médecin sur place semble les rassurer. Dans l'urgence les week-ends suivants sont suspendus en attendant l'audience. Durant les semaines restant avant le début des vacances estivales nous proposons le suivi intensifié sur le CMP et nous

nous organisons pour disposer d'une place d'hospitalisation si celle-ci devait s'imposer.

Il n'y aura pas de nouvel incident durant l'été, la décision est difficile à accepter pour Tony mais il semble s'apaiser dans ces nouvelles dispositions. Le Juge décidera de poursuivre les droits d'hébergement précédemment établis mais incitera la mère à de la régularité, à défaut les droits seront suspendus. Lors de la commission projet pour l'enfant annuelle où nous serons invités, une orientation en famille d'accueil sera finalement décidée. Cela entraînera probablement un **changement de secteur géographique et donc un relais d'équipe de soin**. Par ailleurs sa maman déménagera ce qui entraînera un **changement d'équipe ASE référente**. Le médecin du CMP a eu l'occasion de souligner la nécessité d'accompagner ces changements à venir le plus progressivement possible et l'équipe ASE en tiendra compte, programmant un relais suffisamment long.

Sur le plan diagnostique la symptomatologie présentée par Tony est complexe. Effectivement nous pouvons noter que les apprentissages sont préservés, les relations aux pairs restent bonnes malgré les troubles du comportement et ceux-ci n'apparaissent pas dans la relation avec les enseignants. Les actes auto-agressifs ne s'inscrivaient pas dans un épisode dépressif caractérisé, l'humeur restant neutre, et il n'y a pas d'opposition active ni de provocation ni de transgressions. Le **trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle** semble être le diagnostic se rapprochant le plus de la symptomatologie présentée, néanmoins l'humeur n'est pas irritable entre les crises et celles-ci sont peu fréquentes. Il semble que la séparation entre Tony et sa mère **ne soit pas résolue**. Il ne peut supporter l'incertitude liée à sa venue dans une **charge anxieuse massive** ayant probablement conduit aux passages à l'acte. Sa mère aurait dit un jour "ça a été traumatisant pour nous deux, il a été placé le jour même de l'audience". Il semble que les raisons du placement n'aient été comprises ni par Tony ni par sa mère. Nous-mêmes n'avons pas réussi à connaître les éléments précis ayant conduit à cette décision. Tony ne peut pas accepter le placement, même s'il semble en tirer des bénéfices, et ne peut **qu'idéaliser** sa mère même si des ébauches de critique émergent.

Il semble évident dans cette anamnèse que les conflits de loyauté sont une des clés des comportements présentés par Tony.

Il n'est donc pas étonnant qu'une mobilisation commune de l'équipe de soin et de l'équipe éducative ait pu avoir des effets : la **réassurance de l'équipe éducative** a probablement permis une **contenance plus forte** de l'épisode qu'a traversé Tony. La réunion entre tous les acteurs gravitant autour de lui a permis un **discours unique** qui a probablement pris sens là où Tony semblait auparavant perdu face aux paroles parfois contradictoires. Ce déroulé illustre aussi la **remise en question de la totalité de l'écosystème** à la faveur de deux changements concomitants, par le déménagement de la mère, et le futur placement en famille d'accueil. Il montre également les difficultés à collaborer avec les parents, néanmoins les relations existent malgré tout et nous rappelons régulièrement à la mère la possibilité de nous rencontrer.

Léo, 6 ans

Léo consulte pour la première fois sur le CMP. Il a été confié à l'ASE il y a seulement deux mois, avec sa petite sœur Julie âgée de 4 ans et son petit frère Louis âgé de 2 ans. Son assistante familiale (AF) a voulu rapidement disposer d'une **évaluation pédopsychiatrique** afin de déterminer leurs besoins actuels de soins.

Sur le plan biographique nous savons que les enfants ont été confiés pour **négligence lourde** avec peu de scolarisation (à noter qu'à ce moment-là la scolarisation en maternelle n'était pas encore obligatoire), déficit d'hygiène corporelle, pauvreté des stimulations, carences alimentaires sévères. Ils ont pu être placés tous les trois directement chez l'AF sans passage par un foyer d'urgence. Les parents ont des droits de visites non médiatisées. Il est scolarisé en fin de grande section de maternelle.

Sur le plan de l'anamnèse le carnet de santé n'est pas transmis mais un rapport du CAMSP nous précise que les paramètres de naissance étaient normaux et que la marche aurait été acquise à un an. Léo a en effet été suivi deux ans au CAMSP pour **retard de langage important et inhibition majeure avec anxiété**. Il a bénéficié de psychomotricité, de psychothérapie et d'un groupe d'enfants ainsi que d'orthophonie en libéral. Le compte-rendu faisait état de progrès importants mais la prise en charge devait s'arrêter du fait de l'âge et du déménagement lié au placement.

L'AF remarque un petit garçon "très affectueux" s'étant très vite adapté à ses nouvelles conditions de vie. La scolarisation avec changement brutal d'école ne pose aucun souci. Une accompagnante des élèves en situation de handicap (AESH) était notifiée mais pas encore arrivée, néanmoins Léo semble tellement à l'aise dans les apprentissages et avec ses pairs que l'école envisage de réduire le nombre d'heures prévues. Une **anxiété de performance** est tout de même relevée. L'AF observe par ailleurs que derrière cette adaptation rapide Léo présente des fragilités liées au **changement de sa fonction dans le système familial et à un conflit de loyauté**. Effectivement il se positionnait jusque-là comme protecteur vis à vis de la fratrie, très responsabilisé vis à vis d'eux. Par ailleurs elle perçoit une tendance à deviner et à s'adapter aux attentes d'autrui au risque de ne pas réussir à exprimer ses propres souhaits, et à se retrouver pris dans un conflit de loyauté se manifestant dans ce qu'il peut raconter à ses parents lors des visites.

En consultation nous observons un enfant avec un niveau de langage très correct pour l'âge et de bonnes capacités de communication. Un bilan orthophonique très récent ne retrouvait en effet aucun élément pathologique et n'indiquait pas de rééducation. Inhibé au début de la consultation un support ludique avec des marionnettes lui permet de s'exprimer et de montrer de bonnes capacités d'imagination. Nous comprenons au cours de ce jeu que sa mère lui aurait dit qu'il partait en vacances quelques mois pour expliquer le placement.

L'assistante familiale se positionne en faveur d'un suivi psychothérapique tout en nous exprimant sa confiance en notre indication ou absence d'indication. Léo demanderait lui-même à "voir quelqu'un comme au CAMSP". Nous proposons une psychothérapie hebdomadaire à Léo.

Julie, 4 ans, semblait quant à elle présenter des **difficultés de régulation de la distance interpersonnelle** associées à un **retard de langage** majeur et à des maladresses et brusqueries dans le mouvement. Un bilan psychomoteur en libéral et des séances de rééducation orthophonique nous ont semblé prioritaires, le médecin pédopsychiatre restera le coordonnateur.

Enfin nous n'avons pas rencontré Louis qui est âgé de 2 ans. L'AF ne rapportait pas d'éléments d'inquiétude quant à son développement néanmoins nous avons proposé de les recevoir ensemble, notamment pour évaluer les modalités d'attachement. Un

suivi par la PMI a également été proposé dans l'idée de renforcer la surveillance de son développement.

Les soins dont a bénéficié Léo au CAMSP semblent avoir permis un réajustement de sa trajectoire développementale. L'AF semble, elle, avoir bien perçu que la **suradaptation** et la **parentification** de Léo étaient à risque d'évoluer vers une construction en "faux-self" et le mettaient en difficulté face à des loyautés impossibles à combler à la fois envers elle et envers ses parents. Les indications et objectifs des soins proposés semblent avoir été pensés de façon commune et dans le respect des places respectives du médecin et de l'AF, conditions nécessaires à un réel partenariat ayant du sens.

DISCUSSION

Notre objectif était de répondre aux différentes problématiques que pouvait rencontrer la pédopsychiatrie quant à sa place et ses rôles auprès des enfants confiés à l'ASE dans le contexte actuel des demandes qui lui sont adressées, et dans le cadre de la modification de la politique de protection de l'enfance. Nous avons fait le choix de réaliser un état des connaissances à la fois historiques et plus récentes par une revue de la littérature et de compléter celui-ci par un protocole de recherche et un protocole d'évaluation des pratiques. Trois cas cliniques ont apporté des éléments pratiques illustrant ces problématiques.

Notre travail a permis de constater la fréquence importante des troubles psychiques chez les enfants en situation de placement. Nous avons également présenté différents modèles psychopathologiques permettant de comprendre le fonctionnement des enfants confiés. L'étude des facteurs de risque et de protection liés aux situations rencontrées en amont, pendant, et en aval du placement selon une approche développementale nous a permis d'avancer dans notre compréhension des troubles rencontrés. Nous avons également proposé une modélisation de l'approche écosystémique de l'enfant placé pour déterminer la place de la pédopsychiatrie dans son écosystème et les risques liés à ces considérations.

Notre protocole d'évaluation des pratiques a permis de documenter sur le terrain les observations et difficultés de soignants, ainsi que de comprendre davantage les relations au sein du partenariat soignants/éducateurs en dégagant des pistes d'évolution et d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Nous allons désormais discuter les forces et les limites de notre méthodologie, puis nos problématiques et résultats et enfin les perspectives et préconisations ouvertes par l'ensemble de ce travail.

I. Forces et limites de la méthodologie

Revue de la littérature

Notre revue de la littérature est à la fois française et internationale ce qui a permis d'augmenter considérablement le nombre d'études incluses, les références françaises étant très limitées. La limite est l'application de ces données au système de protection de l'enfance en France différent de celui des pays concernés.

D'autre part l'inclusion d'études anciennes datant des années 2000 peut constituer un biais sur le plan d'une absence d'actualisation de certaines données ou par l'évolution du contexte dans lequel ces études ont été réalisées. Néanmoins intégrer ces études a assuré une cohérence dans la façon de traiter le sujet et de prendre du recul sur l'évolution des problématiques.

La qualité scientifique des articles retenus n'était pas égale, et si quelques méta-analyses, deux essais randomisés et quelques études prospectives ont pu être retenus, le reste de la littérature comportait des études principalement qualitatives, rétrospectives, descriptives.

Enfin l'intégration d'études et d'ouvrages historiques se rajoutant à la méthodologie formalisée de la revue de la littérature pourrait constituer une atteinte à la rigueur méthodologique et scientifique de celle-ci. Néanmoins cette approche historique nous a semblé essentielle puisqu'elle renvoie aux origines de la pédopsychiatrie moderne.

Protocole ECCLORE et protocole d'évaluation des pratiques

Le protocole est original au sens où il interroge la clinique développementale des enfants confiés à l'échelle individuelle, ce qui n'a été fait à notre connaissance que par une seule étude en France réalisée dans un service d'hospitalisation parisien et répondant à des problématiques différentes (34). La pluridisciplinarité offerte par la participation de médecins, psychologues, d'une orthophoniste et d'une psychomotricienne est également une force considérable.

Par ailleurs s'intéresser aux représentations et attentes réciproques entre des éducateurs et des soignants de pédopsychiatrie semble, à notre connaissance, inédit

d'un point de vue médical, les études retrouvées dans la littérature étant davantage issues des disciplines anthropologiques ou sociales (290).

La population étudiée, les enfants confiés d'âge scolaire, bénéficie de moins d'investigations que les enfants d'âge pré-scolaire ou que les adolescents. Ainsi cette étude permettra de mettre en lumière les troubles plus fréquemment rencontrés dans cette classe d'âge.

La méthodologie mixte à la fois quantitative et qualitative est innovante pour permettre une vision et une compréhension plus complètes du phénomène étudié, et pour intégrer différentes perspectives et interpréter les résultats avec des données provenant de différentes sources. Dans notre cas la méthodologie qualitative associée aux entretiens d'évaluation du partenariat permet de soutenir la méthodologie quantitative liée aux soins proposés à l'issue de l'évaluation en fonction de la clinique développementale décrite.

La méthodologie de recherche sur données permet de limiter le caractère interventionnel et artificiel de l'étude pour l'enfant.

L'inclusion automatique de chaque dossier répondant aux critères d'inclusion sur la période donnée sans échantillonnage permettra de limiter le biais de sélection.

Les données relatives au profil psychopathologique et développemental de l'enfant seront recueillies par des outils standardisés et validés dans la littérature. Les échelles utilisées sont recommandées par la HAS (317). La KSADS-PL est le seul entretien semi-structuré à visée diagnostique basé sur les critères du DSM V et traduit en français. Une limite est l'absence de dépistage et de diagnostic des troubles de l'attachement et des apprentissages, pourtant fréquents dans cette population. Ces éléments pourront être recueillis dans les antécédents ou par le diagnostic clinique. L'absence d'évaluation du style d'attachement est également dommageable néanmoins nous avons renoncé à cette modalité car les outils actuellement validés et traduits en français ne permettent pas une évaluation sans intervention directe et expérimentale sur l'enfant.

Le choix d'une étude descriptive ne permettra pas d'établir de liens de causalité directe, le caractère unicentrique limitera l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la population cible et constituera un biais de sélection puisque la population d'un CMP

n'est pas représentative de l'ensemble des problématiques de santé mentale de la population cible.

L'étude ECCLORE pourrait permettre de mener secondairement une étude multicentrique et d'envisager une étude prospective sur l'effet des soins apportés aux enfants négligés ou maltraités et confiés.

Concernant l'étude d'évaluation des pratiques extraite de ce protocole le choix d'une méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés se justifie par l'absence de données de la littérature permettant d'élaborer une méthodologie quantitative, par exemple par questionnaires standardisés. La recherche qualitative permet en effet de dégager des hypothèses en vue d'un travail quantitatif ultérieur.

Le biais de sélection est inhérent à la méthodologie puisque les professionnels ayant accepté de répondre sont probablement ceux se sentant le plus à même de développer le sujet.

Le choix d'interroger des médecins et des psychologues peut faire perdre en uniformisation des réponses. Néanmoins, n'interroger que des médecins risquait d'amener à se concentrer sur la dimension pathologique en oubliant que certains enfants n'en relèvent pas mais peuvent tout de même être concernés par les missions de la pédopsychiatrie. De plus, le travail partenarial s'effectuant non seulement avec les éducateurs mais aussi au sein même du CMP, cela aurait privé l'étude d'une analyse supplémentaire.

Le choix d'interroger des éducateurs a été guidé par leur rôle de sécurisation vis à vis de l'enfant, nécessaire à l'efficacité des soins proposés, et par leur implication directe dans la vie quotidienne de l'enfant à la fois sur le plan pratique et psychique.

Le nombre de participants, soit 12 entretiens au total avec 6 soignants et 6 éducateurs, est faible. Mais il correspond à la totalité des soignants sollicités. Concernant les éducateurs la faible participation était attendue compte tenu des réticences des professionnels du secteur éducatif à la culture de la recherche et à la crainte sous-jacente de l'évaluation, observations dont la direction des foyers nous avait fait part.

Le choix de retranscrire et d'analyser manuellement les données comporte un risque de biais d'interprétation.

Les questions totalement ouvertes en fin d'entretien sur les pistes d'évolution possibles et les remarques spontanées ont soulevé des hypothèses fécondes et pertinentes.

La restitution prévue en cours et à l'issue de l'étude permettra de formaliser un travail commun tentant de respecter les attentes et besoins réciproques dans l'intérêt des enfants suivis.

Le choix de réaliser les entretiens avec les éducateurs au sein des foyers a permis de créer des conditions propices à l'échange et de renforcer les bénéfices secondaires à cette rencontre. Les éducateurs se sont probablement sentis davantage sécurisés et le déplacement "in situ" du médecin chercheur a permis d'appréhender la réalité du lieu de vie des enfants, en dépassant l'appréhension et les représentations.

II. Discussion des problématiques et des résultats

Place de la pédopsychiatrie

Il nous semble que la place de la pédopsychiatrie auprès de ces enfants et son rôle de diagnostic sont clairement démontrés par notre travail.

Les résultats de notre étude allaient dans ce sens puisque la majorité des professionnels interrogés se prononçait en faveur d'un recours à la pédopsychiatrie pour ces enfants, tous les soignants estimaient qu'ils avaient un rôle à jouer. Une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine retrouvait 90% d'assistantes familiales favorables à une place donnée à la pédopsychiatrie (283). Les données historiques nous ont également montré que pédopsychiatrie et protection de l'enfance ne pouvaient pas être totalement cloisonnées. Par ailleurs ce que les pédiatres et pédopsychiatres ont décrit dès les années 1950 a depuis été confirmé par les neurosciences grâce à la mise en évidence des conséquences épigénétiques et anatomiques des dysrégulations liées au stress (241). Enfin les textes gouvernementaux récents impliquent directement la pédopsychiatrie dans les stratégies nationales de protection de l'enfance. Les données épidémiologiques ne peuvent que renforcer la nécessité de recours à la pédopsychiatrie. Dans un département 32% des enfants confiés bénéficiaient d'un suivi contre 2,6% en population générale (19), dans un autre les adolescents en foyer avaient 5 fois plus

d'antécédents psychiatriques que ceux de la population générale (6). Reste à ce que la protection de l'enfance lui fasse une place satisfaisant les attentes de chacun.

Intérêt des approches développementale, psychopathologique, écosystémique

L'intérêt d'une approche développementale est également confirmé.

Dans notre étude la totalité des professionnels retrouvait des particularités sur le plan du développement. Ces observations sont confirmées par la littérature qui décrit l'impact développemental lié aux situations vécues avant, pendant et après le placement et les conséquences de mécanismes adaptatifs auparavant efficaces mais devenus néfastes dans le contexte nouveau du placement.

La dimension cognitive est la plus citée par les répondants, ce qui est retrouvé dans la littérature(256). L'hétérogénéité de cette atteinte s'y retrouve également, la méta-analyse de Luke retrouve par exemple des difficultés de compréhension des émotions (145), l'étude de Cicchetti retrouve une atteinte de la théorie de l'esprit (146). Les cliniciens interrogés ont eux noté une atteinte des fonctions exécutives. Les enfants de deux des trois cas cliniques présentaient un déficit d'inhibition et une fragilité des fonctions exécutives. La fréquence des difficultés d'apprentissages est donc consensuelle à la fois dans la littérature et dans notre étude.

En revanche la revue de la littérature rapporte peu d'études s'étant intéressé de façon complète, détaillée et individuelle à la clinique développementale des enfants confiés. Les résultats de l'étude ECCLORE devraient permettre de compléter les connaissances avec des données sur le développement à la fois cognitif, psychoaffectif, psychomoteur, langagier d'une vingtaine d'enfants confiés.

Par ailleurs les professionnels interrogés évoquent spontanément les notions de résilience et de facteurs de protection, notions exploitées par la protection de l'enfance au Québec qui en a fait une stratégie de prévention et par l'étude BEIP (Bucharest Early Intervention Project) qui confirme les possibilités de résilience y compris cognitives à la faveur d'une intervention ciblée (318).

Notre travail confirme que la pédopsychiatrie est attendue dans un rôle d'éclairage psychopathologique.

Notre étude rapporte que les attentes principales des éducateurs reposent sur les pistes et retours que les thérapeutes et médecins peuvent leur apporter dans l'idée de s'ajuster au mieux aux besoins particuliers et spécifiques de ces enfants. Notre premier cas clinique montrait que l'éclairage du pédopsychiatre était attendu lors des différents points de rencontre entre les intervenants notamment lors d'une équipe de suivi de scolarisation et lors d'une commission projet pour l'enfant dans une MDS.

Le modèle écosystémique se montre pertinent pour modéliser la place qu'ils occupent et la façon dont ils peuvent exercer leurs rôles au sein de l'écosystème de l'enfant.

En effet notre travail démontre que la place de la pédopsychiatrie n'est pas évidente à trouver pour les soignants qui peuvent éprouver une difficulté pour se représenter la dynamique relationnelle au sein de laquelle évolue l'enfant. Notre premier cas clinique, par exemple, montre les effets possibles d'une interaction entre deux mésosystèmes lorsque la référente ASE me questionne sur la pertinence d'inviter le CMP où est suivi l'enfant à la prochaine synthèse. Cette invitation semble avoir remobilisé ce dernier qui sera finalement présent et pourra exprimer ses observations et ses difficultés. Dans le deuxième cas clinique c'est l'interaction entre les éducateurs et le pédopsychiatre avec une inquiétude commune qui permet l'envoi d'un courrier commun au Juge des enfants, même si celui-ci décide finalement de ne pas suivre leurs préconisations.

Le modèle écosystémique peut permettre un travail commun à partir des besoins de l'enfant.

C'est ce que préconise la démarche nationale de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Dans notre étude tous les éducateurs ont répondu ne pas avoir de langage commun avec la pédopsychiatrie. Aucun d'entre eux n'utilisait de référentiel théorique parmi ceux proposés (théorie de l'attachement, psychanalytique, systémique, cognitivo-comportemental). Le cadre écosystémique, comme l'explique l'article de Ndiaye sur l'écosystème relationnelle en santé mentale de l'enfant, pourrait servir de base à condition de ne pas le "réifier" en sous-systèmes qui sembleraient exister "réellement" mais en se centrant sur les interactions, c'est à dire les relations entre ces différents niveaux (319). Les

psychiatres ont ainsi un rôle à jouer du fait de leur expérience des relations difficiles, qu'on pense qu'elles soient la conséquence des troubles psychiatriques ou qu'on pense qu'elles jouent un rôle dans l'apparition de ces troubles.(319)

Enfin la formation commune est un levier qui semble convenir à tous les éducateurs interrogés. Le Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires "adolescents difficiles" à Marseille réunit par exemple éducateurs de l'ASE et de la PJJ, médecins, travailleurs sociaux. Des pédopsychiatres interviennent également à la Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille (DIMEF) dans des interventions à destinations des caregivers.

Travail en partenariat

Au-delà de trouver un modèle commun, le travail en partenariat notamment entre éducateurs et soignants ne peut trouver cohérence et sens que si les représentations et attentes réciproques sont réfléchies en amont et questionnées face aux risques de difficultés relationnelles voire de clivage.

En effet tous les soignants et éducateurs interrogés rencontraient des difficultés. Si le plan pratique lié aux contraintes organisationnelles était mis en avant, des hypothèses plus profondes sur les mécanismes à l'œuvre étaient spontanément proposées. La spécificité de se retrouver face à un professionnel et non à un parent, les représentations erronées, les priorités différentes, le poids de la responsabilité, la souffrance des professionnels, les transferts et contre-transferts non régulés, la position verticale de la relation thérapeutique sont autant d'hypothèses méritant d'être davantage étudiées puisque la revue de la littérature ne retrouve qu'une seule étude sur la question. Cette étude qualitative de Zotian retrouvait les mêmes hypothèses quant à la position de supériorité parfois prise par les soignants, sur les différences de références théoriques, sur l'attente inconsciente des caregivers d'être "déresponsabilisés" dans les difficultés rencontrées par l'enfant. (397) L'intérêt de travailler ces questions permettrait pourtant de gagner en efficacité dans l'intervention proposée à l'enfant. A ce propos il faut souligner l'approche de la pédopsychiatre Bernheim qui utilisait le concept de "partialité multidirectionnelle" emprunté à Boszormenyi-Nagy afin d'intégrer les différentes visions des partenaires dans une représentation de la réalité appuyée sur l'intersubjectivité permettant de se dégager

des tensions et d'avoir une action thérapeutique sur l'enfant .(271) Allant dans le même sens un des pédopsychiatres interrogé proposait des stages d'observation mutuels entre juges des enfants/pédopsychiatrie/protection de l'enfance. La différence dans les priorités à donner entre soins et scolarité est une illustration, puisque d'après notre étude la raison poussant les soignants à privilégier le soin était lié à la nécessité de sécurisation affective, ce qui est cohérent avec la littérature scientifique (223). La raison pour privilégier la scolarité pour les éducateurs était liée à la reconnaissance de la réussite scolaire comme facteur de résilience dans les études de devenir (93), à laquelle s'ajoute probablement le fait qu'il s'agit d'une balise repérable dans les objectifs dont ils sont les garants dans la prise en charge globale de l'enfant.

Rôle préventif

Le rôle préventif et la prise en charge précoce présentent des bénéfices certains mais nécessitent la prise en compte de certains risques.

L'évaluation systématique renvoie aux risques liés à une utilisation inadéquate si elle est trop systématique et mise en œuvre sans analyse préalable, risques soulevés à la fois du côté des soignants et des éducateurs : stigmatisation, protocolisation, psychiatrisation, prédiction négative. Cela rejoint une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de psychiatrie qui montrait le risque que le recours à la psychiatrie viennent pallier des aléas d'organisation ou de relation entre institutions, oubliant la nécessité de peser les indications de ce recours. (283) Comme nous l'avons vu dans le deuxième cas clinique les enfants peuvent eux-mêmes refuser cette vision psychiatrisée de leur situation, ce que soulignait aussi l'étude qualitative française de Bourgueaux.(19) Les soignants de notre étude, tout en soulignant ces risques, se disaient tout de même en faveur d'une évaluation systématique en différenciant évaluation et suivi. Les éducateurs étaient davantage partagés dans notre étude. Notre revue de la littérature retrouvait un article d'éducateur soulignant le risque évolutif de ne pas dépister certains troubles risquant "d'exploser" à l'adolescence dans une problématique d'adolescent "incassable".(281) Enfin la fréquence des troubles neurodéveloppementaux, notamment des apprentissages, retrouvés dans cette population par les études épidémiologiques et par nos entretiens justifie que ces diagnostics ne soient pas oubliés ni masqués par la situation de placement ou la dimension affective et

relationnelle. Les études notamment anglo-saxonnes sont plus consensuelles sur le rôle préventif que doit tenir la pédopsychiatrie, le dépistage y est même protocolisé (406).

Au-delà du dépistage l'intervention précoce de la pédopsychiatrie axée sur la relation entre l'enfant et son caregiver semble au cœur des préoccupations des soignants interrogés, même s'ils n'expliquent pas forcément toujours pourquoi. L'approche historique a montré que dès les années 1950 les psychiatres se prononçaient déjà en faveur de la nécessité de soins concomitants au placement qui n'était pas "thérapeutique en soi". (84) Cette préoccupation rejoint les études américaines sur l'importance de la sécurisation affective offerte par le caregiver dans l'apparition ou non de troubles psychiques ultérieurs. Les études de Dozier, notamment son essai randomisé, ont montré une diminution des taux de cortisol salivaire et des troubles du comportement chez des enfants dont les caregivers avaient reçus une intervention préventive basée sur l'attachement. (300) Une thèse de psychiatrie relevait que les besoins de soins pour ces enfants n'étaient pas suffisamment pensés en terme de relation d'attachement sécurisée ou insécurisée et plaidait pour une prise en charge particulièrement précoce pour ces enfants.(291) Une autre thèse basée sur une étude rétrospective descriptive d'enfants placés à la naissance allait dans le sens d'une intervention précoce des soins pédopsychiatriques.(320)

Cela pose la question de la propre sécurisation des caregivers dans l'expression des difficultés qu'ils peuvent rencontrer avec l'enfant, et qui implique qu'ils aient suffisamment confiance pour parler de leurs relations avant qu'elles ne deviennent vraiment problématiques. Mais ce qui demande également que les psychiatres ne "pathologisent" pas des relations avant qu'elles ne soient vraiment devenues pathologiques. Dans notre premier cas clinique le rôle du soignant auprès de l'assistante familiale a d'abord été de la sécuriser suffisamment dans l'expression de ses difficultés afin qu'elle puisse secondairement les travailler avec son service. Ces résultats se retrouvent dans une étude américaine rétrospective où le sentiment des caregivers interrogés de faire partie d'une équipe avec "maillage" autour de l'enfant était associé à des placements davantage réussis.(321)

Rôle thérapeutique

L'exercice du rôle thérapeutique de la pédopsychiatrie devrait, d'après notre travail, être adapté aux spécificités liées aux situations et aux enfants confiés.

Si la totalité des soignants interrogés réfutaient l'idée d'une spécificité dans le contenu des prises en charge en revanche l'adaptation de ses modalités faisait davantage consensus. Notre approche développementale avait déjà confirmé des fragilités dans les capacités de mentalisation et de réflexivité, dans le sentiment de continuité, dans le rapport au temps par l'inscription de soi dans le passé et l'avenir. Ainsi la majorité des soignants pensait que les thérapies devraient parfois être plus longues, plus fréquentes, en insistant sur la nécessité de régularité. Les résultats ne vont pas aussi loin que les travaux de Berger qui préconisent de recevoir les enfants confiés de façon quasi-quotidienne (7) mais s'accordent avec l'idée que la psychothérapie classique hebdomadaire ou mensuelle n'est pas toujours suffisante.

Le rapport à la réalité de l'enfant mérite d'être réfléchi et une prise en charge pédopsychiatrique par une équipe semble davantage adaptée.

L'équipe permet de différencier le thérapeute pouvant protéger le monde interne de l'enfant et un autre membre de l'équipe (le médecin est en l'occurrence cité dans notre étude) pouvant faire le lien avec sa réalité externe, qui d'après notre travail, est indispensable à prendre en compte. L'équipe permet par ailleurs de travailler sur plusieurs axes, par exemple sur l'enfant lui-même et sur la relation enfant/caregiver. Cette notion d'espace individuel pour l'enfant dont la vie en collectivité laisse peu de place à l'intimité était partagée à la fois par les soignants et par les éducateurs.

Notre étude confirme que les besoins de santé de leurs enfants peuvent être un levier afin de travailler avec les parents des enfants confiés.

Dans notre étude tous les soignants sauf un les associaient systématiquement à la prise en charge, notamment via la demande d'autorisation de soins pour leur enfant. Notre deuxième cas clinique illustre bien la difficulté de les mobiliser sur un véritable travail, néanmoins la mère de l'enfant a pu demander un rendez-vous au médecin

même si finalement elle n'a pas donné suite, et les informations issues de ces multiples tentatives de liens ont permis d'élaborer des hypothèses sur ce que vivait l'enfant. Nous n'avons pas retrouvé de littérature relative au travail que pouvaient mener les psychiatres d'adulte, qui sont souvent les seuls à avoir accès à ces parents fréquemment suivis en psychiatrie. Néanmoins l'essor actuel de la psychiatrie périnatale pourrait peut-être, en partie, rapprocher les psychiatres d'adultes et les pédopsychiatres autour de problématiques finalement communes.

Missions de la pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie, notamment publique, ne peut pas à elle seule répondre à la totalité des besoins pour ces enfants.

C'est ce que soulignent trois soignants interrogés. Notre travail montre bien toutes les dimensions devant être pensées pour apporter un soin de qualité et cohérent, ce qui a un coût à la fois humain, temporel et financier.

Le rapport relatif à la situation de la psychiatrie des mineurs en France datant du 4 avril 2017 pour être remis au sénat analyse les défis auxquels la pédopsychiatrie doit actuellement faire face et cite un psychiatre soulignant la nécessité de répondre même si la réponse est partielle. Ainsi les structures publiques de pédopsychiatrie pourraient répondre aux demandes d'évaluation sans pour autant proposer systématiquement l'ensemble des soins nécessaires dans leur structure en sollicitant par exemple le libéral. Une coordination doit en revanche être effective afin de garder une cohérence et un maillage autour de l'enfant. Les expérimentations en cours dans plusieurs départements autour du "parcours de santé coordonné" pour l'enfant confié devraient permettre à la pédopsychiatrie de s'ajuster aux nouvelles dispositions légales.

Il semble nécessaire de penser les besoins réels de ces enfants en termes de santé mentale.

Notre étude montrait qu'un des premiers besoins était **relatif à l'évaluation pédopsychiatrique** afin de dépister d'éventuelles pathologies, risques, dysfonctionnements relationnels. Les **besoins de suivi** de type pédopsychiatrique, psychothérapie, psychomotricité, orthophonie étaient appréciés en fonction de

l'évaluation et non de façon systématique. **Les besoins relatifs aux caregivers** dans sa relation à l'enfant font partie des besoins de l'enfant dans la mesure où le méta-besoin de sécurité conditionne l'accomplissement du reste de ses besoins. Ainsi les besoins de soins ne seront pas totalement comblés et les soins ne seront pas pleinement efficaces si l'enfant n'est pas sécurisé, rôle premier de son caregiver. Ces besoins apparaissent dans leurs attentes vis à vis de la pédopsychiatrie notamment par le désir d'être reçus régulièrement, d'être soutenus et d'avoir des "pistes", un soignant évoquait leur probable besoin de "guidance". Le seul éducateur estimant que les soignants ne devaient pas être là "pour lui" était celui disposant de supervisions à la demande. Ce rôle peut ainsi être tenu par l'institution dont relève le caregiver, par l'ASE mais aussi par la pédopsychiatrie. Il nous semble que le psychiatre peut être bien placé dans la mesure où il est parfois plus facile de demander de l'aide à un professionnel extérieur qu'à sa propre institution, d'autant plus lorsque celui-ci est "sur le terrain" avec l'enfant. Que ce soit lui qui assure ce rôle ou quelqu'un d'autre il est nécessaire de se mettre d'accord sur la personne à qui revient cette tâche, même si elle peut être partagée.

Notre travail apporte peu de résultats sur les questions relatives **aux besoins d'hospitalisation** de jour ou complètes, et sur la question des **besoins aux urgences** pédiatriques et psychiatriques où la pédopsychiatrie de liaison est pourtant souvent sollicitée. Un résultat non attendu est le discours dominant des éducateurs interrogés sur le recours trop facile aux psychotropes ou à l'hospitalisation pour ces enfants et qui est contraire aux perceptions des soignants sur les attentes de ces derniers d'atténuer rapidement des symptômes gênants ou de recourir à l'hospitalisation. La littérature permet davantage d'étayer les besoins liés aux recours aux urgences. L'étude rétrospective de Cautenet sur l'évolution des consultations pédopsychiatriques d'urgence dans un CHU retrouve que celles-ci concernent des enfants pris en charge par l'ASE pour un tiers d'entre elles, et ce de façon constante depuis 10 ans.(284) L'étude ECCLORE permettra d'affiner les besoins réels de soins par l'analyse des prises en charge proposées à l'issue des premières consultations, des acteurs sollicités à l'intérieur et à l'extérieur de la structure et par les antécédents d'hospitalisations.

Notre travail permet d'étudier plus en profondeur les freins à l'accès et à la qualité des soins.

Les soignants et éducateurs de notre étude relèvent l'abondance des nouvelles demandes auxquelles la pédopsychiatrie doit faire face, l'absence fréquente de carnet de santé, d'éléments anamnestiques et biographiques, la réticence à s'engager de certains médecins, la pratique parfois trop idéologique, les délais d'attente, la nécessité d'accord parental, l'absence d'invitation aux synthèses de l'ASE, les contraintes organisationnelles des diverses institutions. Ces résultats confirment et complètent ceux de la seule étude sur la question, qui est le rapport de Euillet en 2016 sur l'accès à la santé et le sens des soins chez les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance (290). Les cas cliniques permettent d'ajouter l'instabilité du placement avec des changements d'équipes de soins à la suite des changements de placement et de secteurs géographiques, ou au changement de domicile des parents. Ainsi la première enfant avait eu trois équipes de soin différentes et le deuxième connaîtra probablement un changement lorsqu'il ira en famille d'accueil. Nous pouvons remarquer l'intérêt d'une structure de soin intersectorielle dont a pu bénéficier la première enfant, et qui a probablement permis d'atténuer la brutalité des différentes ruptures liées au changement de famille d'accueil.

La revue de la littérature sur les exemples de partenariat ou structures pensées spécifiquement pour les enfants confiés montre que certains des freins précédemment cités peuvent être dépassés.

Dans le rapport au Sénat de 2016 sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France il est demandé de développer l'intervention des pédopsychiatres dans les services de protection de l'enfance ainsi qu'en Protection Maternelle et Infantile (PMI). Dans ce rapport sont évoquées les consultations conjointes pédiatres/pédopsychiatres et la « pédopsychiatrie de liaison » avec les services de protection de l'enfance « comme elle existe déjà auprès des services de pédiatrie ».(280)

Les équipes mobiles ont l'avantage d'être intersectorielles et de pouvoir se rendre sur place, réduisant les freins liés aux difficultés d'organisation et de changement de

sectorisation. Les consultations dédiées peuvent réduire les délais d'attente et lorsqu'elles ne sont pas strictement sectorisées pourraient être une voie de recours pour les enfants placés en foyers d'urgence qui, en théorie, sont censés être provisoires. Les Maisons des adolescents (MDA) représentent un "accompagnement à l'accompagnement thérapeutique" et permettent de lever certains freins(304). Le "Fil d'Ariane" à Lille en accueillant à la journée ou la demi-journée des enfants confiés avec leurs parents mais aussi avec leur assistante familiale ou leur référente de pouponnière, permet une prise en charge précoce axée sur l'attachement et le lien parents/enfants sans se substituer au travail pouvant être fait lors des visites médiatisées, et permet de lever le frein relatif à l'absence des parents dans les soins, tout en formalisant la collaboration PMI/ASE/pédopsychiatrie par l'intervention d'une pédopsychiatre coordonnant la structure. (305)

Les unités d'accueil familial thérapeutique, structures de pédopsychiatrie publique, sont citées par un des médecins dans notre étude. La revue de la littérature confirme qu'elles permettent d'assurer stabilité, continuité, cohérence au sein d'une équipe pluridisciplinaire se situant au carrefour des besoins de chaque acteur. Les données sur le devenir d'anciens enfants pris en charge au sein de ces structures ne peuvent que confirmer le bien-fondé d'une telle démarche. (264) S'il n'est bien sûr pas possible d'imaginer un tel dispositif pour chaque enfant placé les principes qui l'animent méritent d'être explorés et transposés, dans la mesure du possible, aux modalités actuelles de prises en charge globales de ces enfants.

III. Perspectives et préconisations

L'intérêt de définir sa place et ses rôles pour chaque équipe de soins s'impliquant auprès d'enfants confiés à l'ASE semble essentiel, de même que réfléchir aux objectifs, attentes et représentations réciproques au sein du partenariat mis en place autour de l'enfant en les explicitant.

Sur le partenariat et l'efficacité des soins

Pour renforcer l'engagement des caregivers et ainsi améliorer l'efficacité des soins proposés, **la pédopsychiatrie pourrait formaliser qu'elle a besoin d'eux** contrairement à ce qu'ils semblent penser dans notre étude.

Un médecin interrogé proposait la réalisation par la MECS d'une **synthèse écrite pluridisciplinaire** (éducateurs, psychologue de la MECS, veilleur de nuit, infirmière ou médecin de la structure) à destination du pédopsychiatre pour l'aider lors de son évaluation initiale. **Rencontrer l'équipe de référence ASE** avant la prise en charge pourrait également apporter des éléments sur les parents et leur éventuelle accessibilité ainsi que des informations sur le parcours médical et biographique avant le placement, éléments souvent manquants lorsque nous ne rencontrons que l'équipe de la MECS ou l'assistante familiale. A défaut il conviendrait **que l'on puisse disposer du jugement et de l'enquête sociale** pour connaître les motifs du placement et les conditions de vie avant celui-ci.

Expliciter des principes ou attentes souvent implicites permettrait de dépasser les représentations et renforcer l'efficacité du traitement. L'exemple des divergences à propos du principe de référence illustre cette proposition. L'équipe de soins pourrait par exemple imaginer inviter l'ensemble du groupe d'éducateurs pour une synthèse sur l'enfant en légitimant leur approche groupale. En retour l'éducateur désigné comme référent pourrait fournir un écrit sur ses observations lorsqu'il ne peut être présent aux rendez-vous afin de respecter les besoins du médecin. Un autre exemple fourni par notre étude concerne les fins de prises en charge, semblant difficile à envisager pour les soignants alors que les éducateurs souhaiteraient qu'elles soient pensées tout en restant à disposition. La théorie de l'attachement peut permettre de concevoir une fin de prise en charge en la conceptualisant ensemble comme une tentative d'autonomisation où le soignant resterait disponible en cas de besoin, ce cadre pouvant permettre de rassurer l'éducateur, l'enfant et le soignant lui-même.

La pédopsychiatrie étant attendue sur les retours et les éclairages qu'elle peut fournir pour favoriser une meilleure réponse aux besoins spécifiques de ces enfants **sa participation aux diverses rencontres organisées autour de l'enfant est utile.**

La participation aux commissions projet pour l'enfant (CPPE) semble opportune, à condition que les MDS les y invitent et tiennent compte des hypothèses proposées voire des propositions formulées.

Les liens avec les Juges des Enfants doivent se renforcer dans l'idée d'une confiance mutuelle permettant au Juge de tenir compte de l'avis des pédopsychiatres.

Les équipes des MECS pourraient également inviter les soignants à certaines de leurs synthèses ou en cas de crise particulièrement grave.

La collaboration avec le médecin traitant de l'enfant, médecin de PMI ou libéral, pourrait être davantage exploitée.

Les équipes éducatives et les équipes de suivi de scolarisation au sein des établissements scolaires ayant l'avantage de rassembler la quasi-totalité des acteurs, la participation du pédopsychiatre permettrait une observation particulièrement intéressante de cet écosystème et serait utile dans les axes à donner à la prise en charge. En amont de toutes ces rencontres la concertation du médecin avec l'enfant est nécessaire afin de **préserver l'espace thérapeutique et intime de l'enfant**.

Sur la prise en charge thérapeutique

Si créer des structures consacrées exclusivement aux enfants confiés semble difficile voire risqué il pourrait être intéressant de favoriser des soins par des **équipes intersectorielles** pouvant représenter une sécurisation et une permanence malgré les aléas du placement. Une **consultation dédiée ou une équipe mobile** permettrait également de poser plus rapidement un diagnostic et de faire "tomber la pression" en analysant les principaux enjeux de la situation, dans l'attente d'une prise en charge sur le long terme si nécessaire. Cela pourrait réduire le recours fréquent aux urgences psychiatriques ou pédiatriques.

De la même façon si les thérapies spécifiques peuvent poser la question du risque d'uniformisation et de réduction il semble tout de même pertinent de proposer des soins axés sur le **psychotraumatisme, l'attachement, la mentalisation, la régulation émotionnelle**. De plus les troubles relationnels et émotionnels ne doivent pas empêcher le clinicien de chercher et diagnostiquer des **troubles neurodéveloppementaux**, notamment les troubles spécifiques des apprentissages, et de garder une vision globale de l'enfant en n'oubliant pas les aspects **somatiques et relatifs aux addictions**.

L'information médicale et les sens et objectifs des soins pensés pour l'enfant doivent être suffisamment **explicités pour permettre aux professionnels de s'adapter au mieux aux besoins spécifiques** et permettre des représentations du soin plus claires pour les partenaires afin qu'elles aient du sens pour l'enfant également.

L'indication et la balance bénéfices/risques d'un traitement psychotrope doivent être soigneusement pensées dans le sens où il s'agira d'un nouvel enjeu entre l'enfant, le thérapeute et le caregiver, mais sans oublier pour autant que ce traitement reste

nécessaire dans certaines situations.

L'association du caregiver au traitement de façon générale est indispensable dans la mesure où des réponses sensibles et adaptées aux besoins spécifiques de ces enfants conditionnent l'efficacité ultérieure des soins apportés. Par ailleurs recadrer l'intervention dans le sens "d'aider le caregiver à aider" peut déjouer certains risques inconscients de compétition dans la relation thérapeutique et limiter le caractère stigmatisant pour l'enfant du recours au psychiatre.

Faire preuve de créativité et de souplesse dans ces situations complexes et uniques ne peut qu'être prometteur.

Sur la place du pédopsychiatre

Une autre piste pour augmenter l'efficacité des interventions thérapeutiques pourrait résider dans le **positionnement du pédopsychiatre** et dans son analyse des conflits et tensions inévitables agitant fréquemment les interactions au sein de l'écosystème. Il s'agirait de rester humble et modeste afin de ne pas alimenter les représentations parfois magiques attribuées à la pédopsychiatrie, en s'adaptant aux modalités relationnelles des interlocuteurs et aux enjeux en cours dans les relations. En effet dans certaines situations la position "expertale" peut présenter des intérêts, dans d'autres une position horizontale sera davantage efficace.

Si les données relatives au devenir des enfants confiés peuvent laisser craindre une évolution péjorative possible la pédopsychiatrie doit rester prudente sur les risques de **stigmatisation, de médicalisation d'un phénomène social, de prédiction négative, de fatalisme, de répétition** et favoriser au contraire des **approches par la résilience**. Ne pas oublier qu'un thérapeute peut devenir un "tuteur de résilience" pour l'enfant et que son rapport ultérieur à l'aide psychologique ou psychiatrique pourra être influencé par la sécurisation qu'il aura reçue de ses premiers thérapeutes.

Enfin les conclusions sur l'expérimentation en cours du parcours **de soin coordonné** pour les enfants confiés nous apporteront d'autres observations sur la façon dont la pédopsychiatrie a pu y trouver sa place et permettront probablement d'étoffer ces perspectives.

CONCLUSION

La prise en charge pédopsychiatrique des enfants confiés à l'ASE pose des défis considérables à la pédopsychiatrie. Si les approches développementales et psychopathologiques fournissent des éléments de compréhension face à la fréquence des troubles constatés dans cette population, ces troubles n'en demeurent pas moins difficiles à soigner car les déterminants sont complexes, voire compliqués. Les repères habituels de la pédopsychiatrie peuvent être brouillés tant sur le plan théorique que pratique. L'investissement à fournir pour tenter de maintenir de la stabilité et de la cohérence dans un parcours de vie et de placement souvent agités est considérable.

Néanmoins la pédopsychiatrie peut occuper une place de choix dans l'écosystème des enfants confiés en favorisant une approche ciblée sur leurs besoins fondamentaux et spécifiques. Si une juste place lui est donnée et si elle accepte de s'intégrer et de s'adapter au système, elle pourrait y introduire de la souplesse et de la cohérence, par l'analyse des besoins de chacun dans l'objectif final d'assurer ceux de l'enfant. Ces considérations imposent des précautions sur les risques de stigmatisation et de médicalisation, de même qu'une réflexion sur les besoins, attentes et représentations de chacun.

Notre étude montre qu'un travail commun d'élaboration autour des besoins des enfants confiés est un levier efficace qui peut permettre d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins dispensés. Les résultats de l'étude ECCLORE permettront d'appréhender davantage en profondeur la clinique développementale de ces enfants, de préciser leurs besoins de soins, et d'ouvrir des perspectives sur leurs effets.

Cette base établie, la pédopsychiatrie devra maintenant s'adapter aux modifications de la politique de protection de l'enfance actuellement en cours, et notamment dans le projet de parcours de santé coordonné spécialement prévu pour ces enfants.

ANNEXES

Questionnaire à destination des éducateurs

Pratique professionnelle

- 1) Age ? Sexe ? Profession ? Formation ?
- 2) Nombre d'années d'expériences au sein d'une MECS ?
- 3) Actuellement de combien d'enfants êtes-vous le référent ?
- 4) Travaillez-vous avec un référentiel théorique ? Lequel parmi : psychanalytique / systémique / cognitivisme / théorie de l'attachement / autre :
- 5) Avez-vous des supervisions ? A quelle fréquence ? Estimez-vous ces temps d'analyse suffisants pour vous ajuster aux difficultés de chacun de ces enfants ?
- 6) Quel est selon vous le rôle des psychologues au sein des MECS ?
- 7) Seriez-vous intéressés pour étoffer votre formation concernant les éventuels troubles pédopsychiatriques que les enfants peuvent présenter ? Si oui plutôt sur le plan théorique ? pratique ? les 2 ?
- 8) Repérez-vous des particularités dans le développement des enfants dont vous vous occupez ? Si oui là ou lesquelles ?
- 9) Selon vous quels sont les besoins de ces enfants ? Ont-ils des besoins spécifiques ? Pourquoi ?

Lien avec la pédopsychiatrie

- 10) Selon vous le recours à la pédopsychiatrie pour eux doit-il être : Exceptionnel ? Fréquent ? Systématique ? Pourquoi ?
- 11) Quelle sont vos attentes vis à vis de la pédopsychiatrie ? Que pensez-vous que les soignants attendent de vous ?
- 12) Comment considérez-vous la pédopsychiatrie vis à vis de vous ? (partenaire, soutien, tiers, indépendante, autre ?)
- 13) Arrivez-vous à échanger avec la pédopsychiatrie ? Quelle est la qualité de ces échanges ? Avez-vous l'impression d'un langage commun avec le soin ?
- 14) Rencontrez-vous des difficultés pour travailler avec les partenaires du soin ? Si oui lesquelles ? Quelles sont les divergences les plus fréquentes entre les divers intervenants ? Celles-ci ont-elle pu aboutir à des sur des tensions voire des conflits ?
- 15) En tant que référent, lors d'une prise en charge pédopsychiatrique d'un enfant pensez-vous devoir être associé(e) à celle-ci ? Pourquoi ?
Si oui de quelle façon ?

16) Parmi ces acteurs du soin psychique avec qui avez-vous l'habitude de travailler ?
Centre Médico-Psychologique/Maison Des Adolescents/Hôpital de jour/Services
d'hospitalisation temps plein/Centre Médico Psycho Pédagogique/Pédopsychiatres ou
psychologues libéraux/Psychologues de la MECS/Psychologues de l'ASE

17) Qu'est-ce que selon vous la pédopsychiatrie pense des éducateurs des MECS ou
SOS VDE ?

18) Etes-vous au courant des éventuels diagnostics psychiatriques des enfants dont
vous êtes le référent ? Vous occupez vous d'enfants prenant des traitements
psychotropes ? Si oui vous sentez-vous suffisamment informés par le prescripteur ?

19) Pouvez-vous nous faire part d'une expérience marquante avec un soignant ?

20) Avez-vous des pistes d'évolution ?

Remarques libres :

Questionnaire à destination des soignants

Pratique professionnelle

- 1) âge ? sexe ? profession ? formations ?
- 2) Depuis combien d'années exercez-vous auprès d'enfants ?
- 3) Avez-vous des enfants placés par l'Aide Sociale à l'Enfance en famille d'accueil ou en foyers, parmi votre patientèle et environ combien ?
- 4) Pensez-vous qu'il s'agit du rôle de la pédopsychiatrie de participer à la prise en charge de ces enfants ? Pourquoi ? De façon générale pensez-vous que la pédopsychiatrie joue son rôle vis à vis d'eux ? Pourquoi ?
- 5) Repérez-vous une clinique commune chez ces enfants ? Si oui laquelle ? Repérez-vous des particularités de développement chez ces enfants ? Si oui lesquelles ?

Prise en charge thérapeutique

- 6) Selon vous le recours à l'évaluation pédopsychiatrique pour ces enfants devrait-il être systématique ? Et le soin psychique ? Pourquoi ?
- 7) Selon vous devrait-il y avoir des spécificités dans les modalités de suivi de ces enfants ? (adaptations, fréquence, lieu, autre ?) Et dans le contenu de la prise en charge ? (type de soins, autre ?)
- 8) Intégrez-vous les parents des enfants placés quand cela est possible ? Si oui comment ?
- 9) De façon générale pensez-vous devoir associer les "caregivers" de ces enfants dans la prise en charge ? Si non pourquoi ? Si oui de quelle façon ?
- 10) De façon générale rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge des enfants placés ? Et avec leurs caregivers ?
- 11) Selon vous quelle est la place des psychologues de MECS vis à vis de vous ?

Partenariat avec les caregivers

- 12) Que pensez-vous que les caregivers des enfants placés attendent de la pédopsychiatrie ?
- 13) Selon vous que pensent les caregivers de la pédopsychiatrie ?
- 14) Pouvez-vous raconter une expérience marquante avec un caregiver ?

Pistes d'évolution et remarques libres

- 15) Avez-vous des pistes d'évolution pour la prise en charge de ces enfants ?
- 16) Remarques libres

BIBLIOGRAPHIE

1. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance#Estimation>
2. ONPE. Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement. 2016 oct.
3. Rottman H, Richard P. Se construire quand même. L'accueil familial : un soin psychique [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2009. 416 p. (Monographies de la psychiatrie enfant). Disponible sur: <https://www.cairn.info/se-construire-quand-meme--9782130575702.htm>
4. Rousseau D, Riquin É, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. Rev Française Aff Soc. 15 juin 2016;(1):343-74.
5. Réglier A-C, Siffrein-Blanc C, Centre de droit économique (Aix-en-Provence B-R, Laboratoire de droit privé & de sciences criminelles (Aix-en-Provence B-R, Aix-Marseille Université, éditeurs. L'intérêt de l'enfant: mythe ou réalité?: actes du colloque. 2018.
6. Bronsard G. Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger Pour [Ph.D.]. Marseille; 2012.
7. Berger M. La spécificité du travail clinique en protection de l'enfance. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 juin 2006;54(3):137-41.
8. Calvet MH, Chinosi C, Falavigna D. L'articulation partenariale dans le champ de la protection de l'enfance. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 mars 2011;59(2):120-8.
9. Monod G. Clivages institutionnels et appropriation de l'enfant. Enfances Psy. 2013;N° 60(3):116-26.
10. Aranda C. Le point de vue des parents d'enfants placés avant l'âge de trois ans. Rech Fam. 4 avr 2019;n° 16(1):51-64.
11. Guédénéy N. Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. Devenir. 9 juin 2008;Vol. 20(2):101-17.
12. Boyer-Vidal B, Tereno S. La notion de caregiver dans le cadre de placements d'adolescents en Maison d'enfants à caractère social (mecs). Enfances Psy. 27 juill 2015;N° 66(2):88-98.
13. Lacharité C, Éthier LS, Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. Bull Psychol. 2006;Numéro 484(4):381-94.
14. Barreyre J-Y, Fiacre P. Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables ». Inf Soc. 2009;n° 156(6):80-90.
15. Rutter M. La résilience en face de l'adversité. Etudes Sur Mort. 2002;no 122(2):123-46.

16. CAB_Solidarites, CAB_Solidarites. Renforcement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/renforcement-de-la-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>
17. Code de l'action sociale et des familles - Article L223-1-2. Code de l'action sociale et des familles.
18. Euillet S. Enjeux psychologiques des supports utilisés en recherche auprès d'enfants accueillis en protection de l'enfance. Sociétés Jeun En Diffic Rev Pluridiscip Rech [Internet]. 1 sept 2017 [cité 12 janv 2020];(18). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sejed/8287>
19. Bourgueaux (i), BOURGUEAUX (I.), GUYE (O.), Gavino (k.) F, JACOB (I.). La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. In 2012 [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=463639>
20. Charrel M, Beauvais M-C, Silva ED, sanitaire) C (Centre R-A d'épidémiologie et de prévention. Etude sur les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance de Maine et Loire. Angers: Conseil général de Maine-et-Loire; 2009. 69 p.
21. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author. 2013.
22. Hammoud M, Prudhomme J, Champsaur L, Jego M. L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône. Sante Publique (Bucur). 9 sept 2018;Vol. 30(3):349-59.
23. Even M. Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature. :96.
24. Schmid M, Goldbeck L, Nuetzel J, Fegert JM. Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 28 janv 2008;2(1):2.
25. Linares LO, Martinez-Martin N, Castellanos FX. Stimulant and atypical antipsychotic medications for children placed in foster homes. PloS One. 2013;8(1):e54152.
26. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. Br J Psychiatry J Ment Sci. avr 2007;190:319-25.
27. Tanguy M, Rousseau D, Roze M, Duverger P, Nguyen S, Fanello S. Parcours et devenir de 128 enfants admis avant l'âge de quatre ans en pouponnière sociale. Arch Pédiatrie. 1 nov 2015;22(11):1129-39.
28. Statistics O for N. Mental health of young people looked after by local authorities [Internet]. 2013 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://data.gov.uk/dataset/d232e082-6682-4c08-b0c0-b11c723e0cd1/mental-health-of-young-people-looked-after-by-local-authorities>
29. McCann JB, James A, Wilson S, Dunn G. Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. BMJ. 14 déc 1996;313(7071):1529-30.

30. Pilowsky DJ, Wu L-T. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* avr 2006;38(4):351-8.
31. Meltzer H, Gatward R, Corbin T, Goodman R, Ford T. The Mental Health of Young People Looked After by Local Authorities in England: (616412007-001) [Internet]. American Psychological Association; 2003 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e616412007-001>
32. Jackson LJ, White CR, O'Connell Brien K, DiLorenzo P, Cathcart E, et al. Exploring spirituality among youth in foster care: findings from the Casey Field Office Mental Health Study. *Child Amp Fam Soc Work.* 15:107-17.
33. Katz LY, Au W, Singal D, Brownell M, Roos N, Martens PJ, et al. Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *CMAJ Can Med Assoc J.* 22 nov 2011;183(17):1977-81.
34. Kayser C, Jaunay E, Giannitelli M, Deniau E, Brunelle J, Bonnot O, 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. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* nov 2011;59(7):393-403.
35. Fabbian M. Dr Jean-Pierre Ferley, Frédérique Rouviere, Thomas Gulian, Martine Charrel. :204.
36. Blower A, Addo A, Hodgson J, Lamington L, Towlson K. Mental Health of 'Looked after' Children: A Needs Assessment: *Clin Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 26 juill 2016 [cité 15 janv 2020]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104504039176>
37. Zeanah CH, Scheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J. Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse Negl.* août 2004;28(8):877-88.
38. Gleason MM, Fox NA, Drury S, Smyke A, Egger HL, Nelson CA, et al. Validity of evidence-derived criteria reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mars 2011;50(3):216-231.e3.
39. Rutter M, Andersen-Wood L, Beckett C, Bredenkamp D, Castle J, Groothues C, et al. Quasi-autistic patterns following severe early global privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. *J Child Psychol Psychiatry.* mai 1999;40(4):537-49.
40. Giannitelli M, Plaza M, Guillemont F, Hingant A, Bodeau N, Chauvin D, 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. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 déc 2011;59(8):492-500.
41. de Montaigne L, Bernard O, Da Fonseca D, Gaudart J, Richardson A, Soffer M, et al. Étude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. *Arch Pédiatrie.* 1 sept 2015;22(9):932-42.
42. NSCAW II Wave 3 Report: Wave 3 Tables. :64.
43. Tizard B, Hodges J. The Effect of Early Institutional Rearing on the Development of Eight Year Old Children. *J Child Psychol Psychiatry.* 1978;19(2):99-118.

44. Sheridan M, Drury S, McLaughlin K, Almas A. Early institutionalization: neurobiological consequences and genetic modifiers. *Neuropsychol Rev.* déc 2010;20(4):414-29.
45. Bilaver L, Havlicek J. Foster Children With Autism Spectrum Disorder: Prevalence, Length of Stay, and Placement Patterns. *J Public Child Welf.* 16 janv 2013;7:496-519.
46. Desjardins J. Portrait sociodémographique, anamnétique et psychopathologique des enfants hébergés dans les Centres jeunesse et à qui l'on prescrit des médicaments psychotropes [Internet] [Ph.D.]. [Ann Arbor, United States]; 2014 [cité 16 juin 2019]. Disponible sur: <http://search.proquest.com/docview/1591672112/abstract/691916FC82804264PQ/1>
47. Levy DM. Primary affect hunger. *Am J Psychiatry.* 1937;94:64352.
48. Bowlby J. Maternal care and mental health. *Bull World Health. Organ.* 1951;3(3):355533.
49. Spitz R. La perte de la mère par le nourrisson. *Enfance.* 1948;1(5):373-91.
50. Dugravier R, Guédeney A. Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels. *Psychiatr Enfant.* 2006;Vol. 49(2):405-42.
51. Aubry J. Enfance abandonnée: la carence de soins maternels. Scarabée; 1983. 251 p.
52. Roudinesco null, Appell G. [Repercussions of institutionalization on the psychomotor development of young children]. *Sem Hôpitaux Organe Fonde Par Assoc Enseign Med Hopitaux Paris.* 26 juin 1950;26(47):2271-3.
53. David M, Appell G. Psychothérapie d'un jeune enfant en institution. *Vie Lenfant.* 2014;79-94.
54. David M, Appell G. Étude des facteurs de carence affective dans une pouponnière. *Vie Lenfant.* 2014;208b-237.
55. Pikler E. Manifestations actuelles du syndrome d'hospitalisme dans les pouponnières. 1975;(53):4-10.
56. Pierrehumbert B. Maternage insolite attachement insolite. *Carnet PSY.* 2001;n° 65(5):18-21.
57. David M. L'enfant de 0 à 2 ans [Internet]. Dunod; 2013 [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-enfant-de-0-a-2-ans--9782100598717.htm>
58. Comportement et compétence du nouveau-né - ProQuest [Internet]. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <https://search.proquest.com/openview/4a41e7ee6956b4f8f395ac495d12ecfe/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1817462>
59. Brazelton TB, Greenspan SI. Ce dont chaque enfant a besoin: ses sept besoins incontournables pour grandir, apprendre et s'épanouir. Marabout; 2003. 348 p.
60. Dufour S, Lessard D, Chamberland C. Facilitators and barriers to implementation of the AIDES initiative, a social innovation for participative assessment of children in need and for coordination of services. *Eval Program Plann.* 1 déc 2014;47:64-70.

61. Looking After Children | Child Protection Manual [Internet]. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.cpmanual.vic.gov.au/advice-and-protocols/service-descriptions/out-home-care/looking-after-children>
62. Milani P. Milani P. (2015), Analyse réflexive et co-construction des pratiques entre chercheurs et praticiens pour co-construire l'intervention entre praticiens et familles: questions et défis pour la recherche et la formation, in G. Seraphin (sous la dir. de), Observer l'enfance en danger : articuler recherche et pratique en protection de l'enfance, in La Documentation Française, Paris, juin 2015, pp.15-25. In 2015. p. 15-25.
63. Deleau M. Psychologie du développement. Editions Bréal; 2006. 356 p.
64. Saïas T, Tereno S, Pintaux E, Bouchouchi A, Hoisnard G, Simon-Vernier E, et al. Le développement précoce de l'enfant : évolutions et révolutions. Devenir. 1 juin 2010;Vol. 22(2):175-85.
65. Golse B. L'enfant excitable. *Enfances Psy.* 2001;no14(2):49-56.
66. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant: développement et ... - Philippe Mazet, Serge Stoléro - Google Livres [Internet]. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=z1cF8T-0rGIC&printsec=frontcover&dq=mazet+stolero&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjsrezx-KrmAhVSQBoKHWRKBsUQ6AEIKTAA#v=onepage&q=mazet%20stolero&f=false>
67. Pour la recherche n°50. [Internet]. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR50/PLR50.html>
68. Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). *Devenir.* 2001;Vol. 13(3):27-50.
69. Guedeney A, Dumond C, Grasso F, Starakis N. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant Du concept à l'outil diagnostique. *médecine/sciences.* 1 nov 2004;20(11):1046-9.
70. Marcelli D. Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale.* 2007;n° 44(4):123-9.
71. Tronick E, Beeghly M. Infants' Meaning-Making and the Development of Mental Health Problems. *Am Psychol.* 2011;66(2):107-19.
72. Bowlby J, Panafieu B de. *Attachement et perte: angoisse et colère.* Paris: Presses universitaires de France; 1978. (Le Fil rouge).
73. Guédeney N, Guedeney A, Atger F, Attale C, Bekhechi V, Marcelli D. *L'attachement: approche clinique et thérapeutique.* 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. (Les âges de la vie).
74. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Oxford, England: Lawrence Erlbaum; 1978. xviii, 391. (Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation).
75. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1985;50(1/2):66-104.

76. Bretherton I. Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Ment Health J.* 1990;11(3):237-52.
77. Guédénéy N. Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. *Devenir.* 1 juill 2011;Vol. 23(2):129-44.
78. Mahler MS, Pine F, Bergman A. La naissance psychologique de l'être humain : symbiose humaine et individuation. Payot; 1990. 368 p.
79. Stern DN. Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale. Paris, France: Presses universitaires de France, 1997; 1997. 381 p.
80. Moreau N, Champagne-Lavau M. Théorie de l'esprit et fonctions exécutives dans la pathologie. *Rev Neuropsychol.* 2014;Volume 6(4):276-81.
81. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. The Development of Coping. *Annu Rev Psychol.* 6 déc 2006;58(1):119-44.
82. Lemay M. Les conséquences de l'abandon sur le développement psychosocial de l'enfant et dans ses relations personnelles et sociales. *Rev Droit Univ Sherbrooke.* 1995;25(1):3-24.
83. Tarren-Sweeney M. An Investigation of Complex Attachment- and Trauma-Related Symptomatology Among Children in Foster and Kinship Care. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1 déc 2013;44(6):727-41.
84. David M, Soulé M. Le Placement familial: de la pratique à la théorie. Paris: ESF; 1988. (La Vie de l'enfant).
85. Berger M, Bonneville E. 1. Pathologie des traumatismes relationnels précoces et placement familial spécialisé [Internet]. Presses Universitaires de France; 2009 [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/se-construire-quand-meme--9782130575702-page-227.htm>
86. David SP, Denise M, Michel L. Le moindre mal : la question du placement de l'enfant. Montréal: Presses de l'université; 1996. 463 p. (Intervenir).
87. Misès R. 78. Les pathologies limites de l'enfance [Internet]. Vol. 2e éd. Presses Universitaires de France; 2004 [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--9782130545576-page-1347.htm>
88. Stovall-McClough KC, Dozier M. Forming attachments in foster care: infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Dev Psychopathol.* 2004;16(2):253-71.
89. Guédénéy N, Tereno S, Tissier J, Guédénéy A, Greacen T, Saïas T, et al. Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : de la théorie à la pratique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 juill 2012;60(5):362-6.
90. George C, Solomon J. The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In: *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008. p. 833-56.
91. Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev.* déc 2005;7(4):349-67.

92. Pierrehumbert B. Attachement et psychopathologie. *Enfance*. 2003;Vol. 55(1):74-80.
93. Anaut M. Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*. 2002;no77(1):101-18.
94. Sroufe LA, Rutter M. The Domain of Developmental Psychopathology. *Child Dev*. 1984;55(1):17-29.
95. A. Bosma H. Introduction à la psychopathologie développementale. *Oriental Sc Prof*. 15 juin 2006;(35/2):251-68.
96. Rutter SMJ, Bishop SD, Pine SD, Scott SS, Stevenson SJS, Taylor SEA, et al. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. John Wiley & Sons; 2011. 2149 p.
97. Bateson G. *Vers une écologie de l'esprit*. Tome I Tome I. 1995.
98. naves et cathala. Rapport Naves Cathala : « Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille » - JO juin 2000 Rapport n° 2000084. 2000 juin. Report No.: 2000084.
99. Mowbray C, Oyserman D, Zemencuk J, Ross S. Motherhood for women with serious mental illness: pregnancy, childbirth, and the postpartum period. *Am J Orthopsychiatry*. 1 févr 1995;65:21-38.
100. Chatelle N, de Becker E. Troubles psychiatriques et parentalité : entre soins psychiatriques pour l'adulte et protection de l'enfance. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 oct 2016;174(8):627-33.
101. Campbell SB. Behavior Problems in Preschool Children: A Review of Recent Research. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36(1):113-49.
102. Wendland J. Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature. *Carnet Notes Sur Maltraitements Infant*. 2 août 2017;N° 6(1):5-27.
103. Bonneville-Baruchel E. Les traumatismes relationnels précoces [Internet]. ERES; 2015 [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/les-traumatismes-relationnels-precoces--9782749246536.htm>
104. Howard L. The psychosocial outcome of pregnancy in women with psychotic disorders. *Schizophr Res*. nov 2004;71(1):49-60.
105. Lamour M, Barraco M. Souffrances autour du berceau: des émotions au soin. Montréal: G. Morin; 1998. (Interventions psycho-sociales).
106. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. mars 2007;20(3):189-209.
107. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. oct 2010;67(10):1012-24.

108. Guedeney N. A propos des mères déprimées : l'impact de la dépression sur les interactions précoces : analyse des travaux anglo-saxons. *Propos Mères Déprimées Impact Dépress Sur Interact Précoces Anal Trav Anglo-Saxons*. 1993;40(8):496-502.
109. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev*. juill 2006;29(3):445-55.
110. Mickelson K, Kessler R, Shaver P, Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR. Adult attachment in a nationally representative sample. *J Pers Soc Psychol*. 1 déc 1997;73:1092-106.
111. Holzer L, Jaughey L, Sofia C, Corthésy Y. Les enfants de parents souffrant de psychose. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. nov 2013;171(9):618-22.
112. Goodman SH. Emory University Project on Children of Disturbed Parents. *Schizophr Bull*. 1987;13(3):411-23.
113. Niemi LT, Suvisaari JM, Haukka JK, Lönnqvist JK. Childhood predictors of future psychiatric morbidity in offspring of mothers with psychotic disorder: results from the Helsinki High-Risk Study. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. févr 2005;186:108-14.
114. Wan MW, Warren K, Salmon MP, Abel KM. Patterns of maternal responding in postpartum mothers with schizophrenia. *Infant Behav Dev*. sept 2008;31(3):532-8.
115. Hobson RP, Patrick M, Crandell L, García-Pérez R, Lee A. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2005;17(2):329-47.
116. Crandell LE, Patrick MPH, Hobson RP. 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *Br J Psychiatry*. sept 2003;183(3):239-47.
117. Apter-Danon G, Candilis-Huisman D. A CHALLENGE FOR PERINATAL PSYCHIATRY: THERAPEUTIC MANAGEMENT OF MATERNAL BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND THEIR VERY YOUNG INFANTS. 2005;14.
118. Guédénay A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb). *Psychiatr Infant*. 2001;Vol. 44(1):211-31.
119. Stepp SD, Whalen DJ, Pilkonis PA, Hipwell AE, Levine MD. Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personal Disord*. janv 2012;3(1):76-91.
120. Gaensbauer TJ, Harmon RJ, Cytryn L, McKnew DH. Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *Am J Psychiatry*. févr 1984;141(2):223-9.
121. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. juill 2008;115(8):1043-51.
122. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Croudace T, Cooper P. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *J Child Psychol Psychiatry*. oct 2010;51(10):1150-9.
123. Martins C, Gaffan EA. Effects of Early Maternal Depression on Patterns of Infant–Mother Attachment: A Meta-analytic Investigation. *J Child Psychol Psychiatry*. sept 2000;41(6):737-46.

124. Picco M, Carel A. Évitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce. *Psychiatr Infant*. 2002;Vol. 45(1):171-205.
125. Ciccone A, Lhôpital M. Naissance à la vie psychique - 3e éd. Dunod; 2019. 260 p.
126. Byng-Hall J. Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. *Fam Process*. 2002;41(3):375-88.
127. Bourdier P. L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux : problèmes cliniques et théoriques. *Rev Fr Psychanal*. 1972;36, n° 1:19-42 (24 pages).
128. Zucker D. Pour introduire le faux self. *Oxalis*. 2012;19-21.
129. de Becker E. Avoir un parent malade mental : repères diagnostiques et thérapeutiques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. oct 2011;59(6):348-55.
130. Ross RG, Compagnon N. Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophr Res*. 30 mai 2001;50(1-2):121-9.
131. Thaker G, Adami H, Moran M, Lahti A, Cassady S. Psychiatric illnesses in families of subjects with schizophrenia-spectrum personality disorders: high morbidity risks for unspecified functional psychoses and schizophrenia. *Am J Psychiatry*. janv 1993;150(1):66-71.
132. Nigg JT, Goldsmith HH. Genetics of personality disorders: perspectives from personality and psychopathology research. *Psychol Bull*. mai 1994;115(3):346-80.
133. Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ. Individual Characteristics, Familial Experience, and Psychopathology in Children of Mothers With Borderline Personality Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2006;45(8):965-72.
134. Craddock N, Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet*. août 1999;36(8):585-94.
135. Pupier F, Scappaticci R. Trouble bipolaire et parentalité. Exploration des caractéristiques cliniques des enfants de parents bipolaires. *Eur Psychiatry*. 1 nov 2015;30(8):S133.
136. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*. juin 2006;163(6):1001-8.
137. Kvalevaag A, Ramchandani P, Hove O, Assmus J, Eberhard-Gran M, Biringier E. Paternal Mental Health and Socioemotional and Behavioral Development in Their Children. *Pediatrics*. 6 janv 2013;131.
138. Gorza M. La maltraitance pendant l'enfance et ses conséquences : un enjeu de santé publique / Child Maltreatment and its Consequences: A Public Health Issue. :40.
139. Bellon L. À quoi sert un juge des enfants ? *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 1 mai 2011;14(1):38-46.
140. Becker E de, Cabillau E, Chapelle S. Pratique de réseau et maltraitance d'enfants. *Ther Fam*. 6 juill 2011;Vol. 32(2):231-51.
141. Guédeney N. 8 - Maltraitance et négligence de l'enfant : apport de la théorie de l'attachement. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. *L'attachement : Approche Clinique et Thérapeutique (Quatrième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016 [cité 6 déc 2019]. p. 99-113. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294745195000087>

142. Onzième rapport annuel - Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.onpe.gouv.fr/publications/onzieme-rapport-annuel-enfants-en-risque-danger-enfants-proteges-quelles-donnees>
143. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol.* sept 2006;18(3):623-49.
144. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349.
145. Luke N, Banerjee R. Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Dev Rev.* 1 mars 2013;33:1–28.
146. Cicchetti D, Rogosch FA, Maughan A, Toth SL, Bruce J. False belief understanding in maltreated children. *Dev Psychopathol.* 2003;15(4):1067-91.
147. Font SA, Berger LM. Child maltreatment and children's developmental trajectories in early to middle childhood. *Child Dev.* avr 2015;86(2):536-56.
148. Fonagy P, Target M. The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology. *J Personal Disord.* déc 2006;20(6):544-76.
149. Romano E, Babchishin L, Marquis R, Fréchette S. Childhood maltreatment and educational outcomes. *Trauma Violence Abuse.* 2015;16(4):418-37.
150. Lind K, Laurent-Vannier A, Toure H, Brugel D-G, Chevignard M. « Le syndrome du bébé secoué : les séquelles ? ». /data/revues/0929693X/v20i4/S0929693X12002102/ [Internet]. 25 mars 2013 [cité 22 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/796211>
151. Widom CS, Czaja SJ, Bentley T, Johnson MS. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *Am J Public Health.* juin 2012;102(6):1135-44.
152. Herman JL. *Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma.* :15.
153. Ferenczi S. *Journal clinique. Rev Francaise Psychosom.* 9 nov 2012;n° 42(2):19-21.
154. Berger M, Bonneville E, Andre P, Rigaud C. *L'enfant très violent : origine, devenir, prise en charge.* Wwwem-Premiumcomdatarevues022296170055000707000098 [Internet]. 11 déc 2007 [cité 8 juin 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/68013/>
155. Heuzey M-FL. *L'enfant maltraité : le regard du pédopsychiatre.* Laennec. 2008;Tome 56(1):26-33.
156. Widom CS. *Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up.* *Am J Psychiatry.* 1999;7.
157. Roth S, Newman E, Pelcovitz D, van der Kolk B, Mandel FS. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress.* oct 1997;10(4):539-55.

158. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Negl.* août 2008;32(8):797-810.
159. Brandon M, Thoburn J. Safeguarding children in the UK: a longitudinal study of services to children suffering or likely to suffer significant harm. *Child Fam Soc Work.* 2008;13(4):365-77.
160. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* juin 2008;32(6):607-19.
161. Cohen D. Probabilistic epigenesis: an alternative causal model for conduct disorders in children and adolescents. *Neurosci Biobehav Rev.* janv 2010;34(1):119-29.
162. Rutter M, O'Connor TG, English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Dev Psychol.* janv 2004;40(1):81-94.
163. Kay C, Green J. Reactive Attachment Disorder following Early Maltreatment: Systematic Evidence beyond the Institution. *J Abnorm Child Psychol.* mai 2013;41(4):571-81.
164. Becker E de. Comment la maltraitance intrafamiliale se répète-t-elle? /data/revues/02229617/00550004/0700102X/ [Internet]. 16 oct 2007 [cité 22 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/66400>
165. Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Kaplow J. A 12-Year Prospective Study of the Long-term Effects of Early Child Physical Maltreatment on Psychological, Behavioral, and Academic Problems in Adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med.* août 2002;156(8):824-30.
166. Garret-Gloanec N, Pernel A-S. Conséquences des négligences parentales sur les bébés. *Inf Psychiatr.* 15 nov 2012;Volume 88(3):195-207.
167. Attachment Representations in a Sample of Neglected Preschool-Age Children - Michèle Venet, Jean-François Bureau, Catherine Gosselin, France Capuano, 2007 [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0143034307078534>
168. Ethier LS, Lemelin J-P, Lacharité C. A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse Negl.* déc 2004;28(12):1265-78.
169. Baker LL, Cunningham AJ. Helping Children Thrive: Supporting Woman Abuse Survivors as Mothers [Internet]. 2004 [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.deslibris.ca/ID/10099181>
170. Popov Dubé M. (2008). Les pères filicides : la violence conjugale en filigrane. In S. Arcand, D. Damant, S. Gravel et E. Harper (Éds), *Violences faites aux femmes. Montréal : Presses de l'Université du Québec. Collection Problèmes sociaux et interventions | Les enfants exposés à la violence conjugale* [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.enfants-exposes.criviff.qc.ca/node/851>
171. Racamier P-C. L'inceste et l'incestuel [Internet]. Dunod; 2010 [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-inceste-et-l-incestuel--9782100540402.htm>

172. de Becker E, Maertens M-A. Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 nov 2015;173(9):805-14.
173. Gennart M. Effraction sexuelle et brisure du soi. *Psychotherapies.* 2 déc 2011;Vol. 31(4):271-84.
174. Arriola KRJ, Louden T, Doldren MA, Fortenberry RM. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse Negl.* 2005;29(6):725-46.
175. Yates TM, Carlson EA, Egeland B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol.* ed 2008;20(2):651-71.
176. Golse B. Insister-Exister : de l'être à la personne [Internet]. Presses Universitaires de France; 1990 [cité 23 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/insister-exister-de-l-etre-a-la-personne--9782130428077.htm>
177. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence , numéros : 8-9. VICISSITUDES DU TRAVAIL DE SEPARATION DE L'ENFANCE A L'ADOLESCENCE. par Collectif , Pl. Assoun - P. Mazet - L. Barbrel - L. Conquy - R. Mises - C. Mille - C. Cassagne - F. Moroy - F. Roquilly - D. Bailly - I.Lambin - G. Garzon ,: Societe francaise de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris - Books+ [Internet]. [cité 23 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.abebooks.fr/Neuropsychiatrie-lEnfance-lAdolescence-numeros-8-9-VICISSITUDES/5157644172/bd>
178. Golse B. 23. Les séparations précoces : thérapeutiques ou traumatiques ? *Vie Lenfant.* 2010;227-31.
179. David M. Séparation précoce : traumatisme de la première enfance ? *Dialogue.* 2005;no 168(2):97-105.
180. BERGER (Maurice), BERGER (Maurice), GRANGEARD (Françoise). Questionner la pratique en placement familial. *Quest Prat En Place Fam.* 1997;
181. David M, Cadart M-L. Prendre soin de l'enfance: Textes et commentaires recueillis par Marie-Laure Cadart. Eres; 2014. 1366 p.
182. ONPE. Penser petit. Des politiques et des pratiques au service des enfants de moins de 6 ans confiés. Mars PDF Free Download [Internet]. [cité 23 déc 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/amp/122342200-Onpe-penser-petit-des-politiques-et-des-pratiques-au-service-des-enfants-de-moins-de-6-ans-confies-mars-2019.html>
183. Trent J, Berridge D, Cleaver H. Foster Home Breakdown. *Contemp Sociol.* 1 mars 1989;18:257.
184. Schofield G, Beek M. Attachment Handbook for Foster Care and Adoption [Internet]. London: BAAF; 2006 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: <https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/41223/>
185. Wotherspoon E, O'Neill-Laberge M, Pirie J. Meeting the emotional needs of infants and toddlers in foster care: The collaborative mental health care experience. *Infant Ment Health J.* juill 2008;29(4):377-97.
186. Vivre un parcours de placement. Un champ des possibles pour l'enfant, les parents et la famille d'accueil [Internet]. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sejed/6428>

187. Bos K, Zeanah CH, Fox NA, Drury SS, McLaughlin KA, Nelson CA. Psychiatric outcomes in young children with a history of institutionalization. *Harv Rev Psychiatry*. févr 2011;19(1):15-24.
188. Browne K, Hamilton-Giachritsis C, Johnson R, Ostergren M. Overuse of institutional care for children in Europe. *BMJ*. 23 févr 2006;332(7539):485-7.
189. Rapoport D. L'Opération pouponnières, d'hier à aujourd'hui : placement ou lieu de vie ? /data/revues/12594792/v38i296/S1259479217300378/ [Internet]. 10 mai 2017 [cité 10 déc 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1121328>
190. Violon M, Wendland J. Les relations professionnels/enfants dans les pouponnières et foyers de l'enfance : la notion de référence. *Psychiatr Enfant*. 2014;Vol. 57(2):581-616.
191. Dozier M, Zeanah CH, Wallin AR, Shaffer C. Institutional Care for Young Children: Review of Literature and Policy Implications. *Soc Issues Policy Rev*. 2012;6(1):1-25.
192. Bruwier G. Prendre soin du bébé placé. :34.
193. Mascaró R, Dupuis-Gauthier C, Jardri R, Delion P. Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir*. 4 juill 2012;Vol. 24(2):69-115.
194. La recherche clinique en psychopathologie: perspectives critiques - Odile Bourguignon, Monique Bydlowski - Google Livres [Internet]. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=OushAQAAMAAJ&q=Bourguignon+et+Bydlowski&dq=Bourguignon+et+Bydlowski&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwj2ioqK9qvmAhUPWhUIHYasB9IQ6AEIKTAA>
195. Berger M. Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale (première version). *Dialogue*. 2001;no 152(2):33-62.
196. Zeanah C, Nelson C, Fox N, Smyke A, Marshall P, Parker S, et al. Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project. *Dev Psychopathol*. 1 févr 2003;15:885-907.
197. Minnis H, Marwick H, Arthur J, McLaughlin A. Reactive attachment disorder—a theoretical model beyond attachment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 sept 2006;15(6):336-42.
198. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E, Bucharest Early Intervention Project Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Dev*. oct 2005;76(5):1015-28.
199. Rutter M, Colvert E, Kreppner J, Beckett C, Castle J, Groothues C, et al. Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: disinhibited attachment. *J Child Psychol Psychiatry*. janv 2007;48(1):17-30.
200. Hodges J, Tizard B. Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. janv 1989;30(1):77-97.
201. Wisner Fries AB, Pollak SD. Emotion understanding in postinstitutionalized Eastern European children. *Dev Psychopathol*. 2004;16(2):355-69.
202. Bruce J, Tarullo AR, Gunnar MR. Disinhibited Social Behavior Among Internationally Adopted Children. *Dev Psychopathol*. 2009;21(1):157-71.

203. IJzendoorn MH van, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol.* mars 1999;11(2):225-49.
204. Guédeney A, Guédeney N. 13 - Troubles de l'attachement chez le jeune enfant. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. *L'attachement: Approche Clinique et Thérapeutique (Quatrième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016 [cité 5 déc 2019]. p. 175-88. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294745195000130>
205. Smyke AT, Zeanah CH, Gleason MM, Drury SS, Fox NA, Nelson CA, et al. A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *Am J Psychiatry.* mai 2012;169(5):508-14.
206. Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited ty... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21334562>
207. Sonuga-Barke EJS, Rubia K. Inattentive/overactive children with histories of profound institutional deprivation compared with standard ADHD cases: a brief report. *Child Care Health Dev.* sept 2008;34(5):596-602.
208. Ponciano L. Attachment in Foster Care: The Role of Maternal Sensitivity, Adoption, and Foster Mother Experience. *Child Adolesc Soc Work J.* 1 avr 2010;27:97-114.
209. Dozier M, Zeanah CH, Bernard K. Infants and Toddlers in Foster Care. *Child Dev Perspect.* 2013;7(3):166-71.
210. Neyrand G. La parentalité d'accueil. *Dialogue.* 2005;no 167(1):7-16.
211. STEINHAUER PD. The Least Detrimental Alternative: A Systematic Guide to Case Planning and Decision Making for Children in Care [Internet]. University of Toronto Press; 1991 [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: www.jstor.org/stable/10.3138/9781442676626
212. Potin É. Les « enfants déplacés ». *Prat Champ Soc.* 2012;127-66.
213. Hillen T, Gafson L. Why good placements matter: Pre-placement and placement risk factors associated with mental health disorders in pre-school children in foster care. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 14 avr 2014;20.
214. Newton RR, Litrownik AJ, Landsverk JA. Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse Negl.* 1 oct 2000;24(10):1363-74.
215. Villodas MT, Litrownik AJ, Newton RR, Davis IP. 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. *J Pediatr Psychol.* févr 2016;41(1):46-54.
216. Rubin DM, O'Reilly ALR, Luan X, Localio AR. The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care. *Pediatrics.* févr 2007;119(2):336-44.
217. Code civil - Article 381-1. Code civil.

218. Liébert P. Dysparentalité extrême et placement définitif de l'enfant. *Enfances*. 2015;73-80.
219. Chapon N. Le placement des enfants de la France au Québec : deux politiques, une même intention. :11.
220. Liébert P. Les principaux traumatismes psychiques chez les enfants confiés à l'ASE. *Enfances*. 2015;53-60.
221. Delaville E, Pennequin V. Le délaissement parental : quelles conséquences sur la régulation émotionnelle des enfants et adolescents placés en famille d'accueil ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 oct 2018;66(6):344-54.
222. Chaponnais M. Les enfants. *Enfances*. 2009;2e ed.:147-64.
223. Guédeney N. 7 - L'apport de la théorie de l'attachement à la situation de placement des enfants. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. *L'attachement : Approche Clinique et Thérapeutique (Quatrième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016 [cité 1 nov 2019]. p. 77-97. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294745195000075>
224. Mouhot F. Séparations parents/enfant : impact de l'âge des enfants sur leur évolution. *Psychiatr Infant*. 2003;Vol. 46(2):609-29.
225. Haight WL, Black JE, Workman CL, Tata L. Parent-child interaction during foster care visits. *Soc Work*. oct 2001;46(4):325-38.
226. Berger DM. Les visites médiatisées, un dispositif en danger. :22.
227. Corbillon (M.), Corbillon (M.), Assailly (J.P.), Duyme (M.). *L'enfant placé : de l'Assistance Publique à l'Aide Sociale à l'Enfance*. Paris: La Documentation française; 1990.
228. Arnaud M. Forme de résilience dans le groupe fraternel. *Divan Fam*. 2003;N° 10(1):123-31.
229. Scelles R, Picon I, Dayan C. Accueil conjoint des enfants d'une même fratrie dans le cas de placement : intérêts et limites. *Rev Int Educ Fam*. 2007;n° 22(2):117-35.
230. Sapolsky RM. Why Stress Is Bad for Your Brain. *Science*. 9 août 1996;273(5276):749-50.
231. Linares LO, Stovall-McClough KC, Li M, Morin N, Silva R, Albert A, et al. Salivary cortisol in foster children: A pilot study. *Child Abuse Negl*. 1 juin 2008;32(6):665-70.
232. Bernard K, Butzin-Dozier Z, Rittenhouse J, Dozier M. Cortisol Production Patterns in Young Children Living With Birth Parents vs Children Placed in Foster Care Following Involvement of Child Protective Services. *Arch Pediatr Adolesc Med*. mai 2010;164(5):438-43.
233. Cicchetti D, Rogosch FA, Oshri A. Interactive effects of CRHR1, 5-HTTLPR, and child maltreatment on diurnal cortisol regulation and internalizing symptomatology. *Dev Psychopathol*. nov 2011;23(4):1125-38.
234. Ladha K, Monhonval P, Lotstra F. Traces épigénétiques des carences affectives précoces. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 2012;n° 49(2):205-17.

235. Perroud N, Paoloni-Giacobino A, Prada P, Olié E, Salzmann A, Nicastro R, et al. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Transl Psychiatry*. 13 déc 2011;1:e59.
236. Kelly PA, Viding E, Wallace GL, Schaer M, De Brito SA, Robustelli B, et al. Cortical thickness, surface area, and gyrification abnormalities in children exposed to maltreatment: neural markers of vulnerability? *Biol Psychiatry*. 1 déc 2013;74(11):845-52.
237. Woon FL, Hedges DW. Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Hippocampus*. 2008;18(8):729-36.
238. Loman MM, Johnson AE, Westerlund A, Pollak SD, Nelson CA, Gunnar MR. The Effect of Early Deprivation on Executive Attention in Middle Childhood. *J Child Psychol Psychiatry*. janv 2013;54(1):37-45.
239. Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, Vaituzis C, Giedd JN, Andersen SL. Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biol Psychiatry*. 15 juill 2004;56(2):80-5.
240. Teicher MH, Samson JA. Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *Am J Psychiatry*. 1 oct 2013;170(10):1114-33.
241. Vulliez-Coady L, Darnaudéry M. 10 - Neurosciences et attachement. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. *L'attachement : Approche Théorique (Quatrième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2015 [cité 4 janv 2020]. p. 105-15. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294745201000109>
242. Strüber N, Strüber D, Roth G. Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. janv 2014;38:17-37.
243. Schore AN. *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1994. xxxiv, 670. (Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development).
244. Salmona M. Mémoire traumatique [Internet]. ERES; 2019 [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/exil-et-violence-politique-les-paradoxes--9782749262680-page-93.htm>
245. Chagnon J-Y. René Diatkine, « Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant (ou des limites de la psychiatrie infantile) », *La Psychiatrie de l'enfant*, 1967, vol. X, 1, 1-42 [Internet]. Dunod; 2012 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/quarante-cinq-commentaires-de-textes-en-psychopath--9782100578146-page-215.htm>
246. Lighezzolo J, Tychev C de. *La résilience: se (re)construire après le traumatisme*. Paris: In press; 2004. (Collection Psych-Pocket).
247. Bustany P, Laurent M, Cyrulnik B, Tychev C de. Les déterminants neurobiologiques de la résilience [Internet]. ERES; 2015 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/violence-subie-et-resilience--9782749247861-page-17.htm>

248. Lemay M. La résilience devant la violence. :14.
249. Cupa D. L'attachement: perspectives actuelles. Paris: EDK; 2001. (Collection Pluriels de la psyché).
250. Losel F, Bliesener T. Some High-risk Adolescents do not Develop Conduct Problems: A Study of Protective Factors: *Int J Behav Dev* [Internet]. 30 juin 2016 [cité 4 janv 2020]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/016502549401700411>
251. Drapeau S, Saint-Jacques M-C, Lépine R, Bégin G, Bernard M. La résilience chez les jeunes hébergés en milieu substitut. *Serv Soc.* 2004;51(1):78-97.
252. Oui A. Vivre en famille d'accueil : à qui s'attacher ?, Catherine Sellenet, Belin, coll. : « Naître, grandir, devenir », 224 p., 2017. *Rech Fam.* 4 avr 2019;n° 16(1):169-70.
253. Jackson S, Martin PY. Surviving the care system: education and resilience. *J Adolesc.* oct 1998;21(5):569-83.
254. Denecheau B, Blaya C. Les attentes des éducateurs sur la scolarité des enfants placés en France et en Angleterre. Une estimation des possibles a minima. *Sci Educ - Pour Ere Nouv.* 2014;Vol. 47(4):69-92.
255. Fawley-King K, Snowden LR. Relationship between placement change during foster care and utilization of emergency mental health services. *Child Youth Serv Rev.* 1 févr 2012;34(2):348-53.
256. Berger M, Castellani C, Ninoreille K, Basset T, Frere-Meusnier D, Rigaud C. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. /data/revues/02229617/v58i5/S0222961709002050/ [Internet]. 4 août 2010 [cité 4 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/261390>
257. Luce A, Tremblay H. La régulation des émotions par le coping chez les enfants et adolescents de sept à 16ans placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 mars 2013;61(2):93-100.
258. Mouhot F. Le devenir des enfants. De l'aide sociale à l'enfance. *Devenir.* 2001;Vol. 13(1):31-66.
259. Frechon I. Insertion sociale et familiale de jeunes femmes anciennement placées en foyer socio-éducatif [Internet] [phdthesis]. Université de Nanterre - Paris X; 2003 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00989328>
260. Dumaret A-C, Coppel-Batsch M. évolution a l'âge adulte d'enfants places en familles d'accueil. :48.
261. Corbillon M, Assailly J-P, Duyme M. L'aide sociale à l'enfance : descendance et devenir adulte des sujets placés. *Population.* 1988;43(2):473-9.
262. Frechon I, Breugnot P, Marquet L. en protection de l'enfance. Lorsque le passé dessine l'avenir. :27.
263. Dumaret A-C, Guerry E, Crost M. Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 août 2011;59(5):289-98.

264. Novo A, Richard P, Pavelka M, Fourès C, Eutrope J, Rosenblum O, et al. Analyse quantitative et qualitative du devenir d'adultes placés lors de leur enfance puis admis en accueil familial thérapeutique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 nov 2019;67(7): 319-27.
265. Thurin J-M, Thurin M. Psychanalyse et thérapies systémiques : écarts et complémentarité. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux.* 2010;n° 45(2):67-89.
266. Approche Par Écosystème [Internet]. [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_lCiLFjnSVEJ:https://www.cb.d.int/doc/publications/ea-text-fr.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-d
267. Absil G, Vandoorne C, Demarteau M. Bronfenbrenner, écologie du développement humain. *Réflexion et action pour la promotion de la santé.* 2012 [cité 18 janv 2020]; Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/114839>
268. Bernard C. éd° Garnier-Flammarion (1966). :3.
269. Harden BJ. Safety and Stability for Foster Children: A Developmental Perspective. *Future Child.* 2004;14(1):31-47.
270. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.
271. Bernheim B. Le soin à travers le travail de partenariat. *Empan.* 6 déc 2017;n° 108(4):56-62.
272. Cervera M, Jung C. Association de Promotion des Expérimentations Sociales (APEX1). 2016;150.
273. Zotian E. Les professionnels face aux modes d'expression des jeunes enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance. :160.
274. Berger M. Réflexions sur le partenariat et l'interdisciplinarité. *Enfances.* 2012;219-32.
275. Welniarz B. Pédopsychiatrie et services de protection de l'enfance : quels liens ? *Perspect Psy.* 2007;Vol. 46(1):9-10.
276. Richard P. Protection de l'enfance et pédopsychiatrie ? *Perspect Psy.* 2004;Vol. 43(5):341-2.
277. Berger M. Une spécialité peu investie par les psychiatres. *Enfances.* 2014;73-80.
278. Hayez J-Y. Pédopsychiatrie sociale : enfants placés en institutions pour « cas sociaux ». *Psychotherapies.* 1 sept 2010;Vol. 30(3):135-42.
279. Mounier B. Spécificités des cures d'enfants placés en famille d'accueil : réflexions sur le maintien du lien. *Psychiatr Infant.* 2009;Vol. 52(2):517-34.
280. Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France - Sénat [Internet]. [cité 30 janv 2020]. Disponible sur: http://www.senat.fr/commission/missions/psychiatrie_des_mineurs/index.html
281. Chapponnais M. Placement et pédopsychiatrie, quel partenariat ? *Perspect Psy.* 2007;Vol. 46(1):25-9.

282. Schilling S, Fortin K, Forkey H. Medical Management and Trauma-Informed Care for Children in Foster Care. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. oct 2015;45(10):298-305.
283. Nicolas Schbath - Place de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans l'accompagnement du placement familial: étude quantitative et qualitative des représentations des assistants familiaux de la Vienne - UPthÃses - Les thÃses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/57388>
284. Alicia C. Consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU de Nancy : profil et comparaison à 10 ans. 2015.
285. 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;Vol. 16(2):109-39.
286. Goyette M, Frechon I. Comprendre le devenir des jeunes placés : la nécessité d'une observation longitudinale et représentative tenant compte des contextes socio-culturel et politique. *Rev Francaise Aff Soc*. 31 juill 2013;(1):164-80.
287. Dhôte J, Moro MR, Lachal J. La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, état des lieux. [Wwwem-Premiumcomdatarevues02416972v38i312S0241697217301019](http://www.em.premium.com/article/1139276/) [Internet]. 6 sept 2017 [cité 31 janv 2020]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1139276/>
288. Dugnat M, Neyrand G, Revest G. *Familles et petite enfance*. Eres; 2012. 304 p.
289. Martin A, Jego-Sablier M, Prudhomme J, Champsaur L. Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône. *Sante Publique (Bucur)*. 20 déc 2017;Vol. 29(5):665-75.
290. Euillet S, Halifax J. Rapport final Mars 2016. :201.
291. Myriam Laskar - Soins psychiques proposés aux enfants de 3 à 5 ans confiés à l'Aide sociale à l'enfance en fonction de leurs modalités d'attachement : résultats préliminaires - UPthÃses - Les thÃses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/58158>
292. Pearce JW, Pezzot-Pearce TD. Psychotherapeutic Approaches to Children in Foster Care: Guidance from Attachment Theory. *Child Psychiatry Hum Dev*. :26.
293. Jourdan C. Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Rev Québécoise Psychol*. 1 janv 2001;22.
294. Griffin G, McClelland G, Holzberg M, Stolbach B, Maj N, Kisiel C. Addressing the impact of trauma before diagnosing mental illness in child welfare. *Child Welfare*. 2011;90(6):69-89.
295. Zilberstein K, Popper S. Clinical competencies for the effective treatment of foster children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. janv 2016;21(1):32-47.
296. Racusin R, Maerlender AC, Sengupta A, Isquith PK, Straus MB. Psychosocial Treatment of Children in Foster Care: A Review. *Community Ment Health J*. avr 2005;41(2):199-221.
297. Mousset LL. Rapport final de recherche Avril 2008. :111.

298. Gendrault C, Caudie A-L, Massoubre C. L'hospitalisation séquentielle : intérêt thérapeutique dans les troubles de l'attachement. *Inf Psychiatr.* 2 juin 2015;Volume 91(5):365-72.
299. Lafortune D, Meilleur D, Bellavance J. Placement hors du milieu familial et usage des médicaments psychotropes. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 janv 2012;60(1):35-41.
300. Dozier M, Peloso E, Lindhiem O, Gordon MK, Manni M, Sepulveda S, et al. Developing Evidence-Based Interventions for Foster Children: An Example of a Randomized Clinical Trial with Infants and Toddlers. *J Soc Issues.* déc 2006;62(4):767-85.
301. Staines J, Golding K, Selwyn J. Nurturing attachments parenting program: The relationship between adopters' parental reflective functioning and perception of their children's difficulties. *Dev Child Welf.* 13 mars 2019;251610321982986.
302. Borghini A, Habersaat S, Pierrehumbert B, Forcada-Guex M, Ansermet F, Nix CM. Intervention précoce en Guidance Interactive et modification de la réactivité neuroendocrinienne chez l'ancien grand prématuré âgé de 12 mois et sa mère. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux.* 2009;n° 43(2):117-49.
303. Chandellier L. Naissance et premiers pas d'une équipe mobile de pédopsychiatrie pour les mineurs confiés à l'Aide sociale à l'enfance. *Enfances Psy.* 2013;N° 60(3):127-36.
304. Bronsard G, Benjelloun A, Paris Y, Renaudier B, Rufo M, Siméoni M-C. Les Maisons de l'adolescent ont-elles une place spécifique dans le traitement de la violence ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 mars 2011;59(2):99-102.
305. R MA, Mascaro Anssens R. Modalité d'accueil et de soins à temps partiel de troubles relationnels précoces. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1999;vol 47 n°9 septembre:385-97.
306. Legendre C. Groupe thérapeutique d'enfants confiés à la mission de protection de l'enfance par la justice : une méthodologie systémique en CAMSP. *Ther Fam.* 1 juin 2017;Vol. 38(2):163-83.
307. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juill 1997;36(7):980-8.
308. Spielberger CD, Edwards CD. STAIC preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children (« How I Feel Questionnaire »). Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press; 1973.
309. Sonié S, Kassai B, Pirat E, Masson S, Bain P, Robinson J, et al. Version française des questionnaires de dépistage de l'autisme de haut niveau ou du syndrome d'Asperger chez l'adolescent : Quotient du spectre de l'autisme, Quotient d'empathie, et Quotient de systématisation. Protocole et traduction des questionnaires. *Presse Médicale.* 1 avr 2011;40(4, Part 1):e181-8.
310. Terriot K, Ozenne R. Wechsler intelligence scale for children, v version (WISC-V). ANAE - Approche Neuropsychol Apprentiss Chez Enfant. 1 mars 2015;27:95-102.
311. Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. A new test of social sensitivity: Detection of faux pas in normal children and children with Asperger syndrome: :37.

312. Brooks B, Sherman E, Strauss E. NEPSY-II: A Developmental Neuropsychological Assessment, Second Edition. *Child Neuropsychol.* 1 janv 2010;16:80-101.
313. Henderson SE, Sugden DA, Barnett AL. MABC-2: batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant : mouvement ABC. Paris, France: ECPA, Pearson; 2016. 198; 9; 4 p.
314. Vaivre-Douret L. Batterie d'évaluations des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant. *Carnet PSY.* 2007;n° 115(2):27-27.
315. Dunn W. Profil sensoriel : manuel. Éditions du Centre de psychologie appliquée, éditeur. Paris: ECPA, les Éd. du Centre de psychologie appliquée; 2010. 109 p.
316. Chevrie-Muller C, Plaza M. N-EEL nouvelles épreuves pour l'examen du langage. Paris: ECPA, Éditions du Centre de psychologie appliquée; 2001.
317. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires
318. Fox NA, Almas AN, Degnan KA, Nelson CA, Zeanah CH. 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: Institutionalization, foster care and IQ. *J Child Psychol Psychiatry.* sept 2011;52(9):919-28.
319. Ndiaye LD, St-Onge M. L'écosystème relationnel : un paradigme à reconstruire dans le champ de la santé mentale de l'enfant. Des passeurs de sens et des passeurs de champs. *Nouv Perspect En Sci Soc.* 20 nov 2012;7(2):207-40.
320. Coudray H. Intérêts des soins pédopsychiatriques dès la période périnatale: étude rétrospective descriptive des enfants placés à la naissance nés au CHU de Caen de 2006 à 2015 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2016.
321. Stone NM, Stone SF. The prediction of successful foster placement. *Soc Casework.* 1983;64(1):11-7.

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.

RESUME

Introduction : en France près d'1% des enfants sont confiés à l'Aide Sociale Enfance (ASE) dans le cadre d'un placement en famille d'accueil ou en établissement. Le contexte actuel de modification de la politique de la protection de l'enfance engage la pédopsychiatrie à redéfinir sa place et ses rôles auprès de ces enfants.

Objectifs : l'objectif de ce travail est de réaliser un état des connaissances sur les besoins de soins pédopsychiatriques des enfants confiés à l'ASE et de définir la façon dont la pédopsychiatrie peut y répondre. Notre second objectif est de présenter les étapes d'élaboration d'un protocole de recherche, ECCLORE, sur la clinique développementale des enfants confiés, et la place de la pédopsychiatrie auprès d'eux.

Matériel et Méthode : une revue de la littérature a été menée à partir des moteurs de recherche PubMed, Google Scholar, CAIRN concernant des articles écrits en langue française ou anglaise entre 2000 et 2019 répondant à une combinaison de mots clefs autour de l'enfant confié et de la pédopsychiatrie. Cette revue a été complétée par des ouvrages historiques afin de définir le corpus de connaissance global sur lequel le pédopsychiatre peut actuellement s'appuyer. Un protocole de recherche, "ECCLORE" (Enfants Confiés à l'ASE : Clinique déveLoppementale et RELations éducateurs-soignants) a été élaboré. Il s'agit d'une étude descriptive de méthodologie mixte qui sera réalisée au sein d'un Centre Médico-Psychologique concernant les enfants d'âge scolaire en situation de placement. Il en a été extrait une étude qualitative d'évaluation des pratiques par entretiens semi-dirigés à destination d'éducateurs et de soignants.

Résultats : 289 articles ont été inclus. La revue de la littérature a permis de définir quatre approches pertinentes pour répondre à notre objectif : épidémiologique, développementale, psychopathologique et écosystémique. Nous avons proposé une modélisation de l'écosystème de l'enfant confié pour déterminer la place de la pédopsychiatrie et les conséquences liées à ces considérations. L'étude d'évaluation des pratiques a permis d'interroger 6 soignants d'un CMP et 6 éducateurs de deux établissements différents. Elle a ainsi permis de dégager des leviers pour une meilleure efficacité et organisation des soins à apporter à l'enfant, dans un souci de respect des besoins de chaque acteur de son écosystème, en permettant d'y maintenir cohérence et stabilité.

Discussion : A la lumière de la revue de la littérature et de l'étude des pratiques, il apparaît qu'il conviendrait de développer un partenariat pédopsychiatrie-ASE-foyer-juge des enfants, de proposer des dispositifs de prise en charge intersectoriels en impliquant davantage le caregiver, tout en questionnant toujours la place de la pédopsychiatrie par l'adaptation de son intervention à chaque situation.

Mots-clés : enfants confiés, pédopsychiatrie, caregivers, besoins fondamentaux et spécifiques, écosystémique