



HAL
open science

Les enfants placés : des particularités développementales nécessitant un parcours de soin spécifique

Clément Luigi

► **To cite this version:**

Clément Luigi. Les enfants placés : des particularités développementales nécessitant un parcours de soin spécifique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03582296

HAL Id: dumas-03582296

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03582296>

Submitted on 21 Feb 2022

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

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

**Les enfants placés : des particularités développementales nécessitant un
parcours de soin spécifique**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 18 Février 2022

Par Monsieur Clément LUIGGI

Né le 3 janvier 1993 à Evry (91)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE OPTION ENFANT ADO

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François

Président

Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan

Directeur

Monsieur le Docteur GIACARDY Pablo

Assesseur

Madame le Docteur BAPTESTE Mélanie

Assesseur

Madame le Docteur THEBAULT Emilie

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
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
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc

UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

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	RUFO 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

EMERITAT

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
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

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 DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

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)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

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

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
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)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 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**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-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)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

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

CARDIOLOGIE 5102

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (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)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

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)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; 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)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND 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)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (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) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-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)

TROUDE Lucas (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)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (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.

Ce fut un plaisir et une richesse d'être passé dans votre service pour poursuivre ma formation. La qualité de l'enseignement dispensé renforce nos connaissances théoriques tout en aiguisant notre curiosité pour ce riche domaine qu'est la pédopsychiatrie.

J'ai pu être témoin de votre sens clinique et votre qualité d'écoute lors de l'accueil du patient et sa famille.

Merci.

Madame le Docteur Mélanie BAPTESTE

Je suis ravi que tu revêts pour moi l'habit de membre du jury : c'est un symbole important, toi qui m'as accompagné de toute ta bienveillance durant mon année passée chez vous.

J'ai appris à tes côtés ce qui faisait la valeur d'un médecin : son travail et son humanité auprès du patient mais également auprès de l'équipe, socle indispensable d'un soin complet pour tous.

Merci.

A Madame le Docteur Emilie THEBAULT

Quelle joie de te voir participer à ce moment ! Je n'oublie pas où tout a commencé : du côté de Montfavet, où tu m'as introduit dans ce monde merveilleux du soin à l'enfant et l'adolescent.

Malgré les difficultés auxquelles nous faisons face quotidiennement, je ne t'ai connu que le sourire aux lèvres, pleine de ton engagement sans faille.

Merci.

A Monsieur le Docteur Pablo GIACARDY

Laisse-moi t'exprimer ma reconnaissance, toi que je considère comme un médecin complet : humain, curieux, engagé.. Je t'accorde toutes les qualités.

J'ai énormément appris à tes côtés et certaines tournures de phrases entendues dans tes entretiens résonnent désormais dans les miens.

Merci.

A Monsieur le Docteur Jokthan GUIVARCH

Il me faut te remercier pour ce sujet de thèse : il était pour moi une source d'anxiété, une montagne à gravir par laquelle j'espérais progresser.

La problématique de l'enfant placé m'y aura aidé, sur bien des aspects. Tu m'as offert la latitude suffisante pour orienter ce travail à ma guise tout en m'apportant ta disponibilité et ta rigueur pour le bonifier.

Merci.

Plan

Introduction.....	3
1 L'enfant : un être en développement à protéger.....	4
1.1 Les droits et besoins fondamentaux au service du développement de l'enfant.....	4
1.1.1 Les droits de l'enfant.....	4
1.1.2 Les besoins fondamentaux.....	6
1.1.2.1 Le méta-besoin de sécurité.....	7
1.1.2.2 Le besoin d'expériences et d'exploration du monde.....	9
1.1.2.3 Le besoin d'un cadre de règles et de limites.....	9
1.1.2.4 Le besoin d'identité.....	9
1.1.2.5 Le besoin d'estime et de valorisation de soi.....	10
1.1.3 Le développement de l'enfant.....	10
1.1.3.1 La théorie écologique du développement.....	11
1.1.3.2 Le développement affectif.....	12
1.1.3.3 Le développement cognitif.....	15
1.1.3.4 Le développement du langage.....	16
1.1.3.5 Le développement psychomoteur.....	17
1.2 La protection de l'enfance.....	18
1.2.1 Responsabilités.....	19
1.2.1.1 La responsabilité individuelle.....	19
1.2.1.2 La responsabilité publique.....	19
1.2.2 L'enfant en danger.....	20
1.2.2.1 Mauvais traitement par commission.....	21
1.2.2.2 Mauvais traitement par omission.....	21
1.2.3 Le signalement du danger.....	22
1.2.3.1 Le service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger.....	22
1.2.3.2 L'information préoccupante.....	23
1.2.3.3 Le signalement.....	23
1.2.4 L'organisation de la protection de l'enfance.....	24
1.2.4.1 La protection administrative.....	25
1.2.4.2 La protection judiciaire.....	26
2 L'enfant placé, un être en développement en danger.....	29
2.1 L'accueil de l'enfant placé.....	29
2.1.1 Les lieux d'accueil.....	29
2.1.2 Les droits parentaux.....	31
2.1.3 Les motifs de placement.....	32
2.2 L'enfant placé, une histoire de vie à risque.....	34
2.2.1 L'environnement familial.....	34
2.2.2 L'état de santé.....	36
2.2.2.1 Les troubles physiques.....	36
2.2.2.2 Le handicap.....	38
2.2.2.3 Les troubles psychiques.....	38
2.2.3 La scolarité.....	45
2.2.4 La trajectoire de vie.....	47

2.3 Le développement des enfants confiés.....	48
2.3.1 Méthodologie.....	49
2.3.2 Le développement cognitif.....	49
2.3.3 Le développement du langage.....	52
2.3.4 Le développement psychomoteur.....	55
2.3.5 Présentation d'un protocole expérimental.....	56
2.3.5.1 Titre du projet.....	56
2.3.5.2 Justification.....	57
2.3.5.3 Objectifs.....	57
2.3.5.4 Schéma de l'étude.....	58
2.3.5.5 Population.....	59
2.3.5.6 Données recueillies.....	60
2.3.5.7 Méthodes statistiques.....	61
2.3.5.8 Aspects éthiques et réglementaires.....	61
3 Un parcours de soin adapté : une priorité pour l'enfant placé.....	62
3.1 La santé.....	62
3.1.1 Les facteurs influençant la santé de l'enfant placé.....	63
3.1.1.1 Lieu de placement.....	63
3.1.1.2 Instabilité de placement.....	64
3.1.1.3 Age de placement.....	65
3.1.1.4 Contact avec les parents biologiques.....	66
3.1.1.5 Placement avec la fratrie.....	66
3.1.2 Le concept de résilience.....	66
3.2 Le soin.....	70
3.2.1 Le cadre légal d'accès aux soins.....	70
3.2.2 L'organisation des soins en protection de l'enfance.....	71
3.2.3 Limites actuelles des soins.....	73
3.2.4 Dispositif de soins spécifiques.....	75
3.2.4.1 Accueil spécialisé.....	75
3.2.4.2 Formation des professionnels.....	76
3.2.4.3 Intervention scolaire.....	77
3.2.4.4 Présentation d'un dispositif d'équipe mobile.....	77
Conclusion.....	82
Bibliographie.....	84
Liste des abréviations.....	93
Serment d'Hippocrate	

Introduction

L'enfance est le passage nécessaire à l'individu dans sa quête de réalisation : c'est le point de repère à partir duquel chacun se détermine.

Au cours de cette période, un ensemble d'évolutions vont avoir lieu tant sur le plan physique que psychique. C'est le développement. C'est à travers ce processus que l'enfant acquière progressivement les outils nécessaires à sa future autonomie.

Ce développement requiert une protection particulière et la satisfaction d'un certain nombre de besoin pour se déployer selon ses potentialités de départ. La famille représente le cadre théorique qui assure ces conditions initiales.

En France, près de 177 000 enfants et jeunes majeurs sont séparés de leurs sphères familiales. Ce sont les « enfants placés ».

Cette décision intervient dans un certain nombre de situations prévues par la loi, lorsque les conditions pour assurer leur développement ne sont pas rencontrées. L'Etat a alors la charge de leur protection.

Dans ce travail, nous rappellerons en préambule les droits propres à l'enfant qui lui confère un statut spécifique. Ceux-ci sont énoncés pour garantir la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, prérequis au développement.

La protection de l'enfance s'assure de la reconnaissance de ces droits et s'organise pour répondre en cas de défaillance.

L'accueil de l'enfant placé dans notre pays sera présenté. A travers la littérature, nous tenterons d'approcher leur histoire de vie et leur état de santé. La question du développement en tant que socle de l'enfance sera particulièrement investiguée.

La santé est un droit fondamental de chaque être humain. Quels déterminants participe à celle de l'enfant placé et comment les soins se répartissent tout au long d'un parcours pour y répondre ?

1 L'enfant : un être en développement à protéger

1.1 Les droits et besoins de l'enfant au service de son développement

Il apparaît nécessaire de rappeler en préambule de ce travail que l'enfant ne peut être considéré comme un adulte en miniature.

Loin d'avoir acquis les compétences requises à son autonomie, cet être en cours de réalisation nécessite une attention particulière de l'adulte en charge. Ce rôle est généralement dévolu aux parents dans nos sociétés occidentales.

Cette notion peut sembler évidente de nos jours mais son intégration dans nos sociétés s'avère relativement récente : c'est au cours du 20ème siècle qu'émerge la notion de droit spécifique de l'enfant.

Ces droits ont été énoncés afin que l'État reconnaisse l'intérêt supérieur de l'enfant dans toute politique le concernant ce qui passe notamment par la satisfaction de ses besoins fondamentaux.

Ces besoins fondamentaux sont en effet un prérequis indispensable en vue du développement de l'enfant selon son plein potentiel.

1.1.1 Les droits de l'enfant

Il n'existe pas de définition universelle de la notion de droit, notamment dans sa mise en pratique au sein d'un pays.

Elle désigne l'ensemble des règles juridiques officielles établies par la société dans le but d'organiser les rapports entre les personnes (1).

Le droit régit nos sociétés depuis l'époque romaine mais la codification spécifique à l'enfant est plus récente.

- Historique

C'est dans la deuxième moitié du 19ème siècle que la notion de protection des mineurs se développe progressivement. L'enfant fait d'abord l'objet d'aménagement de ses conditions de travail puis la scolarité devient obligatoire sous l'impulsion de Jules Ferry (2).

La reconnaissance d'un droit spécifique est contemporaine de la création de la Société des Nations en 1919 qui adopte la « Déclaration de Genève sur les droits des enfants » en 1924.

L'Assemblée générale des Nations Unies adopte en 1959 la « Déclaration des droits de l'enfant » à l'unanimité de ses 78 pays membres.

C'est le premier consensus international sur les principes fondamentaux des droits de l'enfant. « *L'enfant est reconnu, universellement, comme un être humain qui doit pouvoir se développer physiquement, intellectuellement, socialement, moralement, spirituellement, dans la liberté et la dignité.* » (3). Le texte reconnaît des besoins spécifiques nécessitant une protection et des soins particuliers.

De nos jours, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) énonce et précise l'ensemble des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels de l'enfant. Adoptée par les Nations Unies en 1989, elle représente le cadre de référence c'est à dire contraignant juridiquement les pays signataires à la protection des droits des enfants. Elle a été ratifiée par la France le 27 juin 1990.

- Les principes généraux

La Convention donne la première définition partagée de ce qu'est un enfant : « [...] *tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable* ».

Elle reconnaît 4 principes supérieurs qui doivent subordonner la mise en œuvre de l'ensemble des droits qu'elle prévoit :

- La non-discrimination.
- L'intérêt supérieur de l'enfant.
- Le droit à la vie, à la survie et au développement.
- Le respect de l'opinion de l'enfant.

Les droits sont spécifiquement adaptés à l'enfant comme sujet et objet de droit en prenant en compte sa vulnérabilité et le besoin de protection propre à son âge.

Dans toute décision qui concerne l'enfant, son intérêt supérieur doit être une considération primordiale (4).

On note l'absence de définition précise de cet intérêt supérieur. Celui-ci se révèle en fonction de chaque situation par la prise en compte des différents aspects de la vie de l'enfant et s'évalue au présent sous la perspective de l'évolution potentielle au futur.

Certains auteurs considèrent alors que « *l'intérêt de l'enfant se dévoile comme un véritable droit de l'enfant, lui permettant d'exiger la satisfaction de ses besoins essentiels* » (5).

1.1.2 Les besoins fondamentaux de l'enfant

Le Larousse définit le besoin par « *exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique* ».

Le terme fondamental insiste sur le caractère vital au sens où l'on ne pourrait s'en dispenser.

Pour l'enfant, dans une optique développementale, cela correspond à lui « *apporter les soins sans lesquels [il] ne peut ni grandir, ni apprendre, ni s'épanouir* » (6).

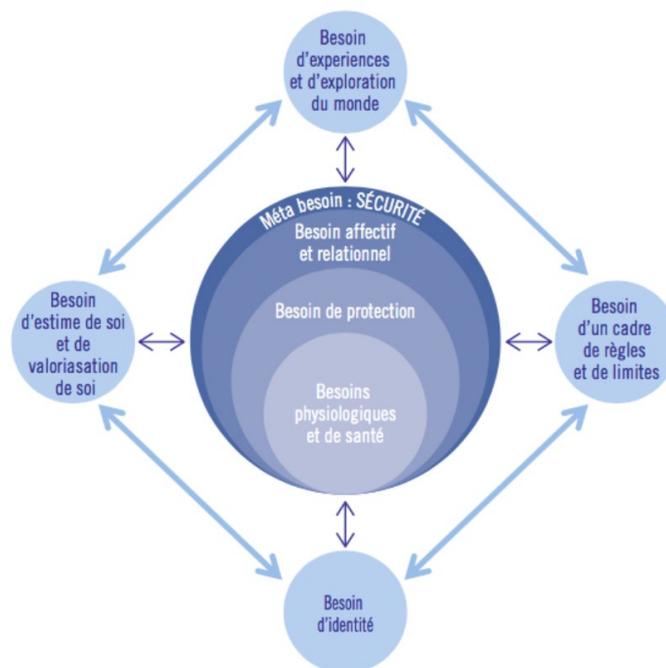
Cette notion apparaît aujourd'hui de façon officielle dans les textes de loi français.

Son inscription dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) s'est faite à la faveur des réformes engagées pour la protection de l'enfance en 2016 sans pour autant la définir (7).

Conscient de la nécessité d'asseoir un corpus scientifique partagé par les différents acteurs intervenant dans le champ de la protection de l'enfant, le Gouvernement a mandaté un comité d'experts en vue de la rédaction d'une démarche de consensus pluridisciplinaire.

Remis le 28 février 2017 par le Dr Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, ce rapport précise ces besoins (8).

La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



Source : démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance
- M. P. Martin-Blachais, Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes

1.1.2.1 Le méta-besoin de sécurité

Reconnaissant la difficulté à établir une définition universellement partagée des besoins, notamment du fait des différences culturelles, les auteurs soulignent que :

« Toutefois, un besoin particulier dans ce domaine semble faire consensus, autant dans la communauté scientifique internationale que dans la plupart des sociétés occidentales et occidentalisées. Il s'agit du 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. En fait, il s'agit d'un « méta-besoin » qui 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 semble ne pouvoir être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier. » (9).

Le méta-besoin de sécurité comprend :

- Le besoin de sécurité affective et relationnelle

La sécurité affective et relationnelle désigne le besoin de proximité de l'enfant avec un adulte à même de le protéger.

Cette notion est apparue au cours de la deuxième moitié du 20ème notamment sous l'impulsion notamment de John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, qui posera les bases de la « théorie de l'attachement ».

Cette théorie s'est développée progressivement grâce à l'influence de l'éthologie.

On peut citer H. Harlow, psychologue américain, connu pour ses expérimentations menées avec les primates (10).

L'idée était d'étudier le comportement alimentaire de macaques en faisant varier la proximité avec la mère.

Les petits sont ainsi séparés de leurs mères peu après leur naissance, placés dans des cages indépendantes et allaités avec un biberon. Les singes survivent difficilement : altération totale de leur homéostasie physiologique, épisodes diarrhéiques, troubles du sommeil et arythmie cardiaque ; certains meurent dans les cinq premiers jours. Il remarque que les singes qui, par hasard, trouvent au fond de la cage des bouts de tissu s'en enveloppent entièrement et semblent reconforter.

Au cours d'une deuxième expérience, il place dans la cage des poupées de singe en guise de substitut maternel : l'une en fil de fer avec un biberon plein de lait et l'autre recouvert de tissu doux mais sans biberon. Le chimpanzé passe plus de temps accroché à la mère en tissu.

Lorsqu'un sentiment de danger est introduit (son désagréable, lumière intermittente), le petit se réfugie vers la figure en tissu pour l'enlacer.

Ces observations fournissent le support scientifique à Bowlby pour émettre l'hypothèse que le lien mère-enfant serait une « motivation primaire » : comme pour le primate, la survie du bébé n'est pas assurée par l'alimentation mais par la présence d'une figure douce et chaleureuse avec laquelle il peut entrer en contact (11).

Sous la perspective phylogénétique, il avance que ce besoin de proximité a permis la survie de l'espèce - recherche de protection face au danger - et a évolué pour permettre aux enfants de maintenir le contact avec une figure stable qui assurera sa protection et la satisfaction de ses besoins.

L'enfant vient au monde pourvu d'un ensemble de systèmes, répertoires programmés de comportements qui permettent la réalisation d'un objectif, dont celui de l'attachement (12). Bowlby a identifié certains de ces comportements présents dès la naissance et qui opèrent de manière instinctive. Ils constituent les piliers de sustentation du développement de l'attachement car sont les ressources initiales d'interaction : sucer, attraper, suivre, pleurer, sourire (13).

Ces comportements vont s'enrichir grâce au développement de l'enfant et les interactions se complexifier.

Dans un état de dépendance totale à son arrivée au monde, il gagne progressivement en autonomie et adapte ce lien d'attachement en fonction des besoins propres à son âge.

- Les besoins physiologiques et de santé

L'enjeu est le maintien du corps en vie et en santé grâce à la satisfaction des besoins physiologiques (alimentation, sommeil, hygiène..).

L'état de santé de l'enfant nécessite une surveillance particulière par des professionnels formés ainsi qu'un accès à l'information dans une perspective d'éducation à la santé.

- Le besoin de protection

Il réfère au besoin de protection vis-à-vis de l'environnement mais également à l'égard de tout mauvais traitement.

Le méta-besoin de sécurité est en interaction constante avec d'autres besoins.

1.1.2.2 Le besoin d'expériences et d'exploration du monde

L'enfant a besoin d'être immergé dans son environnement et stimulé par celui-ci.

Au départ, cela se fait par des expériences corporelles, physiques et expressives assurées au domicile par les personnes en charge de l'enfant.

Grâce à la promotion de ses compétences motrices et langagières, l'enfant va progressivement pouvoir participer à son environnement et l'influencer.

D'autres stimulations seront introduites par les acteurs gravitant autour de lui (crèche puis école, activité périscolaire, loisirs..)

1.1.2.3 Le besoin d'un cadre de règles et de limites

Il incombe aux parents de poser un cadre éducatif, composé de règles et de limites, pour protéger l'enfant d'expérience dangereuse et inappropriée.

L'évolution dans ce cadre, établi en fonction des représentations et des attentes des parents, permet l'intériorisation d'un ensemble de codes et de valeurs. Ceux-ci serviront de base à son adaptation et son insertion sociale future.

Ce besoin favorise donc l'autonomie : le cadre se doit d'être sécurisant mais également soutenir le besoin d'expériences et l'apprentissage par essai-erreur.

Des limites claires et fixes contraignent l'enfant à réguler ses émotions négatives face à la frustration. Il développe ainsi son auto-régulation émotionnelle, support de sa vie affective future.

1.1.2.4 Le besoin d'identité

En tant qu'être humain individué et singulier, l'enfant a besoin d'accéder à la « conscience de soi » définie comme la perception qu'un individu a de soi-même (14).

Cette quête passe par la reconnaissance par autrui, car nul être humain n'entre en rapport direct avec lui-même, des différentes composantes de son identité : le sexe, l'orientation sexuelle, l'origine nationale, la religion et les convictions, l'identité culturelle et la personnalité (15).

Cette construction est aussi le fruit d'une inscription dans une filiation intergénérationnelle, l'appartenance à un groupe d'abord familial puis de pairs.

1.1.2.5 Le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi

En vue de sa réalisation, l'enfant a besoin d'être reconnu et valorisé dans ses actions afin de développer une image positive de soi.

Il pourra ainsi développer un sentiment de compétence, entreprendre des initiatives pour mener à bien des projets dans sa vie future, développer des relations stables et la capacité à prendre soin de soi.

La satisfaction de ses besoins fondamentaux, énoncé comme un droit, offre à l'enfant le pouvoir de se développer.

1.1.3 Le développement de l'enfant

« Le développement d'un enfant se fait comme il se doit, au mieux de ce qu'il peut selon la nature qui est la sienne au départ de la vie, quand il se sent aimé par des parents qui s'aiment et qu'il y a de la gaieté dans l'air... Un enfant heureux, bien dans sa peau, c'est celui qui se développe comme il a, lui, à se développer, avec ses particularités qui seront respectées. »
(16).

La notion de développement est inhérente aux caractéristiques de l'enfant dans une perspective d'être en devenir.

Le développement, c'est l'ensemble des transformations évolutives qui affectent les organismes vivants au cours du temps. C'est, étymologiquement, le fait de déployer, de dérouler.

Sa finalité semble donc l'acquisition de compétences propres à ses potentialités intrinsèques en vue de *« devenir un individu relié et capable d'agir en déployant ses capacités et talents »*
(17).

Il lui permet l'accès à l'autonomie nécessaire à sa future vie.

Il convient de rappeler que le *« Le développement de l'enfant n'est pas un monologue évolutif, mais un dialogue entre une activité de croissance et un interlocuteur qui l'alimente »* (18).

Ce dialogue est nourri directement par les personnes au contact de l'enfant : initialement issues de son environnement familial, il fera au cours de sa vie la rencontre de membres de systèmes plus larges. Ces systèmes s'organisent en plusieurs niveaux et influencent de manière indirecte son développement.

1.1.3.1 La théorie écologique du développement humain

Développé dans les années 1970 par Urie Bronfenbrenner, psychologue américain d'origine russe, cette théorie repose sur l'idée centrale que le développement est le fruit d'interactions réciproques entre un enfant et son environnement. Ils exercent une influence mutuelle.

Pour modéliser sa théorie, il décrit différentes couches de l'environnement et adopte une taxonomie propre. Ces systèmes interagissent entre eux et constituent l'écologie de l'être en développement (19).

Ces systèmes sont :

- L'ontosystème : c'est l'ensemble des caractéristiques, compétences, habilités et déficits innés ou acquis d'un individu. C'est l'organisme lui-même avec ses différentes composantes (physique, émotionnelle, intellectuelle, comportementale) et leurs interrelations qui vont supporter son développement propre.
- Le microsystème est le système qui entretient une relation immédiate avec l'individu. C'est un ensemble d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles avec des acteurs expérimentés par le sujet de façon active dans un milieu donné. En premier lieu, il s'agira de la relation avec ses parents au sein du domicile. Plus le microsystème est riche, complexe et varié, plus il améliore la qualité développementale.
- Le mésosystème est composé des différents microsystèmes de l'individu : c'est le réseau de communication et d'interrelation entre ces environnements immédiats, qui croissent avec le développement. On peut donner comme exemple le lien entre les parents et l'enseignant, membres de microsystème distincts (domicile et école) et dont la bonne communication exercera une influence sur la scolarité de l'enfant.
- L'exosystème désigne l'ensemble des environnements avec lesquels le sujet n'a pas d'interaction directe mais dont les activités et décisions vont influencer sa propre activité ou son rôle dans les microsystèmes. Ces systèmes influencent le développement par la définition de règles (exemple : alimentation de l'enfant), de normes (exemple : obligation scolaire) ou par effet sur le microsystème (exemple : facteur de stress au travail d'un des parents qui aura un impact sur la qualité de vie de famille).
- Les macrosystèmes sont les "patterns" qui vont régir les formes de vie en société, donnent les règles dans lesquelles l'ensemble des systèmes s'inscrivent et évoluent. On peut citer le macrosystème politique (la démocratie), le macrosystème économique (libéralisme)..

Cette conceptualisation était la forme initiale de la théorie : l'attention était portée sur l'ici et le maintenant.

Pour introduire la notion d'évolution, Bronfenbrenner a introduit le facteur temps par la création d'un nouveau système : le chronosystème (20).

Il est composé des temporalités de vie spécifique de chaque système et de leurs interactions constantes : il existe ainsi des micro-chronosystèmes, des méso-chronosystèmes...

Au niveau de l'individu, il s'agit de la succession d'événements rencontrés.

La vie d'une personne est faite de modifications : elle n'est pas fixée définitivement à un environnement.

Ces changements sont dénommés « transitions écologiques » quand « *la position d'une personne dans le système écologique est modifiée parce que cette personne change de rôle, de milieu ou les deux* » (21).

Le développement d'une personne se fait à partir de ses caractéristiques propres en interaction permanente avec les systèmes dans lesquels elle évolue.

Au niveau individuel, ce développement se fait progressivement au sein de ses différentes composantes.

Dans l'exercice clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, il est courant d'évaluer les niveaux d'acquisitions selon des échelles de développement qui visent à donner des repères essentiels pour tous les âges.

L'évaluation repose sur l'investigation de plusieurs « dimensions » du développement ou « axes », qui ont chacune des spécificités bien précises et dont témoigne la pluralité professionnelle (pédopsychiatre, neuropsychologue, orthophoniste, psychomotricien..).

Ces approches multiples font la richesse de la discipline.

Il est important de rappeler l'interdépendance entre ces différentes dimensions dans le développement de l'enfant.

1.1.3.2 Le développement affectif

L'enfant a besoin, pour assurer sa survie, d'une sécurité affective.

Dans sa recherche de sécurité et réconfort, il établit un lien affectif avec une figure stable appelée figure d'attachement - ou *caregiver*.

L'attachement se réfère à la relation qui émerge au fil du temps des interactions de soins que va prodiguer cette figure - ou *caregiving* (22).

Le système d'attachement est décrit comme un système comportemental activé dans une situation physiologique ou lors d'une menace environnementale. L'enfant cherche alors automatiquement la proximité avec la personne à même de répondre à son besoin. La figure d'attachement fonctionne comme « havre de sécurité ».

En l'absence d'émotions négatives, le système d'attachement est inactivé. L'enfant active son système d'exploration s'il sait pouvoir retrouver sa sécurité : si un danger est ressenti, le caregiver fait alors office de « base de sécurité » vers laquelle il se dirige (23).

La sécurité de l'attachement correspond à un état de confiance quant à la disponibilité de la figure d'attachement.

Mary Ainsworth mit en place dans les années 1970 un procédé expérimental qui permet l'étude de cette sécurité : « Strange Situation » (24).

L'expérience propose d'évaluer l'organisation de l'attachement et le comportement exploratoire dans un contexte simultanément familial et générateur de stress. En laboratoire est menée une série de 8 séquences comprenant l'enfant, sa mère et un étranger. On observe les interactions entre l'enfant et son caregiver et son comportement dans la pièce au long de ces épisodes faits de séparation et réunion.

C'est une expérience fiable et validée pour les enfants âgés entre 12 et 18 mois.

Il a été mis en évidence plusieurs patterns distincts :

- Attachement sécure (groupe B) : l'enfant utilise sa figure d'attachement comme base pour explorer la pièce, il partage ses découvertes. Après une séparation, il est réconforté efficacement par la réunion et reprend son activité.
- Attachement insécure évitant (groupe A) : il ne fait pas référence à son caregiver lors de l'exploration et montre de l'ignorance et de l'évitement lors des réunions.
- Attachement insécure ambivalent ou résistant (groupe C) : l'enfant n'explore pas, reste proche de sa figure d'attachement. Il est fortement perturbé par la séparation et l'adulte a des difficultés à le consoler à son retour.
- Attachement désorganisé (groupe D) : ce dernier pattern a été défini tardivement devant la constatation d'un ensemble de comportements incohérents au cours des séquences qui ne semblent pas répondre à une organisation fiable et reproductible (25).

En population générale, la répartition de ces patterns est estimée à (12) :

- 60% sécure.
- 20% insécure évitant.
- 10% insécure résistant.
- 10% désorganisé.

Ces patterns d'attachement reflètent un mécanisme adaptatif à une situation émotionnellement intense (26). Ils sont influencés par des différences dans le caregiving.

Dans le cadre d'un attachement sécure, le lien émotionnel est continu et fiable. Il sert l'autonomie de l'individu car il permet l'exploration libre de son environnement.

Si l'enfant est en détresse et qu'il n'obtient pas de sécurité, il a 2 possibilités :

- L'hyperactivation de son système, ou hypervigilance émotionnelle, pour tenter de favoriser la proximité. Cela au détriment d'autres systèmes, notamment l'exploration. Ce fonctionnement est caractéristique du pattern résistant.
- ou le maintien désactivé de son système d'attachement : il minimise ses émotions car ne pourra obtenir de réconfort. On retrouve cette adaptation dans le groupe évitant.

Les comportements désordonnés et instables du dernier groupe ne répondent à aucune organisation précise. La figure d'attachement représente à la fois la source de peur et de réconfort, conflit insoluble pour l'enfant.

La continuité développementale entre l'organisation de l'attachement et le fonctionnement ultérieur est conceptualisée par la construction des modèles opérants internes.

Ces modèles désignent les représentations mentales concernant le monde qui vont progressivement s'établir à partir de cette relation émotionnellement significative. La relation sert de support à l'élaboration de processus mentaux cognitif et affectif qui vont organiser les pensées, les émotions et le comportement et vont se généraliser.

Ces à partir de nos modèles internes qu'on acquiert la capacité à se représenter soi, les autres, la relation soi-autre (27).

La sécurité de l'attachement ne garantit pas l'immunité face à la pathologie mentale.

Elle augmente la résistance au stress et promeut la résilience par :

- Le développement d'un sentiment de confiance en soi par des expériences répétées de soutien et une exploration efficace de l'environnement (28).
- De bonnes capacités d'auto-régulation émotionnelle : la régulation initialement dyadique à partir de la figure d'attachement sert de support à la régulation individuelle ultérieure (29).
- Cette sécurité favorise l'acquisition de compétences sociales, socles à l'établissement de relations sociales positives qui sont un facteur de protection à la psychopathologie (30).
- L'accès à une plus grande autonomie (31).

De même, les perturbations de la relation d'attachement ne sont pas pathologiques en soi. Ces patterns sont considérés comme à risque de psychopathologie ultérieure, en limitant notamment la mise en place de stratégie efficace d'adaptation et de régulation (13).

L'attachement constitue le socle du développement affectif. Ce développement se poursuivra tout au long de la vie de l'individu, régit par les principes de non-linéarité et des influences multiples pouvant l'influer et qui témoignent d'un processus complexe (32,33).

L'attention portée à l'enfant est à la base de sa survie. Cette stimulation affective permettra à ses différentes capacités de s'exprimer.

1.1.3.3 Le développement cognitif

Ethymologiquement, le terme cognition vient du latin *cognitio* - action de connaître, dérivé de *cognoscere* - chercher à savoir, s'enquérir.

Notre expérience dans le monde permet l'accumulation d'informations grâce à la perception de nos sens et l'apprentissage. La cognition désigne la capacité à assimiler ces informations pour les transformer en connaissance mobilisable pour interagir efficacement avec notre environnement.

Il en existe différents processus, tels que la mémoire, le langage, le raisonnement, l'apprentissage, l'intelligence, la résolution de problèmes, la prise de décision, la perception ou l'attention.

Ces fonctions impliquent un fonctionnement cérébral optimal.

Les premiers mois de vie sont une période cruciale pour le développement cérébral : l'individu vient au monde avec près de 100 milliards de neurones et on estime à 1,8 million le nombre de nouvelles synapses qui s'établissent à la seconde jusqu'à l'âge de 2 ans (34).

Cette période sensible permet l'adaptation du cerveau en réponse à son environnement : c'est la « plasticité cérébrale ». Le caregiver va progressivement introduire de nouveaux stimuli appropriés au niveau du développement de l'enfant : les réseaux neuronaux empruntés vont se renforcer au détriment des autres (35).

Les expériences précoces sont le siège des premières expériences cognitives et modèlent les voies qu'empruntera l'enfant tout au long de sa vie.

Un bon développement cognitif est essentiel pour permettre l'assimilation des futures connaissances académiques. La réussite scolaire est un prérequis essentiel à la future intégration sociétale de l'enfant.

C'est d'ailleurs pour dépister les élèves en difficulté qu'a été créé au début du 20ème siècle le quotient intellectuel (QI).

Par la passation d'un test psychométrique et exprimé sous la forme d'un résultat, il entend donner une indication quantitative standardisée de l'intelligence. Les résultats sont étalonnés selon une courbe de Gauss dont la moyenne est fixée à 100, avec un écart type fixé à 15. Un score significativement inférieur à 2 écarts-types, soit 70 points, est un argument en faveur du diagnostic de handicap intellectuel selon le DSM-5.

1.1.3.4 Le développement du langage

Le langage est l'un des deux registres de la communication, procédé par lequel un être humain va pouvoir interagir avec ses congénères.

Le langage représente la face « verbale » en opposition à la communication « non verbale » (ce qui n'est pas dit verbalement mais déduit).

Il inclut la parole et le langage écrit.

Le langage articulé, système formalisé très complexe, s'est développé uniquement chez l'humain grâce à la forme coudée spécifique de son système phonatoire qui a été permise par la station debout (36).

Une langue est fondée sur un système de phonèmes, unités de son, dont la combinaison va permettre la production de syllabes, constitutives de mot dont l'assemblage conduira à la formation de phrases.

Les langues sont extrêmement nombreuses – environ 7 000 dans le monde - et chacune est unique car elle sélectionne et organise de façon singulière ces différents éléments dans le contexte socio-culturel dans laquelle elle s'inscrit.

Le développement du langage est tributaire des échanges sociaux : c'est l'exposition aux spécificités de sa langue maternelle que le cerveau va s'adapter à ses différentes composantes, les intégrer pour pouvoir les utiliser (36).

Le langage a deux versants : réceptif, permettant la compréhension, et expressif, celui de la production.

L'étude du langage s'organise en plusieurs domaines :

- La phonologie s'intéresse aux aspects sonores du langage.
- Le lexique se rapporte au vocabulaire de référence d'un langage, son répertoire de mot.
- La morphosyntaxe étudie l'organisation et les marques grammaticales à l'intérieur du mot (morphologie) et entre les mots (syntaxe) permettant la construction des phrases.
- La sémantique traite de l'organisation des concepts et l'accès au sens.
- La pragmatique désigne l'usage du langage lui-même comme outil de communication adapté.

Son rôle central dans la socialisation permet d'établir des relations qui viendront renforcer son développement.

L'accès à l'alphabétisation permet l'acquisition de la lecture et l'écriture, essentielles aux tâches scolaires.

Le langage participe à la régulation émotionnelle par la reconnaissance, l'organisation et l'expression des états internes qui l'affectent.

1.1.3.5 Le développement psychomoteur

Le corps humain va évoluer vers sa forme « adulte » par un processus de croissance physiologique et de maturation fonctionnelle de ses organes.

Parallèlement à cette croissance physique va s'organiser la motricité.

Le développement psychomoteur désigne la prise de contrôle progressive de l'enfant de son système musculaire dans le but d'exécuter des mouvements volontaires.

Son acquisition nécessite l'intégrité des structures anatomiques constituant les voies « motrices », dont les voies neurologiques, mais implique également une dimension affective.

Il faut que l'environnement « accueille » les modifications qui résultent de cette motilité et puisse soutenir son développement en mettant à disposition l'espace nécessaire à son expression.

Dans l'étude du développement psychomoteur, on distingue habituellement :

- La motricité globale qui renvoie aux notions de tonus, d'équilibre, de coordination générale des membres et de latéralité.
- La motricité fine fait référence à l'exécution de mouvements fins et précis, requérant l'activation de plusieurs groupes musculaires.

Le but de la motricité est d'engager un mouvement que la finalité justifie ; être dans l'agir.

L'enfant acquiert la capacité à pouvoir influencer son environnement et ne plus seulement être soumis à celui-ci.

« La psychomotricité représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques » (37).

Les émotions, au-delà de leur expression verbale, viennent marquer le corps de l'individu et entraînent des conséquences sur son mouvement, son attitude, sa posture et ses mimiques.

Le psychomotricien s'attache à dépister des indicateurs psychocorporels de manifestations émotionnelles pour orienter sa prise en charge.

L'enfant, être en cours de développement, est caractérisé par sa vulnérabilité.

Cette vulnérabilité requiert une protection particulière de la part du monde adulte.

1.2 La protection de l'enfance

La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte de ses besoins fondamentaux et le soutien son développement.

Dans un premier temps, nous rappelons à qui incombe la responsabilité de cette protection.

A l'encontre de ses droits et ses besoins, l'enfant n'est pas toujours protégé voir peut-être victime de mauvais traitement. Ces situations caractérisent l'enfant en danger ou à risque de l'être et doivent être signalés aux autorités compétentes.

Il est alors à la charge des pouvoir publics d'y remédier par un ensemble de dispositions adaptées à chaque situation.

1.2.1 Responsabilités

1.2.1.1 La responsabilité individuelle

Elle relève en premier lieu des détenteurs de l'autorité parentale dont l'exercice et les missions sont inscrits dans l'article 371-1 du Code civil : « *l'ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant* » ; « *l'autorité parentale impose aux Père et Mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant de le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.* » (38).

L'article 372 du même Code pose que les parents exercent en commun l'autorité parentale, quel que soit le statut juridique du couple (en couple, séparé, marié, ou divorcé) (39).

Parallèlement aux évolutions juridiques, une réflexion a été menée sur la pratique de l'autorité parentale, ou parentalité.

C'est ainsi que Didier Houzel, pédopsychiatre et psychanalyste français, et son équipe ont répondu à une demande du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur le sujet.

Dans sa définition de ce « être parent », il propose 3 dimensions (40) :

- « l'exercice » renvoie aux droits et devoirs parentaux au regard de la loi.
- « la pratique » désigne l'ensemble des soins concrets apportés à l'enfant, sa prise en charge au quotidien.
- « l'expérience » est la représentation que les parents ont de la fonction parentale, c'est une notion plus subjective.

Ces travaux, présentés en 1998 lors de la Conférence de la famille, permettent le déploiement d'une politique de soutien à la parentalité.

1.2.1.2 La responsabilité publique

La CIDE énonce le devoir par les États de soutenir les parents dans l'exercice de la parentalité.

« Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants » (41).

En cas de défaillance dans l'exercice de l'autorité parentale, l'article 19 somme l'Etat d'assurer « *toutes mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence* » (42), et d'envisager une solution de remplacement si nécessaire (43).

Devant une telle injonction, il convient de définir précisément les manquements qui conduisent à une telle substitution.

1.2.2 L'enfant en danger

Sa définition a connu de nombreuses évolutions, tenant compte de la pluralité des situations à laquelle ce terme se réfère.

La notion d'enfant en danger ou à risque de l'être est aujourd'hui reconnue sous la terminologie de « mauvais traitement » ou maltraitance.

La définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1999 fait foi dans de nombreux pays :

« La maltraitance des enfants se définit comme suit : toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » (44).

En France, elle est inscrite dans le Code civil à l'article 375 : « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.* » (45).

Dans une intention de précision, nous détaillerons ces différentes situations en se référant à la classification « Child Abuse and Neglect », progressivement construite par les sociétés savantes nord-américaines dans les années 1970.

<i>Child abuse</i>	<i>Child neglect</i>
« Mauvais traitements par commission », traduit en français par « violences »	« Mauvais traitements par omission » traduit en français par « négligences lourdes »
<p>1. Maltraitance physique</p> <p>2. Maltraitance psychologique (ou « émotionnelle ») dont le fait d'être exposé à la violence conjugale⁹⁷</p> <p>3. Maltraitance sexuelle</p>	<p>4. Négligence</p>

Source : OMS 2002, *World Report on Violence & Health*

1.2.2.1 Mauvais traitements par commission

Il s'agit de tout acte commis de manière transgressive et qui porte atteinte à une des dimensions constitutives de l'intégrité d'une personne.

La violence physique désigne l'usage intentionnel de la force qui entraîne, ou risque d'entraîner, un préjudice pour la santé de l'enfant, son développement ou sa dignité (46).

Selon l'OMS, on entend par violence sexuelle « *la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société.* » (47).

« *Par violences psychologiques graves, on entend l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter.* » (48).

1.2.2.2 Mauvais traitement par omission

La négligence fait référence à l'incapacité chronique et répétitive à satisfaire les besoins de l'enfant. Elle est susceptible d'entraîner une altération de sa santé ou de son développement. Elle n'est pas forcément intentionnelle.

1.2.3 Le signalement du danger

Toute personne témoin de maltraitance ou soupçonnant un enfant d'être en danger se doit de le signaler aux autorités compétentes sous peine de sanction inscrite dans le Code pénal (jusqu'à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende) (49).

L'exercice médical est encadré par le respect du secret professionnel des informations obtenues dans sa pratique. Sa violation entraîne la responsabilité civile, pénale et disciplinaire de son auteur.

Le Code pénal précise une dérogation légale à ce secret dans son article 226-14 et « *la loi impose ou autorise la révélation* » d'éléments de dangerosité (50).

L'accord du mineur n'est pas requis.

Il existe plusieurs voies possibles pour faire remonter une situation de danger :

1.2.3.1 Le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED)

Communément appelé « Allô enfance en danger », ce service a été créé par la loi du 10 juillet 1989 et conforté par celle du 5 mars 2007.

Il lui est confié 2 missions :

- Une mission de prévention et protection : recueillir les appels concernant des enfants en danger ou à risque de l'être et favoriser leur dépistage.
- Une mission de transmission : il transfère ces informations aux services départementaux compétents en la matière, en l'occurrence les Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP).

Ce service, joignable au numéro 119, a acquis le statut de numéro d'urgence et est gratuit.

L'appel peut être anonymisé.

Sa dernière synthèse de 2019 révèle que près de 256 000 appels ont été reçus sur l'année soit près de 700 par jour (51).

Parmi les appels traités :

- Le principal danger évoqué concernait la violence psychologique ; 28,2% des appels.
- 17 113 ont donné lieu à la rédaction d'une information préoccupante, soit 47 par jour.

1.2.3.2 L'Information Préoccupante (IP)

C'est une information « *constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur.* » (52).

La rédaction de cette information doit être autant que possible abordée avec la personne en charge de l'enfant, sauf s'il existe un risque de mettre l'enfant en danger.

L'IP est transmise à la CRIP dans le but d'alerter le président du Conseil Départemental.

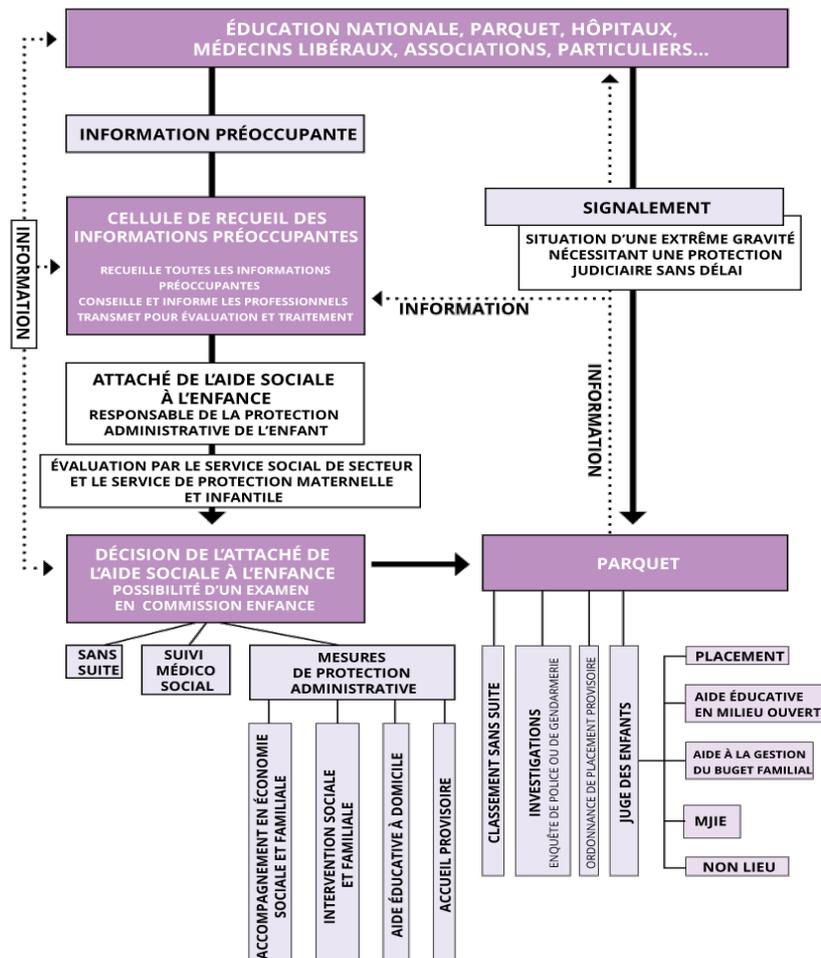
La CRIP peut décider de classer sans suite ou de la qualifier l'information : cela entraîne une évaluation menée par la Maison Départementale de la Solidarité (MDS) dont les conclusions seront communiquées à l'inspecteur de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

1.2.3.3 Le signalement

Ce terme désigne la saisie des autorités judiciaires - en l'occurrence le procureur de la République - lorsque l'on soupçonne des faits graves et immédiats nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur.

S'il estime que la santé de l'enfant est compromise, le procureur peut prononcer une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP).

L'enfant est alors retiré temporairement de son milieu de vie et confié à l'ASE pour être placé en structure spécialisée. Le procureur doit avertir le Juge des Enfants de l'OPP dans les 8 jours qui aura la charge de réévaluer la situation (53).



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

1.2.4 L'organisation de la de protection de l'enfance

La CIDE rappelle aux Etats que dans « toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. » (54).

En France, la politique de protection de l'enfance est encadrée par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Le Code précise ses missions dans l'article L 112-3 (55) :

- « prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives ».
- « accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs ».

La protection de l'enfant en danger est répartie en 2 niveaux :

1.2.4.1 La protection administrative

Elle est organisée dans chaque département et placée sous la responsabilité du président du Conseil Départemental.

Plusieurs services sont financés :

- Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La PMI est dirigée par un médecin et composé de professionnels qualifiés dans le domaine médical, paramédical, social et psychologique.

Ce service a pour mission (56) :

- D'assurer des consultations de santé maternelle et infantile.
- Une activité de protection de la santé maternelle et infantile à domicile.
- De délivrer les agréments des assistants familiaux.
- De délivrer les agréments et assurer le contrôle, la formation et la surveillance des assistants maternels.
- Le service de l'Aide Sociale à l'Enfance

Les objectifs de l'ASE sont inscrits dans le CASF (article L221-1) (57) :

- *« Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social ».*
- *« organiser le recueil et la transmission [...] des informations préoccupantes relatives aux mineurs ».*
- *« Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs ».*
- *« Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ».*
- *« Veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme ».*

En cas de qualification d'une IP, l'inspecteur de l'ASE se base sur le rapport d'évaluation pour décider de :

- Classer sans suite.
 - Signaler au parquet.
 - Instaurer une mesure de protection administrative.
- Les mesures de protection administrative
- Des aides en milieu ouvert :
 - Le versement d'aides financières exceptionnelles ou d'allocations mensuelles, à titre définitif ou sous conditions de remboursement.
 - Une mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale.
 - Le soutien d'un Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF).
 - L'intervention d'un service d'Action Educative à Domicile (AED) : un éducateur spécialisé apporte un soutien matériel et éducatif à la famille.
 - Un accueil provisoire : il s'agit d'un accueil temporaire de l'enfant hors de son domicile. Chaque département organise les modalités propres à l'accueil (de jour, de nuit..), le plus souvent chez des assistants familiaux ou en structures dédiées.

Les parents conservent l'autorité parentale : leurs consentements est obligatoire pour mettre en œuvre la mesure qu'ils peuvent révoquer à tout moment.

Un contrat est établi avec le Conseil Départemental qui précise notamment la durée de la mesure et les moyens d'évaluation.

1.2.4.2 La protection judiciaire

La protection judiciaire est requise si la santé du mineur est gravement compromise mais aussi lorsque (58) :

- Une mesure de protection administrative n'a pas permis de remédier à la situation.
- L'intervention proposée ne peut se mettre en place en raison du refus de la famille ou l'impossibilité de collaborer.
- Le mineur est présumé en danger et il n'est pas possible d'évaluer la situation.

Le signalement est transmis par le procureur au président du Conseil Départemental et au juge des enfants.

Le juge a la responsabilité de mener les investigations à partir desquelles il prononce des mesures qu'il considère appropriées à la situation.

Cette fonction protectrice est appelée assistance éducative.

L'intérêt de l'enfant guide les décisions prises, le Code civil rappelle néanmoins que (59) :
« Chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel. Dans ce cas, le juge désigne, soit une personne qualifiée, soit un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert, en lui donnant mission d'apporter aide et conseil à la famille, afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre. Cette personne ou ce service est chargé de suivre le développement de l'enfant et d'en faire rapport au juge périodiquement. ».

- Les mesures de protection judiciaire

- Une Mesure Judiciaire d'Investigation Educative (MJIE) a pour but de préciser la situation grâce à une évaluation pluridisciplinaire, notamment de psychologues, de conseillers d'orientation et d'éducateurs.
- Une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial.
- Un service d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) qui prévoit l'intervention d'un travailleur social au domicile.
- Un placement de l'enfant hors du domicile
 - Une OPP, initialement conduite pour 6 mois avant réévaluation.
 - L'accueil de l'enfant :
 - Chez l'autre parent.
 - Chez un membre de la famille ou un tiers digne de confiance.
 - Par un service départemental de l'ASE.
 - Par un service ou établissement habilité.
 - Par un service ou établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé.

Il existe une mesure intermédiaire entre l'action en milieu ouvert et le placement : le Placement Educatif A Domicile (PEAD).

L'enfant est hébergé au quotidien dans son domicile avec un service d'aide éducative ; si la situation le nécessite, la mesure prévoit la possibilité « d'un repli » en structure d'accueil.

Les parents conservent tous les attributs de l'autorité parentale compatibles avec la mesure d'assistance éducative.

Il existe cependant des situations pouvant conduire à :

- La délégation de l'autorité parentale

C'est le transfert des droits et devoirs à la personne ou la structure accueillant l'enfant.

Elle résulte d'une décision du juge des affaires familiales lorsque :

- Les parents en font la demande.
 - En cas de désintérêt manifeste des parents ou délaissement parental, défini comme le manque de relation nécessaire à son éducation et son développement pendant une période d'un an.
 - Lorsque les parents sont dans l'incapacité d'exercer la totalité ou une partie de l'autorité parentale.
- Le retrait total ou partiel de l'autorité parentale

C'est une mesure exceptionnelle envisagée dans des conditions très précises inscrites à l'article 378 du Code civil (60) :

- « les père et mère qui sont condamnés, soit comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis sur la personne de leur enfant [...]
- soit comme coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis par leur enfant [...]
- soit comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime ou délit sur la personne de l'autre parent. ».

Légalement, l'Etat se doit de tout mettre en œuvre pour soutenir les parents dans leurs fonctions parentales.

Ceci est mené dans l'intérêt de l'enfant afin de favoriser son maintien au domicile familial qui représente théoriquement l'environnement optimal à son développement.

Dans certaines situations, il est jugé que l'enfant est en danger et que le maintien dans sa famille est à risque : il sera placé hors de son domicile.

La population des enfants placés mérite toute notre attention : la vulnérabilité liée à la condition d'enfant est exacerbée par leurs histoires de vie.

C'est aux autorités publiques que revient la responsabilité d'assurer les conditions nécessaires à la satisfaction de leurs besoins.

2 L'enfant placé, un être en développement en danger

Le terme enfant placé désigne tout mineur accueilli hors du domicile parental ; cette mesure relève d'une décision administrative ou judiciaire.

Lorsque l'accueil n'est pas assuré par un membre de la famille jusqu'au 4^{ème} degré ou du tuteur, l'enfant est sous la responsabilité des autorités publiques (61) ; « *cette protection est assurée par le président du conseil départemental du lieu où le mineur se trouve* ». Si la mesure est judiciaire, cette protection est assurée conjointement avec le juge des enfants (62).

Le service responsable du placement est l'ASE : il s'assure des conditions morales et matérielles de l'accueil en vue d'assurer la sécurité, la santé et la dignité de l'enfant.

Nous nous intéresserons dans un premier temps aux modalités d'accueil dans notre pays et les motifs y conduisant.

Les raisons qui justifient d'une mesure de placement vont généralement à l'encontre des droits et besoins de l'enfant : il sera étudié l'effet potentiel sur l'histoire de vie.

Le rôle central du développement dans l'enfance a été exposé : il sera étudié spécifiquement chez l'enfant placé.

2.1 L'accueil de l'enfant placé

En France, l'Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance (ONPE) est chargé de la collecte d'informations concernant la population des enfants relevant d'une mesure de protection.

La précédente synthèse de 2017 recense près de 177 000 mineurs et jeunes adultes (moins de 21 ans) placés (63).

2.1.1 Les lieux d'accueil

La décision du lieu de placement est guidée par l'article 375-7 du Code civil (64) :

« Le lieu d'accueil de l'enfant doit être recherché dans l'intérêt de celui-ci et afin de faciliter l'exercice du droit de visite et d'hébergement par le ou les parents ».

Il est également précisé que l'enfant ne doit pas être séparé de ses frères et sœurs et que cas échéant, tout doit être mis en œuvre pour maintenir ces liens (65).

Il existe différents lieux d'accueil :

- Assistant familial

Communément appelé famille d'accueil, l'assistant familial est agréé par le conseil départemental après avoir suivi une formation et s'être assuré des conditions d'accueil.

Il est rémunéré par les services du département.

L'agrément autorise l'accueil maximum de 3 mineurs par foyer sauf autorisation exceptionnelle.

C'est le premier mode d'hébergement : en 2019, on estime que 76 000 enfants sont accueillis chez 40 000 assistants familiaux (66).

- Institutions

Il s'agit d'un mode de vie en collectivité qui se décline en plusieurs établissements :

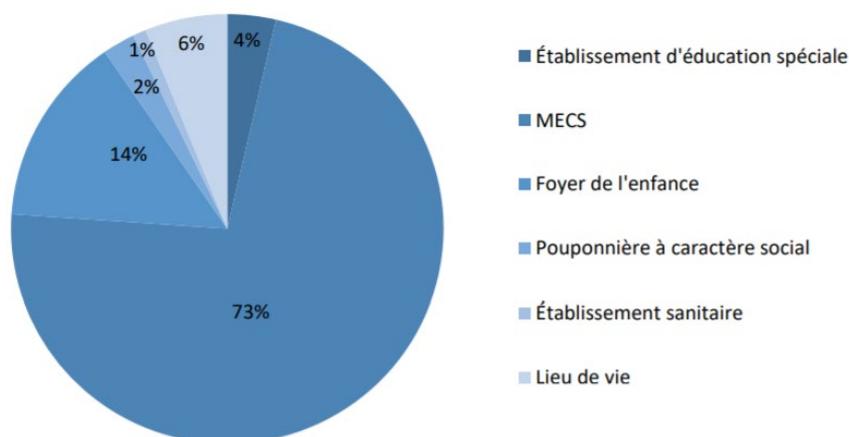
- Les Maisons d'Enfant à Caractère Social (MECS) sont des établissements sociaux ou médico-sociaux, publics ou privés et gérés par des associations, habilités par le Conseil Départemental.

Avec plus de 1200 établissements répartis sur l'ensemble du territoire, c'est la principale institution qui accueille près de trois-quarts des effectifs.

Certaines s'organisent en villages d'enfants pour favoriser l'accueil de fratrie dans un cadre familial.

- Les pouponnières à caractère social reçoivent des jeunes enfants âgés de moins de 3 ans.
- Les foyers de l'enfance sont des structures d'accueil d'urgence : elles visent une mise à l'abri, un temps d'observation et d'évaluation afin de préparer l'orientation future.
- Les lieux de vie et d'accueil assurent l'hébergement d'un petit effectif d'enfants et d'adolescents. C'est également le lieu de vie habituel de permanent éducatif dont au moins un réside sur place.
- Établissement d'éducation spécialisé : l'enfant réside en internat sur son lieu de scolarisation.
- Etablissement sanitaire : lorsque l'état de santé nécessite une hospitalisation au long cours.

Fig. III.2-19 : Répartition des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE et hébergés en établissement au 31 décembre 2013 selon le type d'établissement (en %).



Champ : ensemble des 0-20 ans confiés à l'ASE, France entière.

Sources : Drees, calculs ONPE.

Guide de lecture : parmi les mineurs et les jeunes majeurs confiés à l'ASE et hébergés en établissement fin 2013, 73 % sont hébergés en MeCS, 14 % en foyer de l'enfance, 6 % en lieu de vie, 4 % en établissement d'éducation spéciale, 2 % en pouponnière à caractère social et 1 % en établissement sanitaire.

Ce mode d'accueil concerne environ 61 000 enfants lors du recensement effectué en 2017 (63).

Ce nombre est en hausse de 10% comparé à 2012.

- Logement autonome

Les adolescents et jeunes majeurs considérés comme aptes sont accueillis dans des logements autonomes gérés ou financés par l'ASE.

2.1.2 Les droits parentaux

Les parents « *conservent un droit de correspondance ainsi qu'un droit de visite et d'hébergement* » dont le juge fixe les modalités (64).

Le juge peut confier aux parents et à la personne ou structure accueillant l'enfant le soin de déterminer les conditions d'exercice de ces droits. Cette disposition vise à favoriser l'adhésion des parents et à établir une relation concertée.

Le juge « *peut également, par décision spécialement motivée, imposer que le droit de visite du ou des parents ne peut être exercé qu'en présence d'un tiers* » (64).

Le tiers est un professionnel formé à la « médiatisation » des rencontres parents-enfant et aux axes de la parentalité. Ces rencontres ont pour but de préserver le lien et travailler sa restauration tout en protégeant l'enfant.

Enfin, si l'intérêt de l'enfant l'exige, il peut également décider de suspendre provisoirement l'exercice de ces droits.

2.1.3 Les motifs de placement

Le placement d'un enfant hors de son domicile peut répondre à plusieurs situations.

- Pupille de l'État

Ce terme désigne l'enfant placé sous la tutelle de l'État, c'est-à-dire sur lequel l'État exerce la totalité des droits parentaux.

Plusieurs motifs peuvent conduire à cette situation (67) :

- L'admission en l'absence des parents : les orphelins, les enfants dont la filiation n'est pas établie ou inconnue.
- L'admission sur décision des parents.
- Les enfants dont les parents ont fait l'objet d'un retrait total de l'autorité parentale.

On dénombre près de 3 220 pupilles au 31 décembre 2019. Le rapport souligne une augmentation croissante ces dernières années (+ 6% par rapport à 2018) (68).

- L'enfant en danger

La décision de placement répond aux situations d'enfant en danger ou à risque de l'être. C'est une mesure exceptionnelle qui vise à prévenir des conséquences néfastes en cas de maintien dans son cadre de vie habituel.

Le motif peut être unique s'il est grave mais la décision découle le plus souvent d'une évaluation sociale ou judiciaire.

Au 31 décembre 2014, les mesures de placement sont consécutives à (69) :

- Une décision judiciaire dans 76% des cas.
- Une décision administrative dans 24%.

En France, plusieurs études transversales ont été menées à un niveau départemental pour décrire la population des enfants placés (70,71,72).

Elles révèlent qu'une importante proportion d'enfant bénéficiaient d'une mesure de protection antérieurement à la mesure de placement (40% d'entre eux d'une aide éducative judiciaire et une AEMO administrative pour 12 à 20%).

- Carence éducative parentale

Les 3 enquêtes concordent quant au motif d'admission principal : pour près de 60% des cas, il s'agit de carences éducatives parentales.

L'éducation est l'ensemble des moyens mis en œuvre par les parents pour assurer les besoins et le développement de l'enfant. La notion de carence renvoie alors à l'omission d'un ou plusieurs de ces besoins spécifiques.

- Maltraitance

Dans son rapport gouvernemental de 2016, l'ONPE s'appuie sur une étude longitudinale menée dans 2 départements (73). L'enquête Elap étudie la trajectoire de 809 individus ayant connu au moins un placement dans l'enfance.

La maltraitance est rapportée comme motif d'admission pour 35% d'entre eux.

En détaillant :

- Violences physiques : 24,4%.
- Violences psychologiques : 8,4%.
- Violences sexuelles : 7,5 %.
- Négligences lourdes : 8,4 %.

L'enquête souligne que 25% des jeunes ont révélé des maltraitances une fois placés : 45% de l'échantillon est alors concerné par des faits de maltraitance.

Fig. III.2-33 : Motifs d'entrée et révélations postérieures (par sexe).

	Filles		Garçons		Ensemble	
	Motif d'entrée	Motif + révélation	Motif d'entrée	Motif + révélation	Motif d'entrée	Motif + révélation
Violences physiques	30,7 %	35 %	19,2 %	24,5 %	24,4 %	29,2 %
Violences sexuelles	11,6 %	30,6 %	4,2 %	11,8 %	7,5 %	20,1 %
Violences psycho.	10,5 %	12,2 %	6,7 %	8,5 %	8,4 %	10,1 %
Négligences lourdes	11,1 %	11,4 %	6,3 %	6,7 %	8,4 %	8,8 %
Maltraitements	44,4 %	55,6 %	27,4 %	36,1 %	35 %	44,7 %

Source : Élap

La forte proportion de maltraitance rencontrée par cette population nous oblige à la considérer dans la suite de ce travail.

- Comportement à risque de l'enfant

C'est un motif fréquent.

Est considéré à risque tout comportement qui place l'enfant en situation de danger physique et/ou psychologique (exemples : consommation abusive de psychotropes, tendances suicidaires, automutilation, fugue, prostitution, comportements à risque).

En clinique de l'enfant et de l'adolescent, ces comportements ont une valeur symptomatique et sont sous-tendus par la psychopathologie.

Un environnement familial jugé non propice au développement est également une raison justifiant une décision de placement.

Cela place d'emblée l'enfant dans une trajectoire à risque.

2.2 L'enfant placé, une histoire de vie à risque

2.2.1 L'environnement familial

La famille représente le cadre a priori optimal au développement de l'enfant.

Sa dépendance totale initiale justifie une attention toute particulière ; celle-ci est théoriquement assurée par le couple parental.

La pratique parentale, somme des attitudes et conduites favorables au développement de l'enfant, est un enjeu du devenir parent. Elle répond aux notions de compétences et de capacités (74).

Les compétences sont les attributs qui évoluent dans le temps selon les besoins changeants de l'enfant. Elles progressent par la volonté d'exercer son rôle de parent et selon ses capacités. La notion de capacité désigne les ressources internes mobilisables pour assumer cette fonction.

Les enquêtes descriptives précédemment citées donnent un aperçu de l'environnement familial de l'enfant placé (70,71,72) :

- Composition familiale

L'enfant est issu d'une famille monoparentale dans plus de 50% des cas, le plus souvent chez la mère seule.

- Antécédents sociaux

Dans le département de Maine-et-Loire, 42,4% des enfants ont un parent qui rapporte un antécédent de placement dans l'enfance.

Ce nombre est probablement sous-évalué, plus d'un tiers des parents s'étant abstenu de répondre.

- Précarité sociale

Dans les questionnaires adressés, les parents font état de plusieurs difficultés :

- Difficultés financières dans plus de 20%.
- Chômage dans plus de 40%.
- Problèmes de logement dans 8 à 15%.

- Antécédents médicaux familiaux

On note une proportion élevée de troubles psychiatriques :

- Dans l'enquête en Maine-et-Loire, 21,4% des enfants ont au moins un parent souffrant d'un trouble.
- En Loire-Atlantique, 28,4% des mères rapportent un antécédent de dépression.
- Les conduites addictives concernent plus de 20% des parents ; alcool puis mésusage médicamenteux et toxicomanie.

La santé somatique est également détériorée avec des estimations de troubles variant de 6 à 35%.

La pathologie et la précarité entraînent des répercussions sur la pratique parentale. Elles altèrent la disponibilité du parent et diminuent la sensibilité aux signaux et besoins de l'enfant.

Les troubles psychiques ont un impact sur les capacités parentales par leur caractère permanent (exemple : une limite associée à une déficience intellectuelle) ou chronique (exemple : une problématique addictive limite la possibilité d'évolution des compétences). La dépression parentale est reconnue comme facteur de risque de maltraitance (75).

Le caractère héréditaire de la pathologie psychiatrique est également une hypothèse dans la survenue d'un trouble.

2.2.2 L'état de santé de l'enfant placé

La vie en bonne santé est un droit fondamental de chaque être humain. Son accession chez l'enfant est déterminée par les soins qui lui sont prodigués.

L'état de santé peut s'apprécier à travers les pathologies physiques et psychiques et le handicap.

2.2.2.1 Les pathologies physiques

Nous disposons de peu de données nationales concernant l'état de santé des enfants placés.

On note l'absence d'étude comparative.

Pour en dessiner les contours, on s'appuie sur des études descriptives départementales.

- Pathologie néonatale

La période gestationnelle et postnatale de l'enfant placé présente des spécificités par rapport à la population générale, notamment une prévalence élevée de prématurité et d'hypotrophie néonatale (76).

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

SA : semaines d'aménorrhée

Ces données conduisent à plusieurs hypothèses.

Elles questionnent la qualité du suivi de grossesse car ces complications peuvent être la conséquence de comportements maternels inadéquats.

Ces complications augmentent le recours aux soins en post-partum immédiat, ce que traduit le nombre non négligeable d'hospitalisation. Ceux-ci peuvent être à l'origine de difficultés dans la mise en place du lien mère-enfant.

La prématurité et le petit poids de naissance sont reconnus comme facteurs de risque de maltraitance ultérieure (75).

Ces conditions sont à risque de séquelle neurologique, de trouble du développement et des apprentissages (77,78). Elles favoriseraient également l'émergence de certains troubles psychiatriques comme le Trouble de Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH) et les troubles anxieux (79).

- Quelques données comparatives

L'enquête menée dans le département de la Loire-Atlantique s'est attachée à comparer les données avec des indicateurs nationaux ou départementaux (71).

Les auteurs ne rapportent pas de différence significative dans plusieurs domaines :

- Le taux d'asthme.
- La surcharge pondérale.
- L'état bucco-dentaire.

2.2.2.2 Le handicap

Pour l'OMS, « *est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école où à occuper un emploi s'en trouve compromis.* »

Cette définition est reprise par la loi française de 2005 qui renvoie au handicap toute limitation d'activité ou de restriction à la vie en société.

La reconnaissance du handicap nécessite l'inscription auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Elle requiert un certificat médical précisant le diagnostic.

L'enfant et sa famille ont alors accès à certaines prestations pour les soutenir dans le quotidien.

Une étude réalisée dans le département des Bouches-du-Rhône étudie le lien entre mesure de placement et handicap (80).

L'enquête révèle que 17% des enfants placés du département ont une inscription à la MDPH. Ce nombre est 7 fois plus important que celui de la population générale (2,5%).

La moitié des notifications concernent une orientation vers un établissement scolaire ou une structure médico-sociale, principalement vers un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique principalement (ITEP) (38,6% des orientations). L'attribution d'une auxiliaire de vie scolaire représente 20% des notifications.

Tout ceci témoigne d'une adaptation nécessaire de la scolarité.

Le motif justifiant le statut est un trouble mental ou du comportement dans 71,3% des cas.

Les principales déficiences relevées concernent :

- Le psychisme : 35,9%.
- Le langage : 26,4%.
- La sphère cognitive : 21,6%.

2.2.2.3 Les troubles psychiques

Un trouble psychique est caractérisé par une altération du fonctionnement psychique et une diminution des capacités d'adaptation aux événements de vie du quotidien.

Les émotions et l'humeur sont des affects au sens où ils modulent notre rapport au monde, influencent notre activité dans celui-ci. Le développement affectif a pour socle le lien émotionnellement significatif que l'enfant met en place avec une figure affective stable.

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, certains troubles diagnostiqués témoignent d'une dysrégulation de ces affects. On distingue les troubles internalisés dont les symptômes sont dirigés contre soi-même (anxiété, dépression..) des troubles externalisés où la symptomatologie est tournée vers l'extérieur (opposition, impulsivité, comportement inadapté..).

Au vu des motifs du placement de l'enfant, nous émettons l'hypothèse d'un continuum entre des troubles précoces dans cette population, évalués par la qualité de leur attachement et la survenue ultérieure de troubles psychiatriques.

Trouble de l'attachement

- L'enfant placé

Une méta-analyse s'intéresse à la sécurité de l'attachement dans la population des enfants placés (81).

Elle recense 18 articles qui traitent de 13 études publiées entre 1987 et 2013 ; 5 d'entre elles réalisées aux États-Unis. Pour être incluse à l'analyse, les études doivent présenter :

- Une population d'enfants âgés de 0 à 17 ans résidants en institution ou famille d'accueil.
- Disposer d'un groupe contrôle issu de la population générale apparié sur l'âge ou absence de groupe contrôle.
- -Mesurer le style d'attachement par un test validé (la qualité de la mesure est jugé fiable pour la majorité d'entre eux).

En institution, la répartition des différents patterns d'attachement est de :

- 26% sécuritaire.
- 23% insécure évitant.
- 11% insécure ambivalent.
- 43,6% désorganisé.

Les facteurs qui favorisent l'attachement sécure sont des conditions d'accueil jugées favorables à l'enfant : petite taille des effectifs accueillis, bas ratio enfant/caregivers 3 pour 1, peu de turn-over des professionnels intervenants (82).

Les résultats diffèrent en famille d'accueil :

- 56,7% sécure.
- 12,6% insécure évitant.
- 5,6% insécure ambivalent.
- 23,3% d'attachement désorganisé.

L'âge de placement précoce semble avoir un impact favorable sur le développement d'un attachement sécure, notamment avant 1 an (83).

Les auteurs reconnaissent des limites ne permettant pas de généraliser (différence culturelle, diversité des moyens de mesures, fourchette d'âge important) mais les taux diffèrent grandement de ceux de la population générale.

- L'impact de la maltraitance

L'impact de la maltraitance sur le développement de l'attachement a également été étudié par une méta-analyse ; elle inclut 8 études regroupant 791 enfants (84).

Elle questionne le style d'attachement chez des enfants âgés de moins de 4 ans présentant un antécédent de maltraitance tout type confondu. Toutes les études disposent d'un groupe contrôle.

Les résultats sont significatifs : les enfants du groupe maltraité ont 80% de risque de développer un attachement insécure, qui comprend le type désorganisé, contre 36% dans le groupe non maltraité.

Study	N	Maltreatment % insecure	N	Control % insecure
Browne & Saqi (1988)	16/7	35	6/17	13
Cicchetti & Barnett (1991)	31/13	35	18/26	20
Crittenden (1992)	135/8	74	17/22	9
Egeland & Sroufe (1981)	18/11	29	8/25	13
Lyons-Ruth <i>et al.</i> (1987)	9/1	16	19/27	34
Valenzuela (1990)	38/3	47	20/20	25
Ward <i>et al.</i> (2000)	55/28	26	44/86	21
Ward <i>et al.</i> (1993)	17/9	31	10/18	19
Totals	319/80	80	142/250	36

Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). *Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. Journal of Reproductive and Infant Psychology*

L'analyse des données qui traitent spécifiquement du pattern désorganisé suggère une prévalence très élevée : il concernerait près de 80% de l'ensemble des attachements insécures.

Les auteurs expliquent la forte proportion d'attachement insécure dans le groupe non exposé à la maltraitance par l'inclusion d'enfants repérés « à risque ».

En effet, certaines conditions comme un bas niveau socio-économique ou un faible niveau d'éducation maternelle sont identifiées comme facteur de risque de développer un attachement insécure (85).

- Conséquences

L'enfant placé, de surcroît maltraité, voit la sécurité de son attachement compromis. Plus encore, le pattern désorganisé se distingue particulièrement.

La littérature étudie le lien avec la survenue de troubles psychiatriques.

Une méta-analyse étudie le lien entre sécurité de l'attachement et le développement de troubles externalisés ; il est sélectionné 69 articles (86).

Une première analyse révèle une association significative entre l'attachement insécure, comprenant le type désorganisé, et les troubles externalisés (effet de taille combiné $d = 0,31$ ($p < 0,01$)).

Insecure Attachment and Externalizing Behavior: Total Set and Set of SSP Studies

	<i>k</i>	<i>N</i>	<i>d</i>	Confidence interval 95%	Homogeneity <i>Q</i>	Contrast <i>Q^a</i>	Contrast <i>p</i>
<i>Total set</i>	69	5,947	0.31**	0.23, 0.40	135.18**		

Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study.

Les auteurs analysent ensuite 34 études qui disposent spécifiquement du pattern désorganisé ; total de 3 778 enfants.

Les résultats avancent que l'attachement désorganisé est à risque plus élevé que les patterns insécures.

Une relation similaire existe avec les troubles internalisés.

Une méta-analyse comprend 42 échantillons étudiés dans 32 études pour un total de 4 614 enfants inclus (87).

L'association est significative entre les attachements insécures, dont désorganisé, et le risque de développer des troubles internalisés (effet de taille combiné $d = 0,15$; IC 0,06-0,25).

Le pattern d'attachement évitant aurait le lien le plus fort ($d = 0,17$; IC 0,03-0,31) comparé aux autres (résistant $d = 0,03$; désorganisé $d = 0,08$).

Les auteurs comparent et soulignent que l'association est moins forte qu'avec les troubles externalisés.

Prévalence des troubles psychiatriques

- Littérature française

L'état de santé psychique des enfants placés a été l'objet d'un travail de thèse spécifique (88).

Au niveau national, l'auteure ne relève que 6 études :

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

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

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

Malgré l'hétérogénéité des méthodes d'évaluation les résultats convergent vers une santé psychique altérée.

Une enquête s'est servie d'un outil standardisé et validé : le DISC, diagnostic posé en accord avec le DSM-III (89).

Cette étude réalisée dans le département des Bouches-du-Rhône inclut 183 adolescents âgés de 13 à 17 ans placés en institution.

Les résultats indiquent une prévalence tout troubles confondus de 48,6% au cours des 6 derniers mois.

Ce taux est près de 4 fois celui mesuré en population générale (90).

Table 1
Six-month prevalence rates of DSM psychiatric disorders in 183 adolescents living in french residential group homes.

Disorders	Whole sample (n = 183)			Males ^a (n = 106)			Females ^a (n = 77)			Male vs Female p-value
	N	%	[95% CI]	N	%	[95% CI]	N	%	[95% CI]	
Anxiety disorders (AD)	52	28.4	[22.1–35.6]	14	13.2	[7.7–21.5]	38	49.4	[37.9–60.9]	<0.001
Eating disorders (ED)	0	0	-	0	0	-	0	0	-	-
Psychosis Screen (PS)	34	18.6	[13.4–25.1]	13	12.3	[7.0–20.4]	21	27.3	[18.0–38.8]	0.01
At least 3 Non Pathognomonic	23	12.6	[8.3–18.5]	7	6.6	[2.9–13.6]	16	20.8	[12.7–31.8]	
At least 1 Pathognomonic	26	14.2	[9.7–20.3]	11	10.4	[5.5–18.2]	15	19.5	[11.7–30.4]	
Major Depression (MD)	27	14.8	[10.1–20.9]	6	5.6	[2.3–12.4]	21	27.3	[18.0–38.8]	<0.001
Attention Deficit hyperactivity disorder (ADHD)	7	3.8	[1.7–8.0]	2	1.9	[0.3–7.3]	5	6.5	[2.4–15.2]	0.133
Enuresis (EN)	0	0	-	0	0	-	0	0	-	-
Conduct disorder (CD)	28	15.3	[10.6–21.5]	19	17.9	[11.4–26.8]	9	11.7	[5.8–21.5]	0.247
At least 1 out of the 6 disorders	89	48.6	[41.2–56.1]	39	36.8	[27.8–46.8]	50	64.9	[53.1–75.2]	<0.001
At least 2 out of the 6 disorders	43	23.5	[17.7–30.4]	12	11.3	[6.2–19.3]	31	40.3	[29.4–52.1]	<0.001
5 and 6 disorders	8	4.3	[2.0–8.7]	7	9.1	[4.0–18.4]	1	0.9	[0.1–5.9]	<0.01
Internalized disorder	60	32.8	[26.2–40.2]	16	15.1	[9.1–23.7]	44	57.1	[45.4–68.2]	<0.001
Externalized disorder	32	17.5	[12.4–23.9]	20	18.9	[12.2–27.9]	12	15.6	[8.7–26.0]	0.564
Suicide Attempts (more than one during whole life)	34	18.6	[13.4–25.1]	11	10.4	[5.6–18.2]	23	29.9	[20.3–41.5]	<0.004

^a No significant difference in mean age according to gender.

Bronsard G, Lançon C, Loundou A et al. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System.

Les principaux diagnostics sont :

- Les troubles anxieux 28,4%.
- Les symptômes psychotiques 18,6%.
- Le trouble des conduites 15,3%.
- L'épisode dépressif majeur (14,8%).

L'évaluation des antécédents de tentative de suicide s'est intéressée à une description sur la vie entière : 18,6% de l'échantillon rapporte au moins une tentative.

Les comorbidités sont importantes puisque 23,5% des adolescents présentent au moins 2 diagnostics et 4,1% plus de 4.

- Littérature étrangère

Une méta-analyse internationale inclut 8 études réalisées dans 5 pays différents entre 1996 et 2013 : 3 au Royaume-Uni, 2 aux États-Unis, 1 en France, en Allemagne et en Norvège (92). Il s'agit toutes d'études épidémiologiques traitant d'enfants et adolescents placés hors de leur domicile pour un total de 3104 mineurs.

Le diagnostic est posé au moyen d'une mesure standardisée (ICD ou DSM).

La prévalence tout troubles confondus est de 49%.

La principale catégorie est l'ensemble des troubles dits disruptifs, qui correspond aux troubles externalisés ; son estimation varie entre 15 et 39% avec une prévalence groupée à effets aléatoires 27%.

On y retrouve :

- Le trouble des conduites 20%.
- Le trouble d'opposition 12%.
- Le Trouble du déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH) 11%.

Concernant la fréquence des troubles internalisés :

- Les troubles anxieux 18%.
- L'épisode dépressif majeur 12%.
- L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) 4%.

La prévalence de chaque trouble est près de 3 à 4 fois plus importante que celle retrouvée en population générale (93,94).

Le trouble des conduites est estimé à un taux 10 fois supérieur.

- Conséquences

La pathologie mentale altère l'adaptation aux exigences sociétales.

L'inscription de l'enfant dans le cadre scolaire requiert justement toutes ses capacités d'adaptation et d'auto-régulation pour assumer son rôle d'élève.

Une revue de la littérature indique un lien significatif entre la présence d'un trouble psychiatrique, en particulier les troubles externalisés et des performances scolaires diminuées (95).

La présence de troubles lors de l'enfance et adolescence impact la vie adulte future.

Une association existe entre les antécédents de troubles externalisés et le développement de troubles addictologiques, de délinquance et la condition de sans domicile fixe (96).

Les troubles internalisés prédisposent au risque de tentative de suicide, de conduites addictives et de trouble du fonctionnement psychosocial global (97,98).

2.2.3 La scolarité

L'école est un lieu d'accueil universel : elle intègre chaque enfant sans regard sur son histoire de vie.

Régie par les principes de gratuité, de laïcité et de neutralité, elle est obligatoire pour les mineurs de 3 à 16 ans (99). L'élève a ensuite la possibilité de terminer le lycée et d'accéder au cycle d'enseignement supérieur conditionné par l'obtention du diplôme d'État, le baccalauréat, ou de s'orienter dans une filière professionnelle.

La scolarité s'organise en plusieurs cycles dans lesquels l'élève progresse et prépare son insertion sociale future. Pour vérifier que les compétences soient acquises, il sera régulièrement évalué. La réussite dans les tâches scolaires participe au développement de l'estime de soi, composante essentielle du développement de la personnalité (100).

L'école est un lieu de rencontre et d'inscription dans un groupe de pairs. L'acquisition préalable de compétences sociales permet d'établir des relations positives, facteurs de protection face à la psychopathologie.

L'école apparaît comme un support au développement qu'elle vient renforcer. C'est également le lieu où s'exprime d'éventuelles difficultés.

Le parcours scolaire de l'enfant placé est en décalage comme le souligne le dernier rapport gouvernemental, ce qui a pour conséquence de renforcer sa marginalité (101).

- Retard scolaire

A l'âge théorique d'entrée au collège :

- 66,1% des enfants placés sont en retard d'au moins une année.
- 20,4% de retard en population générale.

Ce nombre tend à se maintenir puisqu'à l'entrée au lycée, 61,5% des adolescents placés sont toujours au collège, voir en primaire, contre 36,9% des enfants du même âge (102).

- Déscolarisation

La déscolarisation concerne 2,3% des enfants placés dans la tranche d'âge de la scolarité obligatoire : ce nombre diffère peu de la population générale.

Il est toutefois à nuancer puisqu'à l'adolescence les différences se creusent :

- À 15 ans : 6,1% des adolescents placés sont déscolarisés contre 2,1% en population générale ;
- À 16 ans : 16% contre 4% ;
- À 17 ans : 19% contre 7%.

- Orientation

L'orientation en filière générale ou technologique à 15 ans concerne :

- 5,3% des adolescents placés.
- 49% des adolescents en population générale.

Une synthèse de littérature analyse 16 articles pour étudier la scolarité chez les enfants placés, la majorité réalisée aux États-Unis (103).

Les enfants accueillis en institutions ont des performances diminuées comparées à ceux qui résident en famille d'accueil.

L'analyse en sous-groupe révèle que les enfants négligés ont plus de difficultés que les autres types de maltraitances.

La société suédoise s'est particulièrement intéressée à la scolarité particulière de cette population comme cible d'intervention ; cela sera détaillé plus tard dans ce travail. Cette orientation politique se base sur les résultats d'études qui révèlent une association entre les troubles observés chez des adultes anciennement placés et leurs difficultés scolaires (104). L'ajustement de l'analyse sur les mauvais résultats scolaires à l'adolescence réduit le risque de développer certains troubles de 38 à 52%, notamment : le risque de tentative de suicide, l'abus de substance, les liens avec la justice et la dépendance aux services d'aides.

2.2.4 La trajectoire de vie

L'enfant se développe et acquiert les outils nécessaires à sa future autonomie.

Une fois adulte, il déploiera ses compétences pour vivre l'existence qu'il entend mener en s'insérant dans la société.

La littérature nous permet d'approcher la réalité de l'enfant placé devenu adulte dans notre pays.

- Diplôme obtenu

Dans une étude prospective suivant le devenir d'adultes anciennement accueillis en village d'enfant, 40% d'entre eux quittent le cursus scolaire sans diplôme contre 15% en population générale (105).

- Accès au logement

Parmi la population des sans domicile fixe, 23% rapportent un antécédent d'au moins un placement (106).

Ce nombre est encore plus important pour les jeunes adultes ; 35% des 18-24 ans. Cette tranche d'âge correspond à la sortie des dispositifs de l'ASE

- Services sociaux

Parmi les personnes requérant les services d'aides (hébergement temporaire et restauration gratuite), 23% ont déclaré en 2012 avoir été placé dans leur enfance (107).

- Justice

Dans une enquête menée en milieu carcéral, 22% des répondants déclarent un antécédent de placement dans l'enfance (108).

Des faits de maltraitance de nature physique, psychologique ou sexuelle sont rapportés par 28%.

- État de santé

Une étude de cohorte américaine évalue la survenue de troubles psychiatrique entre un groupe d'adultes anciennement placés et un autre issu de la population générale (109).

Les résultats sont significatifs et indiquent un risque multiplié par 2 à 5 pour la plupart des diagnostics.

Les principaux diagnostics sont :

- L'épisode dépressif majeur : 41% pour le groupe adulte placé contre 21% groupe contrôle
- L'ESPT : 30% contre 7%.
- La dépendance à l'alcool : 11,3% contre 7,1%.
- La dépendance à la drogue : 21% contre 4,5%

Face à ce parcours de vie compromis, les professionnels intervenants dans le champ de la protection de l'enfance doivent trouver quels leviers actionner pour modifier la trajectoire.

Que l'enfant attend-il de l'autorité publique qui s'est substituée à ses parents biologiques dans son besoin de protection ?

Dans toute décision qui le concerne, la prise en compte de son intérêt supérieur prévaut.

Celui-ci passe par le respect de son développement.

2.3 Le développement de l'enfant placé

Nous l'avons exposé : le développement, à travers différents axes, est un processus central de l'enfance.

Aux vues des données précédemment exposées, nous faisons l'hypothèse d'une trajectoire développementale propre à l'enfant placé.

Nous l'étudierons par une recherche de la littérature : celle-ci s'axera spécifiquement sur la population des enfants placés

Il paraît intéressant d'étudier l'impact potentiel de différents paramètres de placement sur cette trajectoire.

Les conséquences de la maltraitance, sur-représentée dans cette population, sur le développement sera également investigué.

2.3.1 Méthodologie

Nous avons effectué une revue de la littérature française et étrangère à partir des bases de données Pubmed, Ascodocpsy et Pascal Francis CNRS entre février 2021 et janvier 2022.

La revue française s'est voulue exhaustive. Pour cela, nous avons employés les termes : "aide sociale à l'enfance" ; "protection de l'enfance" ; "enfants placés" ; "maltraitance" ; "développement" ; "retard de développement" ; "développement cognitif" ; "déficience intellectuelle" ; "développement du langage" ; "trouble du langage" ; "développement psychomoteur" ; "trouble psychomoteur".

Cette recherche trouve 2 études : une descriptive et une de méthodologie cas-témoin.

Ce faible nombre nous a obligé à élargir notre investigation à la littérature étrangère au moyen des mots-clés suivants : "child welfare system" ; "foster children" ; "foster care" ; "development" ; "development delayed" ; "cognitive development" ; "cognitive impairment" ; "intellectual disability" ; "language development" ; "language impairment" ; "psychomotor development" ; "psychomotor impairment".

Nous avons ainsi pu renforcer la représentativité des résultats en sélectionnant en priorité les méta-analyses, les études prospectives et comparatives.

2.3.2 Le développement cognitif

Il n'a pas été retrouvé d'étude française étudiant spécifiquement le développement cognitif des enfants placés ou présentant des antécédents de maltraitance.

- L'enfant placé

L'enquête descriptive réalisée dans le département de Maine-et-Loire sur l'état de santé des enfants confiés (tranche d'âge 6-18 ans) rapporte que 16,1% de l'échantillon a reçu un diagnostic de déficience intellectuelle (70).

Il n'est pas précisé la démarche diagnostique ou la sévérité du trouble.

En Angleterre, une étude se base sur l'appréciation d'enseignants et dispose d'un groupe contrôle (110). Les enfants sont âgés de 5 à 17 ans.

Selon les enseignants, 10,7% de l'échantillon des enfants placés ont un retard mental contre 1,3% dans le groupe témoin.

En Australie, une enquête récolte l'appréciation des soignants (111). Ceux-ci reportent 22,5% de déficience intellectuelle dans l'échantillon d'enfants placés âgés de 4 à 11 ans.

Une méta-analyse évalue l'impact du lieu de placement sur le développement cognitif (112).

Les critères d'inclusion sont :

- Population d'enfants âgés de moins de 15 ans.
- Mesure du QI par un test standardisé.
- Disposer de deux groupes dont un groupe d'enfants accueillis en institution et l'autre en famille d'accueil ou de population générale.
- Disposer de suffisamment de données pour permettre un calcul de taille d'effet.

Il est sélectionné 42 articles publiés entre 1940 et 2006 dans 19 pays différents pour une inclusion de 3 988 enfants.

L'analyse révèle une différence significative entre les groupes :

- Une moyenne de 84,4 points de QI pour les enfants placés en institution.
- Une moyenne de 104,2 points pour les enfants accueillis en famille d'accueil.

Le calcul de taille d'effet combiné est : $d = 1,10$ (95% CI = 0.84–1.36, $p < .01$) et en tenant compte des biais de publication : $d = 0.74$, (95% CI = 0.48–1.01, $p < .01$).

Parmi les facteurs influençant, le placement en institution avant l'âge d'un an a un impact significatif sur le développement comparé à ceux accueilli après l'âge d'un an.

- L'effet de la maltraitance

On retrouve plusieurs études comparatives menées aux moyens de tests standardisés.

Dans une étude américaine, une évaluation par un test Stanford-Binet est réalisé dans 3 groupes de taille comparable (14 enfants), appariés sur le statut socio-économique pour écarter l'hypothèse d'un effet biais (113).

Les différences sont significatives entre les groupes d'enfants maltraités et le groupe contrôle mais pas entre le groupe négligé et celui abusé :

- 82,9 points de QI pour le groupe d'enfants négligés.
- 79,2 points pour le groupe d'enfants abusés.
- 102 points pour le groupe contrôle.

Au Brésil, l'enquête menée auprès de 55 enfants âgés de 8 à 12 ans au moyen d'une échelle Weschler trouve des résultats similaires (114) :

- 87,1 points de QI pour le groupe d'enfants maltraités (tout type confondu).
- 102,4 points pour le groupe contrôle.

La différence est maximale pour l'indice de mémoire de travail. Ceci est cohérent avec d'autres données de la littérature.

La mémoire de travail permet le maintien d'information accessible et manipulable pour réaliser une variété de tâche cognitive. Elle est particulièrement sollicitée dans la résolution de problèmes : son altération pourrait expliquer d'éventuelles difficultés scolaires et professionnelles.

Les auteurs soulignent que c'est l'une des composantes cognitives qui répond le mieux à la prise en charge.

Les performances des enfants du groupe maltraité dans les tâches évaluant les fonctions exécutives sont également significativement diminuées, notamment le contrôle inhibiteur.

Les fonctions exécutives sont les processus mentaux impliqués dans la gestion des comportements, des pensées et des émotions. Des capacités moindres seraient en lien avec certains troubles émotionnels dont les troubles du comportement.

Pour évaluer les conséquences des différentes formes de maltraitance, une étude réalisée aux Philippines inclut 300 enfants âgés de 4 à 17 ans répartis en 3 groupes : abus sexuel, violence physique et négligence (115). L'évaluation du QI s'est faite par la passation d'une échelle Stanford-Binet 5^{ème} édition, dont les résultats indiquent :

- Violence physique : 76,5 points de QI.
- Abus sexuel : 72,3 points.
- Négligence : 66,9 points.

L'indice « connaissance » est le plus diminuée suivi de la mémoire de travail et du raisonnement fluide.

Là aussi, les auteurs avancent les difficultés probables rencontrées dans les tâches scolaires.

Enfin, une différence significative existe entre l'indice verbale qui score plus bas que l'indice non verbal.

L'hypothèse est avancée d'un lien avec un retard de langage.

2.3.3 Le développement du langage

- L'enfant placé

Une étude comparative a été réalisée à Paris dans un service hospitalier de pédopsychiatrie (116).

226 enfants hospitalisés âgés de 6 à 18 ans sont inclus et répartis en 2 groupes : un groupe d'enfants confiés à l'ASE, vivant au domicile familial (62%) ou placés, comparé à un groupe contrôle apparié sur l'âge et le sexe.

Les enfants bénéficient d'une première épreuve de dépistage. En cas d'échec, une évaluation plus approfondie des différentes composantes du langage (langage oral, évaluation des prérequis du langage écrit, stratégie d'identification de mots en lecture) est menée afin d'affiner le diagnostic.

Les enfants du groupe ASE ont de moins bonnes performances dans le langage oral (production syntaxique) et écrit (lecture et transcription).

Le développement du langage élaboré, dont les compétences sont proches de celles requises pour la compréhension de l'écrit, est particulièrement altéré.

Au sein du groupe ASE, les enfants placés ont des résultats significativement diminués. Ces différences s'observent dans de nombreux domaines : orthographe, compréhension écrite, conscience phonologique, dénomination rapide.

Concernant la prise en charge, les enfants du groupe ASE ont 3,5 fois moins accès à un orthophoniste.

Dans l'étude descriptive menée dans le département de Maine et Loire, les médecins rapportent un trouble du langage chez 14,3% de l'échantillon et un retard de langage pour 11,8% (70). Il n'est pas précisé le moyen diagnostic.

Les travailleurs sociaux intervenants auprès des enfants rapportent un taux proche de 20%.

Aux États-Unis, on évalue le développement du langage chez 80 adolescents placés en institution et le lien potentiel avec d'autres compétences (117).

Les patients inclus passent successivement :

- L'échelle CELF-4 validée pour le dépistage des troubles du langage (118).
- Le test standardisé Woodcock-Johnson Test of Achievement, 3rd Edition (WJ III) pour évaluer les compétences académiques.
- Le test K-FAST qui évalue les aptitudes à répondre à des situations du quotidiens (exemples donnés : suivre une recette, gérer un budget, compréhension d'étiquette).

Dans l'échantillon, 54% des enfants présentent un score négatif au test de dépistage et constituent le groupe à risque qui sera comparé au groupe indemne.

La passation du test WJ III révèle des différences significatives : les résultats des enfants du groupe à risque indiquent « faible » et « moyenne faible » dans les 7 sous-scores. L'autre groupe est dans la moyenne. La taille d'effet est maximale pour les indices « compréhension de texte » et « connaissances académiques ».

Les résultats du K-FAST sont données en 3 domaines : mathématiques, lecture et score composite, significativement diminués pour les enfants à risque de troubles du langage. Ce n'est pas le cas pour l'autre groupe.

Une étude réalisée en Espagne cherche à évaluer le déficit d'une composante particulière : la pragmatique (119).

Elle inclut 74 enfants âgés de 6 à 18 ans placés en institution qui passent le test 'Objective Language Criteria Test' (BLOC-Screening).

Table 2
Distribution of the subjects according to their level of pragmatic dominion.

	<i>n</i>	%
70-100: upper level	-	-
60-70: transition	9	12.2
30-60: emergency	47	63.5
Below 25-30: alarm	18	24.3
<i>n</i>	74	100

Juan Manuel Moreno Manso; Ma Elena García-Baamonde; Macarena Blázquez Alonso; Eloísa Guerrero Barona (2010). Pragmatic language development and educational style in neglected children

Aucun patient de l'échantillon n'est dans le niveau supérieur.

Un taux de 87,8% correspond aux niveaux « urgent » et « alarmant ».

Les auteurs relèvent en particulier des difficultés à formuler une demande, utiliser la forme interrogative pour questionner, répondre à une question trop longue, attirer l'attention de façon adéquate.

La pragmatique est la composante qui désigne l'habilité à utiliser et adapter efficacement son langage en contexte social.

Ces habilités influencent les interactions qu'un enfant aura avec ses pairs : des retards d'acquisition sont susceptibles de porter atteinte à sa participation sociale.

En Australie, une équipe s'intéresse spécifiquement aux compétences narratives (120).

Il est sélectionné 83 enfants âgés de 5 à 12 ans placés et présentant au moins un antécédent de maltraitance (abus et/ou négligence).

Les enfants sont évalués par deux tests

- L'échelle CELF-4 : 30% performant sous la moyenne.
- Le 'Test du langage narratif' : 42,1% des enfants ont un résultat sous la moyenne.

Il y a une corrélation significative entre les résultats des deux tests.

Les compétences narratives permettent au locuteur d'appliquer les conventions adéquates pour relater une histoire. La compréhension et la production du langage narratif sont prédicteur de la compréhension ultérieure de langage complexe et de l'utilisation de l'écriture (121,122).

Les auteurs discutent des implications dans le cadre de la protection de l'enfance. C'est une donnée à prendre en compte lors d'investigations administratives ou judiciaires où l'enfant est pris à témoin pour relater les faits. L'utilisation de questionnaires protocolisés aurait alors du sens, les questions ouvertes risquant de mettre à mal ses compétences.

Cette difficulté à partager leurs expériences peut également interférer dans la mise en place d'un processus psychothérapeutique.

- L'effet de la maltraitance

On relève une méta-analyse dont les critères d'inclusion sont (123) :

- Population d'enfants âgées de 2 à 11 ans.
- Antécédents de maltraitance, tout type confondu.

- Présence d'un groupe contrôle apparié sur le statut socio-économique pour éliminer un potentiel biais (condition à risque déjà relevée dans la littérature (124).

Il est sélectionné 26 articles publiés entre 1960 et 2013 ; 1 176 enfants dans le groupe maltraité et 936 dans le groupe contrôle.

Les résultats, données sous forme standardisé sur une échelle dont la moyenne est fixée à 100, sont significatifs et indiquent :

- En langage expressif : 13 points de moins pour le groupe maltraité ; taille d'effet 0,860 ($p < .001$).
- En langage réceptif : 8 points de moins ; taille d'effet 0,528 ($p < .001$).
- En vocabulaire réceptif : 7 points de moins ; taille d'effet 0,463 ($p < .001$).

2.3.4 Le développement psychomoteur

La littérature est peu fournie sur cette question. On notera notamment l'absence d'étude française.

On relève une étude comparative qui utilise un test standardisé (échelle Bayley) qui évalue le développement global et contient un index psychomoteur (125).

Le groupe d'enfants placés contient 125 enfants âgés de moins de 3 ans accueillis en foyer d'urgence ou famille d'accueil (motif principal d'admission : négligence pour 92%) est comparé à un groupe contrôle.

Les résultats sont significatifs : 49% des enfants placés ont un score sous la moyenne pour l'index de développement psychomoteur contre 15% en population générale.

Une étude épidémiologique de cohorte en Californie étudie une population d'enfants placés en famille d'accueil et évalue le développement psychomoteur (126).

Elle inclut 213 enfants âgés de moins de 12 ans.

Des troubles sont détectés en :

- En motricité globale pour 33%.
- En motricité fine pour 35%.

Pour étudier l'effet du type de placement on utilise les résultats d'une étude menée en Grèce (127).

Il est constitué 3 groupes d'enfants d'âges préscolaires (moyenne de 54 mois) : 48 vivent dans leur famille biologique ; 20 en SOS village et 28 en institution classique. Les SOS villages correspondent à un accueil de type familial et communautaire.

L'évaluation repose sur une échelle standardisée 'Griffiths Test No II' validé pour l'étude du développement psychomoteur.

Les différences sont significatives :

- 75,9 points de moyenne pour les enfants accueillis en institution.
- 95,3 points pour le groupe en SOS village.
- 113 points pour le groupe contrôle.

La littérature, malgré des différences méthodologiques ne permettant pas de conclure avec précision, semble indiquer des particularités développementales pour l'enfant placé.

Un lien significatif existe également avec les antécédents de maltraitance, désigné alors comme facteur de risque de troubles développementaux.

Il semble également que le placement en institution soit plus délétère que les autres lieux de placements.

On ne peut s'empêcher de noter la faible proportion d'études françaises qui étudient cette question.

La problématique semble pourtant centrale à l'heure de penser des parcours de soins réfléchis à une population spécifique.

2.3.5 Présentation d'un protocole expérimental

2.3.5.1 Titre du projet : INDEM-ECO

« Impact Développementale des Maltraitements et Négligences chez les Enfants Confiés : Impact sur le QI total de différente forme de maltraitements (physique, sexuelle, négligence) chez les enfants placés en foyers (Maisons d'Enfants à Caractère Social, MECS) et en famille d'accueil. ».

(en anglais : « *Impact of child abuse and neglect on the development of children: Impact on total IQ of physical and sexual abuse and neglect among children in institutional and foster care* »).

2.3.5.2 Justification

Les enfants placés représentent une part non négligeable de notre population.

La littérature précédemment exposée met en lumière leur trajectoire à risque au cours de la vie : forte prévalence de troubles psychiatriques, parcours scolaire dégradé, insertion socio-professionnelle compromise.

Le processus central de l'enfance est le développement : il permet la réalisation de l'individu selon ses potentialités intrinsèques initiales.

La revue de la littérature pointe un manque de données nationales sur la question. C'est une question pourtant primordiale puisqu'elle offre la possibilité de penser collectivement une prise en charge scientifiquement étayée.

Nous émettons plusieurs hypothèses bâties sur la littérature :

- Les enfants confiés présentent un développement précocement altéré.
- Le placement en institution et l'âge tardif de placement auraient des impacts négatifs sur le développement.
- La négligence comparée aux autres formes de maltraitance serait un facteur aggravant le développement.

2.3.5.3 Objectifs

- Principal

Etude des compétences cognitives par la mesure du QI et évaluation des paramètres influençant : type d'accueil (MECS et famille d'accueil) et forme de maltraitance subie.

- Secondaires

Mesure de l'impact de la maltraitance sur les autres aspects du développement : langagier, psychomoteur et des apprentissages.

La présence de profil spécifique de développement en fonction du lieu de placement (MECS ou famille d'accueil).

Mesure de l'impact des violences sexuelles.

Le protocole prévoit d'étudier l'effet sur le développement des différents paramètres du placement :

- Âge du placement
- Délai entre premier placement et la mesure de placement
- Instabilité du parcours du placement
- Maintien du lien avec un ou les deux parents).

Enfin, on recherchera un effet cumulatif des maltraitances et des négligences.

- Bénéfices attendus

Il s'agit d'une prise de conscience de la part des professionnels intervenants dans le champ pluridisciplinaire de la protection de l'enfance : judiciaire, sanitaire, sociale, éducatif..

L'existence de particularités développementales permet d'orienter le parcours de soin mis en place par les autorités publiques, notamment une évaluation précoce des différents axes afin de proposer une prise en charge adaptée.

Cela peut s'inscrire dans le projet pour l'enfant, mis en place pour chaque enfant confié à l'ASE.

A court et moyen terme, on souhaite ainsi :

- Favoriser leur intégration scolaire et sociale.
- Prévenir le développement de troubles mentaux.

L'étude de l'influence des différents paramètres du placement sur la trajectoire développementale pourrait guider la politique de protection de l'enfance.

2.3.5.4 Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude non interventionnelle transversale descriptive.

On compare le développement cognitif, langagier, psychomoteur et les apprentissages d'enfants d'âge scolaire placés hors de leur domicile (MECS et famille d'accueil).

Il sera constitué 2 groupes pour lesquels on relève des antécédents de maltraitances distinctes : un premier par commission (abus physiques, sexuels ou émotionnels) et un autre de négligence.

2.3.5.5 Population

- Centres d'inclusion

Ils correspondent à 5 services de pédopsychiatrie rattachés aux centres hospitalo-universitaires de :

- Marseille, service de pédopsychiatrie du Pr Poinso.
- Nice, service de pédopsychiatrie du Pr Askenazy.
- Angers, service du Pr Duverger.
- Bezançon, service du Pr Nezelof.
- Créteil, service du Pr Baleyte.

- Critères d'inclusion

- Fille ou garçon, âgé de 6 à 11 ans.
- Mesure de placement en MECS ou famille d'accueil sur décision administrative ou judiciaire.
- Antécédent de maltraitance (abus physique, sexuel ou émotionnel, négligence) d'après la décision de justice.
- Accord de l'un des parents ou d'un substitut parental à l'utilisation des données pour la recherche (selon l'article L 11222-2 CSP).

- Critères d'exclusion

- Impossibilité d'obtenir l'accord parental ou du substitut.
- Décision de fin du placement ou changement de lieu avant la réalisation de l'ensemble des bilans.

- Effectif

Notre hypothèse est une diminution de 5 points de QI total chez les enfants négligés comparé aux autres types de maltraitance.

Le nombre de sujets nécessaires par groupe est de 190, soit 380 en tout.

En prenant en compte l'instabilité des placements, on estime que 10% de l'effectif aura changé de lieu de résidence avant la fin de l'évaluation.

Ainsi, la population requise est de 418 enfants répartis en 2 groupes de 209.

2.3.5.6 Données recueillies

Le recueil de la décision de justice se fera au cours d'une première consultation médicale pour attribution de l'enfant à un groupe.

Il sera également renseigné l'ensemble des données sociodémographiques et anamnestiques pour l'analyse en sous-groupe :

- Contexte du placement : âge du signalement ? motif (négligence/ maltraitance/ les deux) ? notion de violence sexuelle ?
- Histoire du placement : nombre de lieux de placements ? placement principal en MECS/ famille d'accueil ? maintien des liens avec le ou les parents ? sous quelle forme ?

Les bilans sont programmés à l'issue du premier entretien.

Ils seront réalisés par différents professionnels (neuropsychologue, orthophoniste et psychomotricien) qui n'auront pas connaissance des éléments préalablement recueillis. Chaque intervenant complètera en aveugle un fichier excel pour rendre compte de son évaluation.

Les données seront vérifiées par une personne différente de celle ayant réalisé la saisie. La validation des données sera complétée par une revue des données.

- Critère d'évaluation principal

Mesure du Quotient Intellectuel Total (QIT) par la passation de l'échelle de Wechsler pour enfant et adolescent, 5ème édition (WISC-V).

C'est une échelle validée pour la tranche d'âge 6-16 ans. Elle propose d'évaluer quantitativement 5 indices relevant de processus cognitifs distincts :

- Indice de compréhension verbale ICV.
- Indice visuo-spatial IVS.
- Indice de raisonnement fluide IRF.
- Indice de la mémoire de travail IMT.
- Indice de la vitesse de traitement IVT.

Elle s'organise en 10 épreuves dont 7 sont utilisées pour calculer le QIT.

La moyenne est fixée à 100 avec un écart-type de 15 points.

- Critères d'évaluation secondaires

Sur le plan cognitif, nous étudierons le profil des enfants des 2 groupes en analysant les différents indices du WISC-V avec des épreuves de théorie de l'esprit.

Sur le plan langagier, les enfants auront un bilan orthophonique du langage formel (test « Exalang ») et un bilan de la pragmatique du langage et de la communication (« Epreuve de la chute dans la boue »).

Pour les apprentissages nous réaliserons un bilan orthophonique du langage écrit et des cognitions mathématiques.

L'évaluation du développement psychomoteur sera réalisée grâce aux épreuves du MABC 2.

2.3.5.7 Méthodes statistiques

Les données seront analysées en sous-groupe.

Les variables qualitatives seront décrites par le nombre et le pourcentage de patients pour chaque donnée recueillie (population totale et par groupe).

Les pourcentages seront comparés à l'aide du test exact de Fisher

Les variables quantitatives seront décrites par la moyenne, l'écart type, la médiane, le minimum, le maximum.

Elles seront comparées à l'aide du test de Mann-Whitney.

Le seuil de signification est fixé à 0.05 en situation bilatérale.

2.3.5.8 Aspects éthiques et réglementaires

Le protocole sera soumis au comité éthique d'Aix-Marseille Université (AMU) ; le Comité de Protection des Personnes (CPP) sera saisi en fonction de la décision émise.

La littérature nous révèle que l'enfant placé a une vulnérabilité exacerbée qui s'exprimera tout au long de sa vie par un ensemble de troubles.

Son développement altéré participe à l'émergence de ses troubles et limite ses capacités d'inscription dans le cadre sociétal.

La mise en évidence de ces spécificités offre aux autorités publiques l'opportunité de penser des soins adaptés. Ceux-ci se répartissent tout au long d'un parcours de soin qui se doit d'être réfléchi et cohérent.

3 Un parcours de soin adapté : une priorité pour l'enfant placé

La santé est un droit fondamental de chaque être humain, sans regard sur sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

Le besoin de santé fait partie du méta-besoin de l'enfant : il est indispensable à son développement.

La CIDE énonce que « *Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.* » (128).

L'état de santé de l'enfant placé nécessite de questionner les facteurs qui l'influencent pour orienter les politiques de santé.

La politique de protection de l'enfance doit organiser un parcours de soins spécifique pour répondre à son devoir de protection.

3.1 La santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (129).

Les composantes physiques et mentales de la santé sont l'objet d'étude des sciences médicales.

Les déterminants sociaux de la santé sont, selon l'OMS, les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Ces déterminants ont donc vocation à évoluer au gré du développement de l'enfant et peuvent relever de la sphère médicale, pédagogique, éducative et familiale.

L'Etat a la responsabilité de mener des actions de santé en faveur de sa population selon trois axes :

- La prévention comprend l'ensemble des mesures qui visent à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies.

- L'éducation désigne les moyens pédagogiques susceptibles de favoriser l'accès à la santé.
- La promotion a pour but de « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne* » (130).

En pratique, la promotion de la santé se décline en :

- L'élaboration de politiques favorables à la santé.
- La création d'environnements favorables.
- Le renforcement de l'action communautaire.
- L'acquisition d'aptitudes individuelles.
- La réorientation des services de santé.

La promotion de la santé de l'enfant placé est primordiale : le déterminant social fondamental qu'est la famille a fait défaut au point qu'il en soit séparé.

L'État à la charge d'y remédier.

3.1.1 Les facteurs influençant la santé de l'enfant placé

Plusieurs paramètres de placement ont un impact sur l'état de santé de l'enfant placé. L'étude de ces influences est indispensable pour guider la politique de protection de l'enfance.

Les données présentées sont issues d'une revue systématique de la littérature (131). Elle comprend 36 études issues de plusieurs bases de données (Medline, Psychology and Behavioral Sciences et PsycINFO), la majorité produite aux États-Unis (9), au Canada et Royaume-Uni (3 chacun). 30 se sont servis d'échantillons d'enfants et d'adolescents placés et 6 d'échantillons d'adultes placés durant l'enfance.

3.1.1.1 Lieu de placement

C'est le facteur le plus documenté (19 études sur 36).

L'analyse révèle que le placement en institution est plus délétère que les autres types de placement se traduisant par une proportion accrue de troubles psychiatriques.

Lorsque l'enfant est confié à une famille, l'accueil chez un parent constitue un facteur de protection par rapport au placement en famille d'accueil.

La relation avec le parent d'accueil est une composante importante : un engagement émotionnel moindre et un faible niveau de qualité d'interactions sont associés avec davantage de troubles.

L'accueil en famille représente le cadre de suppléance idéal. Contrairement à l'institution, il permet une relation stable avec une ou des figures différenciées.

Le placement chez un parent permet à l'enfant de rester dans un environnement familial : c'est l'opportunité de maintenir et renforcer des liens parfois préexistants et de préserver son identité culturelle.

La formation de l'assistant familial aux problématiques de l'enfant placé doit être une priorité.

3.1.1.2 Instabilité du placement

Les études concordent : un nombre accru de changement de lieu de vie est associé à un risque proportionnel de troubles psychiatriques, quel que soit l'âge auquel interviennent ces ruptures.

- Causes

Parmi les principaux facteurs de risques, les troubles du comportement ont l'association la plus forte (132,133,134).

Il existe une relation directe entre l'accumulation de comportements problématiques et le risque de rupture (135).

Lors de l'accueil en famille :

- Le risque de rupture est trois fois plus élevé en famille d'accueil que chez un parent (136).
- Il existe un lien proportionnel entre le nombre d'enfants accueillis et le risque de troubles du comportement (137).
- La période des 100 premiers jours est particulièrement sensible (134).

Les raisons institutionnelles participent également à l'instabilité.

Dans une étude de cohorte prospective menée en Californie, elles représentent la cause de 7 ruptures sur 10 (134).

Elles sont le plus souvent motivées par des mouvements inter-institutionnelles (exemple : mouvement d'une structure d'accueil à court-terme vers du long-terme) ou en lien avec la situation de l'enfant (exemple : rapprochement avec un parent ou la fratrie).

- Conséquences

L'instabilité augmente le risque de troubles psychiatriques, en particulier les troubles du comportement : une étude trouve un risque majoré de 63% (138).

Cette instabilité inscrit l'enfant dans un cercle vicieux puisqu'un grand nombre de lieux de placement augmentent la probabilité de connaître de nouvelles ruptures (139,140).

- En France

Les données qui concernent la stabilité de placement sont sans équivoque : à 17 ans, moins d'un tiers des enfants n'ont connu qu'un lieu de placement ; 20% ont fait l'expérience de 4 lieux ou plus (141).

Cette instabilité est dommageable à la construction de l'identité narrative de l'enfant et met à mal son sentiment continu d'exister.

Le changement de lieu de vie oblige à une réorganisation des relations à l'adulte mais aussi avec les pairs (potentiel changement d'école) et impact l'établissement de nouveaux liens affectifs.

Il y a aussi une conséquence directe sur le parcours de soin de l'enfant.

3.1.1.3 Âge de placement

D'après les résultats de 7 études, le placement à un âge précoce est un facteur de protection face à la pathologie mentale.

L'âge de 6 mois semble être un seuil critique ; notamment, le placement entre 6 mois et 6 ans constituerait un risque trois fois plus élevé de présenter un trouble psychiatrique comparé à ce seuil (142).

Une étude a montré une association linéaire significative entre l'âge du placement et la survenue de trouble psychiatrique pour les enfants placés après l'âge de 7 mois (143).

Ces résultats avancent l'hypothèse pressentie que le maintien dans un environnement familial défavorable serait délétère, notamment si celui-ci expose l'enfant à la maltraitance.

Le seuil des 6 mois pourrait s'expliquer par l'ontogénèse de l'attachement.

C'est entre 3 et 6 mois que le bébé va affiner sa capacité de discrimination des individus et organiser ses comportements vers une figure stable dans le but d'établir un lien d'attachement. C'est également après 6 mois qu'apparaît « la peur de l'étranger », source de stress et donc d'activation du comportement d'attachement.

Ainsi, passé cet âge la séparation à un caractère potentiellement traumatique.

3.1.2.4 Contact avec les parents biologiques

Le lieu de placement doit être choisi pour permettre aux parents d'exercer leurs droits et maintenir le lien.

La revue de la littérature pointe le faible nombre d'études sur le sujet (5 parmi les 36 études sélectionnés).

Les résultats ne permettent pas de conclure.

Les auteurs soulignent les différences méthodologiques trop importantes en particulier la faible précision des modalités de visite ou des motifs motivant la mesure de placement.

Le maintien de ces liens est essentiel à l'enfant pour lui assurer une continuité affective et dans sa construction narrative.

Celui-ci doit malgré tout tenir compte du contexte, notamment la présence d'antécédents de maltraitance.

La loi prévoit un cadre médiatisé pour travailler ce lien.

3.2.1.5 Placement avec la fratrie

Le placement avec la fratrie est également à favoriser au regard de la loi.

Ce paramètre n'a été questionné que dans 3 études : les résultats de celles-ci divergent quant à l'impact sur l'état de santé et ne permettent pas de conclure.

3.1.2 Le concept de résilience

La définition du dictionnaire renvoie à la capacité d'un matériau de résister à un choc pour reprendre sa forme d'origine.

Appliquée à l'Homme et au domaine de la psychologie, la notion de résilience se conçoit comme un processus dynamique et actif. C'est « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.* » (144).

Au-delà même de reprendre sa « forme initiale », le psychisme résilient s'enrichit des situations adverses rencontrées : cela lui confère des facteurs de protection mobilisables ultérieurement.

Ce concept apparaît particulièrement pertinent pour l'enfant placé.

Il offre l'espoir d'une échappatoire au déterminisme préconçu, entendu comme « *Ordre des faits suivant lequel les conditions d'existence d'un phénomène sont déterminées, fixées absolument, de telle façon que ces conditions étant posées, le phénomène ne peut que se produire.* » (145).

Quels facteurs y contribuent ?

- Facteurs individuels

Des études ont été menées spécifiquement sur les facteurs de résilience des enfants placés (146,147).

L'engagement dans ce processus requiert :

- Un bon fonctionnement cognitif.
- L'estime de soi.
- Un sentiment de contrôle sur sa propre vie.
- Des compétences sociales.

Les compétences sociales permettent d'établir un réseau social soutenant.

- Le soutien de l'environnement

La résilience suppose la mobilisation de ressources internes en appui sur des étayages externes (148,149).

Le groupe est le support d'un « appareil psychique groupal » qui participe à la réorganisation psychique du sujet (150).

J.C. Rouchy distingue le « groupe d'appartenance primaire », celui où a été élevé l'enfant, du « groupe d'appartenance secondaire » qui comprend les relations socialisées (l'école, les amis). Ces relations constituent un espace dans lequel l'individuation et la socialisation de l'enfant se réalisent, par des processus d'identification mutuelle et par l'incorporation de normes et de valeurs partagées à l'insu du sujet (151).

Ces relations peuvent être le support de lien affectif voire d'attachement lorsque la figure concerne un adulte chargé de l'enfant.

Certains auteurs suggèrent une plasticité des liens d'attachements en interaction constante avec un environnement dynamique, changeant. On observe une plasticité des styles d'attachements au cours de la vie en appui sur le réseau social (152).

Ces figures nouvelles constituent des « tuteurs de résilience » (153) ou des « zones d'arrimage » (154) avec lesquels l'enfant peut expérimenter de nouvelles modalités relationnelles.

Le psychologue Paul Fustier introduit la possibilité de « rencontre fondatrice » pour désigner cette rencontre signifiante pour l'individu sur laquelle il va s'appuyer (155). Cet étayage va servir de modèle, apporter de la confiance et de l'estime de soi.

Cette rencontre peut avoir lieu dans la sphère extra-familiale élargie ou dans une rencontre amoureuse.

Un travailleur social, un psychothérapeute ou un enseignant peuvent, parfois à leur insu, participer à cet étayage : la rencontre signifiante aura valeur de tuteur de développement (156).

- L'école

L'école est le support de nombreuses ressources défensives (157).

Sur le plan individuel, les exigences scolaires soutiennent le développement des habilités en mettant à contribution les compétences cognitives, sociales et psychoaffectives.

L'enfant prend part à des réalisations et des activités constructives qui contribuent à développer son sentiment de compétence et de réussite, renforce son estime de soi et lui donne un sentiment de contrôle.

C'est un lieu d'expérience relationnelle.

De nouvelles relations affectives et significatives, que ce soit avec des enfants ou des adultes, atténuent les carences préexistantes et contribuent à consolider sa construction psychique, à élargir et développer son système de valeur.

Des liens positifs avec un groupe de pairs lui offre un sentiment d'appartenance.

La réussite scolaire est d'ailleurs un indice de résilience.

- La mise en mot

Sur le plan intrapsychique, certains auteurs insistent sur la nécessité de travail de mise en sens ou « mentalisation ».

Pour C. De Tychey, professeur en psychologie, elle correspond à « *la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi d'abord.* » (158).

Ce travail de la pensée sur elle-même, par l'élaboration d'excitations psychiques en un discours partageable est une condition essentielle du fonctionnement résilient à long terme.

Selon le modèle intégratif proposé par McAdams et Pals, l'identité narrative est l'un des 5 constituants essentiels au développement de la personnalité (159).

« *L'identité narrative désigne la représentation subjective que nous élaborons du déroulement de notre existence, telle qu'elle peut être rétrospectivement envisagée sous la forme d'un récit.* » (160).

Dépassant la simple mémoire épisodique des événements de notre vie, elle inclut la représentation de ces moments significatifs, leurs relations temporelles et causales et leurs contributions à ce que nous sommes devenus en tant que personne (nos caractéristiques, nos valeurs, nos motivations et nos choix de vie).

Elle offre à l'individu un sentiment d'identité et de continuité à partir d'une mémoire autobiographique singulière ; « *elle confère un sens au passé et guide notre projection dans l'avenir.* » (160).

Des auteurs révèlent que l'accompagnement par un adulte influence la qualité des récits et des souvenirs et augmente la cohérence du sens de soi au cours du développement (161).

Il faut proposer à l'enfant un cadre thérapeutique à cette élaboration.

Celui-ci vise à l'accompagner dans ses procédures d'ajustement et d'évolution. C'est tout l'intérêt du travail psychothérapeutique et de l'accompagnement éducatif.

L'adolescence serait une période particulièrement propice à ce travail. Il s'y engage un véritable « raisonnement autobiographique », une motivation nouvelle à se raconter en lien avec la quête d'affirmation de soi (162). Les progrès cognitifs de raisonnement favoriseraient la mise en relation des souvenirs dans une recherche de cohérence.

L'être humain dispose de ressources pour faire face.

Pour permettre à l'enfant placé de les exprimer, la société se doit de l'inscrire dans un parcours de soin cohérent.

3.2 Le soin

Selon le Larousse, le soin se définit comme « *l'action de porter une attention particulière à quelque chose, à autrui ou à soi-même.* ».

Dans le domaine médical, il désigne l'ensemble des connaissances, des compétences et des techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins.

Le parcours de soin comprend, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment des différents actes de soin. Ces actes impliquent des compétences professionnelles distinctes.

3.2.1 Le cadre légal d'accès aux soins pour l'enfant

Un acte de soin est un ensemble cohérent d'action et de pratique mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne.

Il existe différents types d'acte : consultation, acte technique ou biologique, traitement médicamenteux et non médicamenteux, prise en charges médico-sociale ou sociale..

En France, les soins médicaux sont classés en deux catégories en fonction de leur implication et de leur gravité potentielle.

Pour y accéder, l'enfant nécessite l'autorisation des détenteurs de l'autorité parentale selon un cadre précis (163).

- Les actes usuels

Ce sont les actes dits du "quotidien" : considérés sans gravité, ils n'engagent pas l'avenir de l'enfant ou s'inscrivent dans la continuité d'une pratique antérieure (exemples : vaccination obligatoire, soins habituels tel qu'une infection bénigne ou une plaie superficielle, poursuite d'un traitement).

Le consentement d'un des deux parents est suffisant, celui de l'autre étant présumé.

- Les actes non usuels

Ils comprennent les actes graves et inhabituels qui rompent avec le passé de l'enfant ou qui engagent son avenir (exemple : instauration d'un traitement avec risque d'effet secondaire, intervention chirurgicale, hospitalisation prolongée).

Il faut alors recueillir l'autorisation écrite des deux titulaires de l'autorité parentale.

L'exception concerne les soins d'urgence dont l'augmentation de la mise en œuvre pourrait être délétère à l'enfant.

Une première consultation en psychiatrie est considérée comme un acte non usuel tout comme l'introduction d'un traitement psychotrope.

- L'accès aux soins de l'enfant placé

L'accès aux soins est réglementé par le Code civil ; l'article 373-4 encadre les soins usuels : « *Lorsque l'enfant a été confié à un tiers, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère ; toutefois, la personne à qui l'enfant a été confié accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation.* » (164).

Concernant les actes non usuels, les professionnels peuvent rencontrer des difficultés à obtenir l'autorisation des deux parents.

Il existe des mesures législatives, notamment « *en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité parentale [...] le juge des enfants peut exceptionnellement, dans tous les cas où l'intérêt de l'enfant le justifie, autoriser la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un acte relevant de l'autorité parentale.* » (article 375-7) (165).

Il sera alors à la charge du demandeur de fournir la preuve de la nécessité de cette mesure.

3.2.2 Organisation des soins en protection de l'enfance

La dernière réforme en date de la protection de l'enfance date du 14 mars 2016.

Les grands axes des nouvelles dispositions concernent :

- L'amélioration de la gouvernance nationale et locale.

Le rôle de l'État en matière de pilotage, d'animation et de régulation des politiques nationales est renforcé.

C'est à cet effet qu'a été créé le Conseil Nationale de la Protection de l'Enfance (CNPE) : c'est un conseil interministériel placé auprès du Premier ministre qui propose au Gouvernement les grandes orientations politiques nationales, formule des avis et évalue la mise en œuvre (166).

Au niveau local, l'amélioration de la coordination se traduit par exemple par le renforcement de l'information du préfet en cas de dysfonctionnement dans un établissement d'accueil ou encore par la mise en place des protocoles départementaux de prévention.

- La meilleure prise en compte des besoins de l'enfant

Cette orientation vise l'amélioration de la protection de l'enfant et une plus grande stabilité dans son parcours.

Les réformes engagées renforcent des mesures déjà en place :

- Médecin référent

Chaque département doit depuis 2016 désigner un médecin référent "protection de l'enfance".

Il s'assure de l'intérêt porté à la santé des enfants confiés à l'ASE et articule les soins.

Il favorise notamment le lien entre les professionnels du champ sanitaire et ceux des services de protection de l'enfance (167).

- L'évaluation de la santé globale

Chaque enfant qui entre dans le champ de la protection de l'enfance doit bénéficier de façon obligatoire d'un bilan de santé pris en charge par l'assurance maladie.

Il comprend une évaluation globale, à la fois médicale et psychologique. Il permet d'identifier les besoins de soins et de prévention et d'adapter le parcours ultérieur..

Il est constitutif du projet pour l'enfant.

- Le projet pour l'enfant (PPE)

Selon l'article L. 223-1-1 du CASF « *Il est établi, pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection judiciaire, un document unique intitulé " projet pour l'enfant ", qui vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social. Ce document accompagne le mineur tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance.* » (168).

Ce document est construit en cohérence avec les objectifs fixés dans la décision administrative ou judiciaire.

Il détermine la nature et les objectifs des interventions menées en direction du mineur, de ses parents ou de son environnement.

Son garant est le président du conseil départemental : il établit le projet en concertation avec les titulaires de l'autorité parentale et toute personne qui s'implique auprès du mineur. Ce dernier, en fonction de son âge et de sa maturité, y est associé.

Le projet est remis au mineur en capacité et à ses représentants légaux.

Il est transmis au juge lorsque celui-ci est saisi.

- Le suivi de l'enfant

La loi stipule qu'un rapport doit être établi pour chaque enfant de manière annuelle ou tous les 6 mois si celui-ci est âgé de moins de 2 ans (CASF article L 223-5) (169).

« *Ce rapport porte sur la santé physique et psychique de l'enfant, son développement, sa scolarité, sa vie sociale et ses relations avec sa famille et les tiers intervenant dans sa vie.* ».

Il est établi après concertation pluridisciplinaire et transmis à l'autorité judiciaire et vérifie la bonne mise en œuvre du projet pour l'enfant.

Son contenu est communiqué détenteurs de l'autorité parentale et au mineur en capacité.

3.2.3 Limites actuelles

Le 13 avril 2021 a été réalisée une auto-saisine de la Haute Autorité de Santé (HAS) s'intitulant « Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie » (170).

Le rapport souligne les limites actuelles du système de soin à répondre aux besoins de santé des enfants de notre pays, de surcroît l'enfant placé.

- Application insuffisante des directives

L'évaluation globale du PPE ne seraient réalisées que dans 35 des 68 départements les ayant instaurées, l'évaluation psychologique faisant le plus souvent défaut (171).

Le bilan de santé ne serait rendu systématique que dans 28% des conseils départementaux (172).

Une enquête révèle que 43% des départements n'ont pas désigné de médecin référent (173).

- Manque de moyen humain actuel

Face à la vulnérabilité psychique de l'enfant placé, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent joue un rôle central dans son parcours de soin.

La spécialité médicale fait actuellement face à une crise humaine : ses effectifs sont en décroissance majeure au cours des dernières années (-50% entre 2007 et 2016) et l'offre de soins ne permet pas de répondre aux besoins des enfants relevant de la protection de l'enfance (174,175).

- Difficultés institutionnelles compromettant l'accès au soin

Les soins psychiatriques sont organisés en secteur populationnel. L'offre du service public s'articule entre les soins ambulatoires, portés par des structures type Centre Médico-Psychologique (CMP), et des services hospitaliers.

L'accès aux soins ambulatoires peut parfois nécessiter un délai d'attente important, plusieurs mois voir excédant une année selon les régions (176).

Cela concourt à une dégradation de l'état clinique de l'enfant, une orientation tardive vers les services de soins d'urgences et augmente le recours à l'hospitalisation (177).

L'offre de soin hospitalier est elle aussi inégale : un rapport du Sénat en 2017 révèle que 10 départements ne comptaient aucun lit d'hospitalisation dédié à la psychiatrie infanto-juvénile (178). Le risque encouru est une orientation par défaut vers les services de psychiatrie adulte, inadaptés aux soins de l'enfant.

- L'absence de formation et le non-partage

« Pour une majorité de personnes auditionnées, l'un des principaux freins à la convergence des interventions sociales et en pédopsychiatrie est la méconnaissance réciproque des acteurs des deux champs. Ce défaut d'interconnaissance vient nourrir le sentiment que chaque professionnel « ne reconnaît pas nécessairement l'intervention de l'autre comme profitable à l'enfant » ou développe des représentations fausses des champs professionnels concernés et des missions des institutions. » (170).

Les risques identifiés sont la présence de failles dans la circulation des informations et un défaut de coordination des prises en charge.

Prévue par la loi du 5 mars 2007, la formation initiale et continue des professionnels de la protection de l'enfance est reportée comme insuffisamment mise en œuvre.

- Difficulté à obtenir le consentement parental

Le consentement des parents est nécessaire pour engager l'enfant dans un parcours de soins mais les professionnels rapportent des difficultés à récolter cette autorisation.

Les raisons sont plurielles : refus résultant d'un manque de coopération avec les intervenants sociaux souvent jugés responsables du placement ; demande d'interruption d'un des deux parents suite à un conflit ; incompréhension de l'objectif poursuivi...

La santé de l'enfant doit apparaître à tous comme une dimension fédératrice dans le travail avec les familles.

- La recherche chez l'enfant placé

Il a déjà été soulevé le faible nombre de données concernant cette population dans notre pays. A l'heure de l'*evidence-based medicine*, ou médecine fondée sur les faits, la recherche scientifique est primordiale pour orienter les directives de soin.

Celle-ci est limitée par des raisons éthiques, pratiques et légales comme le souligne une thèse étudiant la place de la pédopsychiatrie dans l'écosystème de l'enfant placé (179).

La participation à la recherche est considérée comme un acte « non-usuel » : le recueil du consentement des parents peut nécessiter un certain temps quand celui-ci n'est pas confronté aux difficultés précédemment citées.

Des considérations éthiques s'imposent puisqu'il s'agit d'une population particulièrement fragile et vulnérable : les effets de la rencontre entre l'enfant, le chercheur et le protocole doivent être réfléchis et anticipés.

L'instabilité fréquente du parcours de l'enfant rend difficile le suivi et augmente le nombre de perdus de vue.

Enfin, la faible médicalisation des institutions qui accueillent des enfants rend difficile l'accès aux données de santé et limite la culture de la recherche scientifique dans les équipes socio-

3.2.4 Dispositifs de soins spécifiques

La littérature offre des pistes de réflexion de soins spécifiquement adaptés à l'enfant placé. Nous présentons ici plusieurs exemples selon différents axes d'interventions avant d'aborder un dispositif d'équipe mobile novateur mis en place dans la ville de Marseille.

3.2.4.1 Accueil spécialisé

Les unités d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) sont des structures rattachées à l'hôpital public français. En pédopsychiatrie, elles assurent une prise en charge thérapeutique de l'enfant placé avec un besoin de soin identifié. L'accueil est assuré par une famille recrutée et formée par la structure.

Elles associent les interventions d'une équipe de soins et d'une équipe éducative auprès de l'enfant et des parents dans une logique de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation

et de réinsertion sociale.

En 2019, 800 enfants bénéficient de ce dispositif (180).

Une étude transversale et rétrospective sur le devenir à l'âge adulte met en avant des résultats positifs (180). Elle inclut 33 participants anciennement répartis dans 4 structures.

Les résultats dévoilent un taux d'attachement sécure, des compétences narratives et un profil socio-économique comparable à la population générale.

Au cours des entretiens menés, les participants rapportent un sentiment d'abandon de la part des institutions au moment de la transition à l'âge adulte.

Les auteurs soulignent l'importance de la mise en place d'un programme d'accompagnement systématique entre 18 et 25 ans.

3.2.4.2 Formation des professionnels

Au vu des problématiques de l'enfant accueilli dans son domicile, il paraît indispensable que l'assistant familial soit formé et accompagné.

L'enjeu est de développer ses compétences parentales.

Si les compétences ne sont pas adaptées, il y a un risque de voir émerger une éducation inadaptée qui aura un impact négatif sur l'enfant et la qualité du placement : utilisation de violence, éducation laxiste ou coercitive, manque d'implication (181).

On présente ici les résultats d'une étude comparative qui s'est appuyée sur un programme de formation destiné aux caregivers ; la méthode KEEP (Keeping Foster Parents Trained and Supported) (un groupe de 359 familles qui suivent la formation et un groupe contrôle de 341 famille) (182).

Au cours de 16 semaines d'entraînement, les parents sont sensibilisés à des méthodes de management du comportement. L'accent est mis sur les compétences de discipline et renforcement positif de l'enfant (exemples : renforcement positif 4 fois pour chaque punition ; diminuer l'usage de la violence au profit d'autres punitions).

Ils disposent par la suite d'un suivi et d'échanges en groupe pour retour sur expérience.

Les différences sont significatives lors de l'évaluation à 5 mois, notamment la diminution des troubles du comportement (effet de taille $d = 0,26$). L'effet est renforcé pour les familles qui rapportaient une forte proportion de comportement problématique avant l'intervention.

3.2.4.3 Interventions scolaires

Une revue de la littérature inclut 19 articles qui étudient différentes interventions menées dans le milieu scolaire, la plupart réalisée en Suède (183).

Malgré des différences de méthodologie ne permettant pas de conclure avec précision, les auteurs relèvent que :

- Le tutorat en tant que soutien scolaire et le mentorat en tant que soutien socio-émotionnel semblent avoir du potentiel.
- Les interventions basées à l'école sont particulièrement efficaces.
- La collaboration entre les services sociaux et l'école est à favoriser.

L'intervention « Skolfman » revient régulièrement. Elle propose une évaluation initiale précise des compétences pour optimiser l'enseignement et la formation d'une équipe pluridisciplinaire autour de l'enfant.

Lors d'une étude prospective, l'évaluation après 2 ans d'intervention constate une amélioration significative des résultats de QI total avec une taille d'effet modérée ($d = 0,423$) (184).

Certaines études dont l'intervention est spécifiquement ciblée sur l'amélioration des performances scolaires révèlent un impact positif sur la capacité à tisser des liens amicaux ou l'amélioration du comportement (185).

3.2.4.4 Présentation d'un dispositif d'équipe mobile

- Justification

Cohérence avec la politique nationale

Le 14 octobre 2019 Monsieur Adrien Taquet, secrétaire d'État chargé de la protection de l'enfance, présente la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022. Le travail présenté est le fruit de plusieurs mois de travail auprès des professionnels et des familles afin d'engager des réformes politiques et changer le regard de la société sur ces enfants (186). « *Cette stratégie vise donc avant tout à garantir leurs droits : à la santé, à l'éducation, à la sécurité affective, à l'autonomie après 18 ans.* ».

Quatre engagements sont pris pour les enfants et leurs familles :

- Agir le plus précocement possible.
- Sécuriser les parcours des enfants protégés et prévenir les ruptures.

- Donner aux enfants les moyens d’agir et garantir leurs droits.
- Préparer leur avenir et sécuriser leur vie d’adulte.

Réponse à une demande territoriale

L’aire géographique concernée par le dispositif comprend 16 structures de placements dont une pouponnière départementale, des MECS et des foyers d’urgence : ces institutions accueillent 972 enfants.

On recense 115 enfants qui bénéficient d’un placement à domicile.

Il n’y a pas de chiffre exact concernant les enfants placés en famille d’accueil mais le total d’enfant estimé dépasse les 1 200.

Actuellement, les 4 CMP et les 4 Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) prennent en charge 170 de ces enfants.

L’offre de soin spécifique à cette population est limitée sur l’agglomération de Marseille et ses alentours et ne concerne que les adolescents :

- 6 lits de soins pédopsychiatriques pour adolescents dans un foyer de l’ASE « L’abri ».
- Une équipe mobile pour adolescents le SSSIAT (Service de Soutien, Soins, Intervention et Accueil Temporaire). Cette équipe de fonctionnement associatif a pour vocation de prendre en charge, de façon ponctuelle ou séquentielle, 6 adolescents (de plus de 11 ans) ou jeunes majeurs en grande difficulté psychique.

La ville et ses alentours ne dispose pas d’unité d’AFT ou de centre de consultation dédiée.

- Organisation

L’équipe mobile comprend 2 pédopsychiatres, 3 infirmiers, un psychologue et une secrétaire médicale.

L’équipe interviendra sur sollicitation des structures d’accueil spécialisées ou encadrant le placement à domicile.

Les interventions auront lieu :

- Dans les lieux de placement.
- Au domicile ou en structure dans le cadre de placement à domicile.

Ce dispositif a pour vocation de collaborer avec les structures et partenaires des différents champs implanter sur le territoire :

- La PMI (infirmier en puériculture, auxiliaire, éducateur jeune enfant).
- L'équipe de l'Unité Parents Enfants (UPE) du CHU de Marseille.
- L'équipe mobile de périnatalité du CHS Valvert.
- Les équipes médico-psychologiques des CMP et CMPP référents.
- Les travailleurs sociaux et éducatifs de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) des Bouches-du-Rhône et les équipes d'éducateurs de MECS ou d'assistants familiaux.

- Objectifs

L'accent est mis sur la précocité de la prise en charge.

La périnatalité

Les interventions menées dès l'accueil en pouponnière visent à agir à une période où la plasticité cérébrale permet de limiter l'impact des traumatismes subis.

La pouponnière départementale compte 25 berceaux.

Le travail de collaboration menées avec les équipes de périnatalité (UPE et équipe mobile de Valvert) et la PMI permettra le dépistage précoce de troubles développementaux et des troubles relationnels parents-enfants.

L'équipe de l'UPE de Marseille a développé une expertise dans la prise en charge des troubles psychiatrique du post-partum.

L'équipe mobile aidera la pouponnière et la PMI dans la préparation à la sortie pour déterminer le meilleur lieu de placement (assistant familial, MECS) adapté aux particularités de l'enfant dans le cas où le placement serait encore nécessaire.

Détection précoce des troubles mentaux

La population cible concerne les enfants de moins de 12 ans.

Un entretien d'entrée dans le lieu de placement pourra être proposé aux structures ainsi qu'une évaluation pouvant être intégré dans le PPE.

On souhaite renforcer l'accessibilité aux soins et la fluidité des parcours par une intervention sur le lieu de placement en cas d'inquiétude des équipes.

Si l'enfant nécessite une orientation vers un lieu de soin (ambulatoire ou hospitalier), un

travail de coordination sera mis en place dans l'attente pour prévenir une dégradation clinique.

Dans des situations de crise, l'intervention rapide dans les lieux de placement ou à domicile aura plusieurs avantages :

- Compréhension des mécanismes latents de la crise par une évaluation sur le lieu de vie.
- La mise en place d'outils de gestion de crise.
- Création de dispositif conjoint éducatif, médicosocial et sanitaire. Une intervention sur plusieurs semaines pourra être proposée en partenariat avec la structure de soins, les éducateurs, la PMI et le référent ASE.
- Limiter le recours aux urgences pédiatriques.

Une mission de formation

La formation des professionnels aux marqueurs et symptômes précoces des troubles psychiques et développementaux renforcera leurs détections.

L'équipe mobile animera un réseau avec les CMP/CMPP, équipes de PMI et référents ASE de l'aire géographique pour assurer la formation des partenaires (MECS, assistants familiaux, référents ASE).

- Caractère innovant

L'innovation repose sur la création d'une équipe dédiée aux jeunes et très jeunes enfants confiés, notamment l'accent mis sur la périnatalité et l'intervention dès la pouponnière.

Autre point de l'innovation : la mobilité. Le dispositif organise ses interventions en fonction des demandes et favorise l'accès rapide aux soins.

Les évaluations menées sur les lieux de vie permettent une lecture précise des difficultés de l'enfant dans son quotidien.

En cas de changement de résidence, l'équipe mobile prévient la rupture de soin et accompagne l'enfant.

Il n'y a pas à notre connaissance d'équipe mobile de pédopsychiatrie pour les enfants de moins de 12 ans placés sur le territoire.

Dernière innovation : l'activité partenariale. La création d'un réseau favorise la mise en œuvre cohérente d'interventions pluridisciplinaires et complémentaires, renforçant l'écosystème de l'enfant placé.

- Indicateurs de suivi et d'évaluation

Sur le dispositif lui-même :

- Nombre de sollicitations de l'équipe mobile par mois.
- Délai entre appel et intervention de l'équipe.
- Nombre de déplacements par situation et délai entre l'intervention et la mise en place de soins sur le CMP/ CMPP.

Sur les effets du dispositif :

- Augmentation du nombre d'enfants suivis au CMP / CMPP.
- Diminution du nombre de passage aux urgences pédiatriques pour motif pédopsychiatrique pour les enfants placés.
- Diminution de crises clastiques et gestes suicidaires à l'adolescence (donc recul nécessaire de plusieurs années).

Sur la satisfaction des usagers :

- Enquête de satisfactions des caregivers de MECS, familles d'accueil et évolution de leur conception du soin psychiatrique.
- Enquête de satisfaction des professionnels de l'ASE et évolution de leur conception du soin psychiatrique.

Conclusion

L'enfant est un être humain spécifique. Caractérisé par sa vulnérabilité, il vient au monde dans un état de dépendance totale vis-à-vis de l'adulte chargé de sa protection. En assurant la satisfaction de ses besoins fondamentaux, ce dernier lui offre la possibilité de se développer selon ses potentialités intrinsèques. Ce développement, au travers plusieurs domaines interdépendants, lui permet l'accession progressive à son autonomie nécessaire à son entrée dans le monde adulte.

A être humain spécifique, droits spécifiques. Ceux-ci imposent aux détenteurs de l'autorité parentale de remplir leurs devoirs auprès de l'enfant. Il arrive cependant que celui-ci ne rencontre pas l'environnement favorable à son développement : le droit impose alors à l'Etat de prendre les mesures nécessaires à assurer sa protection. Celles-ci s'échelonnent graduellement pour soutenir la parentalité : soutien financier, intervention éducative..

Lorsque, malgré cela, l'enfant est jugé en danger ou à risque de l'être, des dispositions administratives et judiciaires existent afin de l'extraire de son milieu de vie. Il est alors placé en dehors de son domicile, confié aux autorités publiques.

En France, près de 177 000 enfants sont ainsi placés dans différents lieux d'accueil. Le premier chapitre de vie de ces adultes en devenir est marqué par l'adversité. La maltraitance, quelle que soit sa forme, constitue un motif d'admission fréquent. Les études suggèrent des environnements familiaux peu propices à l'épanouissement : éclatement familial, précarité, trouble psychiatrique parental.

Leur parcours indique des difficultés accrues, notamment à l'école. Lieu supposé d'égalité, celle-ci met l'enfant face à ses difficultés et l'enferme dans une spirale d'échec, renforçant sa marginalité.

L'état de santé psychique inquiète particulièrement. Elle représente le premier motif d'inscription au titre du handicap et semble suivre un continuum : à la lumière de la théorie de l'attachement, les enfants placés et maltraités présentent moins de liens sécurisés que les taux retrouvés en population générale. Le pattern désorganisé est particulièrement important. Par la suite, les études françaises et internationales convergent : la prévalence de troubles psychiatriques, tous diagnostics confondus, est proche de 5 fois celle retrouvée en population générale.

Les troubles externalisés, ou troubles du comportement, particulièrement représentés mettent à mal leur rapport au monde et réduisent leur capacité à s'adapter aux exigences de la société. Tout cela compromet leur insertion sociale future, entrave leur quête d'autonomie. Plusieurs

marqueurs étudiés chez les adultes anciennement placés le révèlent : faible proportion de diplômés, difficulté d'accès au logement, recours aux services d'aides, surreprésentation parmi la population carcérale.

Loin de s'enfermer dans un déterminisme préconçu, les professionnels des différents champs de la protection de l'enfance œuvrent pour leur offrir une autre trajectoire, croient en leur capacité de résilience. Il faut pour cela leur donner les outils nécessaires à consolider des fondations fissurées, leur permettre de se développer au mieux de leurs possibilités.

La littérature suggère que le développement, et ce dans les différents axes couramment évalués dans les évaluations pédopsychiatriques, est compromis. Les performances cognitives sont diminuées. L'acquisition du langage, dans ses différentes composantes, est altérée. Le placement en institution est particulièrement délétère. Les études valident l'impact négatif de la maltraitance, notamment la négligence. Parmi les facteurs influençants, le placement en institution et à un âge tardif sont particulièrement délétères.

La revue exhaustive de la littérature française pointe le manque sur cette question. A l'heure de l'evidence-based medicine, il est pourtant primordial de disposer de fait scientifiquement établi pour penser une prise en charge réfléchie et efficace.

Le protocole expérimental présenté, bâti à partir des nombreuses études dans le domaine, entend exposer la clinique développementale particulière de cette population.

Il s'agit de révéler aux différents acteurs les spécificités propres à ces enfants. Ces singularités interrogent sur les orientations à donner aux politiques de protection de l'enfance. Deux réformes législatives sont récemment intervenues et le parcours de soin s'organise, du moins sur le plan théorique.

La réalité du terrain est tout autre : les directives sont trop peu appliquées, les professionnels insuffisamment formés, le champ sanitaire de la pédopsychiatrie fait face à une crise humaine et institutionnelle.

La ville de Marseille, 2ème agglomération française, fait état de plusieurs particularités : un faible nombre d'assistants familiaux sur son territoire et un nombre extrêmement restreint de lits hospitaliers en service de pédopsychiatrie. Un dispositif de soin spécifique permettrait d'ajuster la réponse au plus près des besoins. La mise en place récente d'une équipe mobile vise à améliorer l'accès aux soins. L'accent est mis sur la précocité de la prise en charge et en fait son caractère novateur dans le pays.

C'est en intervenant tôt qu'on peut espérer offrir une trajectoire différente à ces enfants dont la société a la responsabilité.

Bibliographie

1. Aynès L. et Malaurie Ph., Droit civil : les biens, éd. Defrénois. -. Droit civil -2003.
2. « LOI sur l'enseignement primaire obligatoire », Journal officiel de la République française, no 87, 29 mars 1882, p. 1697-1699.
3. Eugeen Verhellen, La Convention relative aux droits de l'enfant : contexte, motifs, stratégies, grandes lignes, Garant, Louvain, 1999.
4. Article 3.1 Convention Internationale des Droits de l'Enfant
5. Vergne J.H., L'intérêt de l'enfant sous la puissance paternelle et l'autorité parentale, Université paris II, thèse sous la direction de J. Flour, 1972, p.3.
6. Brazelton T.B., Greenspan S.I. "Ce dont chaque enfant a besoin. Sept besoins incontournables pour grandir, apprendre et s'épanouir." Paris : Marabout, 2003 [en ligne].
7. Article L112-3 - Code de l'action sociale et des familles
8. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, 28 février 2017
9. C. Lacharité, L. Ethier & P. Nolin, 2006, op. cit.
10. H F Harlow, R O Dodsworth et M K Harlow, « Total social isolation in monkeys. », Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, vol. 54, no 1, 1965-07-xx, p. 90–97
11. G. Attili, "Attachement et théorie de l'esprit : une perspective évolutionniste"
12. N. Guedeny, "L'attachement, un lien vital"
13. Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. Devenir, 19, 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>.
14. Richard J. Shavelson, Judith J. Hubner and George C. Stanton, "Self-Concept: Validation of Construct Interpretations"
15. Article 8 de la Convention Internationale des Droits de l'enfant
16. cit. J. de Ajuriaguerra.
17. cit. F. Dolto, 1979.
18. F. de Singly, V. Wissnia-Weil, 2015, Pour un développement complet de l'enfant et de l'adolescent, France Stratégie
19. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, Massachusetts, and London : Harvard University Press, 1979; 348 p.
20. Bronfenbrenner U. The ecology of the family as context for human development : Research perspectives. Position paper prepared at the request of the Human Learning and Behaviour Branch of the National Institute of Child Health and Human Development as a contribution to the preparation of its Five-Year Plan, 1984.
21. Bronfenbrenner U. Making human being human. Bioecological perspectives on human development. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 2004; 336 p.
22. SROUFE A., WATERS E. : « Attachment as an organizational construct », Child Development, 1977 ; 48: 1184-1199.
23. Guédény, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. Devenir, 23, 129-144. <https://doi.org/10.3917/dev.112.0129>.
24. AINSWORTH M., BLEHAR M., WATERS E., WALL S. : Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation, Erlbaum, Hillsdale, 1978.

25. MAIN M., SOLOMON J.: «Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation ?», in GREENBERG M., CICCHETTI D., CUMMINGS E. (Eds.): Attachment in the preschool years , Chicago University Press, Chicago, 1990; p. 121-160.
26. Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. Dialogue, 175, 7-14. <https://doi.org/10.3917/dia.175.0007>
27. Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. Dialogue, 175, 7-14. <https://doi.org/10.3917/dia.175.0007>
28. Goldberg, S. (1997). Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk and clinical samples. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), Attachment and psychopathology (Vol. 3, pp. 171–195). New York: Guilford.
29. Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In N. A. Fox (Ed.), The development of attachment regulation (pp. 228–249). Monograph of the Society for Research in Child Development, 59 (Serial No. 240).
30. Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005a). The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. New York: Guilford.
31. Sroufe, L. Alan (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. Attachment & Human Development, 7(4), 349–367. doi:10.1080/14616730500365928.
32. Sroufe, L. Alan (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. Attachment & Human Development, 7(4), 349–367. doi:10.1080/14616730500365928.
33. Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005b). Placing early attachment experiences in developmental context. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), The power of longitudinal attachment research: From infancy and childhood to adulthood (pp. 48 – 70). New York: Guilford.
34. Eliot, L. (2001). Early intelligence: How the brain and mind develop in the first years. London: Penguin.
35. Perry, B., & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. Child and Adolescent Clinics of North America, 7, 33-51
36. Plaza, Monique. « Le développement du langage oral », Contraste, vol. 39, no. 1, 2014, pp. 99-118.
37. Ballouard, C. (2006). Le travail du psychomotricien (2e édition. ed., Psychothérapies). Paris: Dunod.
38. Article L371-1 du Code Civil. Modifié par la Loi n°2013-404 du 17 mai 2013
39. Article 372 du Code Civil. Modifié par la Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016
40. D. Houzel - Les enjeux de la parentalité, 1999.
41. Article 18 Convention internationale des droits de l'enfant.
42. Article 19 de la Convention internationale des droits de l'enfant.
43. Article 20 de la Convention internationale des droits de l'enfant.
44. Organisation Mondiale de la Santé. La maltraitance des enfants [Internet]. Aide-mémoire N°150; 2016. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
45. Article 375 du Code Civil. Modifié par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016
46. Observatoire national de la protection de l'enfance. Guide du dispositif OLINPE (Observation longitudinale individuelle et nationale en protection de l'enfance). Paris: ONPE; 2018. https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/guide_olinpe_maj2018_v1.pdf
47. OMS et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données, 2006, p. 10
48. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Recommandation de bonne pratique. SaintDenis La Plaine: HAS; 2011. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1067136/fr/reperage-etsignalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-lesmaltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur

49. Article 434-3 du Code Pénal. Modifié par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016
50. Article 226-14 du Code Pénal
51. Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger - Étude annuelle relative aux appels du Snated en 2019
52. Guide pratique La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation, Ministère de la santé et des solidarités, 2007, page 9
53. Article 375-5 du code civil.
54. Article 3.1 Convention Internationale des Droits de l'Enfant
55. Article L 112-3 du code de l'action sociale et des familles.
56. Article L 2111-2 du Code de la Santé Publique. Modifié par la Loi 2005-706 2005-06-27
57. Article 221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Modifié par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016
58. Article L 226-4 du CASF
59. Article 375-2 du Code civil
60. Article 378 du Code civil
61. Article 227-1 du Code de l'action sociale et des familles.
62. Article L227-2 du Code de l'action sociale et des familles.
63. 61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance - Dossiers de la DREES n°55 mai 2020.
64. Article 375-7 du Code civil.
65. Article 375-5 du Code civil
66. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) - Enquête statistique sur les assistants familiaux .
67. Article L. 224-4 du Code de l'action sociale et des familles
68. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2019 - Observatoire nationale de protection de l'enfance.
69. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), novembre 2015
70. Charrel M, Beauvais M-C, Da Silva E. Étude sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine-et-Loire. Conseil Départemental du Maine-et-Loire; 2009 p. 72. Rapport No.: 615.
71. Bacro F, Rambaud A, Sellenet C et al. La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique. 2013.
72. Etude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris - Contribution à l'analyse des relations entre l'état général actuel des enfants, les évolutions intervenues et leur parcours antérieur dans le dispositif de protection de l'enfance - Département de Paris, direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES) Sous-Direction des Actions Familiales et Educatives (SDAFE) Service des Etudes, des Recherches et de la Documentation (SERD).
73. 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-protoges-quellesdonnees>.
74. Guide d'évaluation des capacités parentales au CJMIU : basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide de Steinhauer 0 à 5 ans), Montréal, 4e éd. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2014, 47p.
75. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014 p. 114

76. Corbet E. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. CREAI Rhône-Alpes, Département de la Haute-Savoie, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes. 2012.
77. Marret, S.; Chollat, C.; de Quelen, R.; Pinto Cardoso, G.; Abily-Donval, L.; Chadie, A.; Torre, S.; Vanhulle, C.; Mellier, D.; Charollais, A.; Ancel, P.-Y. (2015). Parcours et développement neurologique et comportemental de l'enfant prématuré. *Archives de Pédiatrie*, 22(2), 195–202. doi:10.1016/j.arcped.2014.11.016.
78. Elgen I, Sommerfelt K, Markestad T. Population based, controlled study of behavioural problems and psychiatric disorders in low birthweight children at 11 years of age. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;87:F128-F132.
79. Indredavik MS, Vik T, Heyerdahl S, Kulseng S, Fayers P, Brubakk AM. Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004;89:F445-F450.
80. L de Montaigne, Olivier Bernard, D da Fonseca, Jean Gaudart, A Richardson, 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. *Archives de Pédiatrie*, Elsevier, 2015, ff10.1016/j.arcped.2015.06.018ff. fflal-01307143f.
81. Garcia Quiroga, M., Hamilton-Giachritsis, C. Attachment Styles in Children Living in Alternative Care: A Systematic Review of the Literature. *Child Youth Care Forum* 45, 625–653 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9342-x>.
82. Howes, C., & Segal, J. (1993). Children's relationship with alternative caregivers: The special case of maltreated children removed from their homes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14(1), 71–81. doi:10.1016/0193-3973(93)90024-P.
83. Ponciano, L. (2010). Attachment in foster care: The role of maternal sensitivity, adoption, and foster mother experience. *Child and Adolescence Social Work Journal*, 27, 97–114. doi:10.1007/s10560-010-0192-y.
84. Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 187–197.
85. Cyr, Chantal; Euser, Eveline M.; Bakermans-Kranenburg, Marian J.; Van Ijzendoorn, Marinus H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87. doi:10.1017/s0954579409990289.
86. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Dev.* 2010 Mar-Apr;81(2):435-56. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x. PMID: 20438450.
87. Ashley M. Groh; Glenn I. Roisman; Marinus H. van IJzendoorn; Marian J. Bakermans-Kranenburg; R. Pasco Fearon (2012). The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. , 83(2), 0–0. doi:10.1111/j.1467-8624.2011.01711.x.
88. Morgane Even. Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de la littérature. *Médecine humaine et pathologie*. 2017. ffdumas-01511949f.
89. Bronsard G, Lançon C, Loundou A et al. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*. 2011;33(10):1886-90.
90. Fombonne E. The Chartres study: Prevalence of psychiatric disorders among French school-aged children. *Br J Psychiatry* 1994, 164: 69-79 [44] Verhulst F, Koot H. The epidemiology of child and adolescent psychopathology. Oxford University Press; 1995.
91. Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement among parents teachers and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 107–115.
92. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, Boyer L. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Feb;95(7):e2622. doi: 10.1097/MD.0000000000002622.
93. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, et al. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:345–365.

94. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11:7–20.
95. Romano, E.; Babchishin, L.; Marquis, R.; Frechette, S. (2014). Childhood Maltreatment and Educational Outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(2), 1524838014537908–. doi:10.1177/1524838014537908
96. Doria GM, Antoniuk SA, Assumpcao Junior FB, et al. Delinquency and association with behavioral disorders and substance abuse. *Rev Assoc Med Bras.* 2015;61:51–57.
97. Crum RM, Green KM, Storr CL, et al. Depressed mood in childhood and subsequent alcohol use through adolescence and young adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65:702–712.
98. Marmorstein NR, White HR, Loeber R, et al. Anxiety as a predictor of age at first use of substances and progression to substance use problems among boys. *J Abnorm Child Psychol.* 2009;38:211–224.
99. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports - Les grands principes du système éducatif.
100. André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 26-30. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>.
101. Études et Résultats 1 n° 845 - juillet 2013 Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance.
102. Les enfants placés par les services d'Aide sociale à l'enfance en établissement Benjamin Denecheau, Catherine Blaya.
103. Romano, E.; Babchishin, L.; Marquis, R.; Frechette, S. (2014). Childhood Maltreatment and Educational Outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(2), 1524838014537908–. doi:10.1177/1524838014537908
104. Berlin, M., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2011). School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care. *Children and Youth Services Review*, 33(12), 2489–2497. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.08.024>
105. A.-C. Dumaret; E. Guerry; M. Crost (2011). Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. , 59(5), 289–298. doi:10.1016/j.neurenf.2011.01.003.
106. Jean-Marie Firdion, « Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile », *Économie et statistique*, n° 391-392, 2006, p. 85.
107. Marpsat Maryse, Frechon Isabelle. Placement dans l'enfance et précarité de la situation de logement. In: *Economie et statistique*, n°488-489, 2016. Les sans-domicile - Les écarts de rémunération entre les hommes et les femmes dans la fonction publique. pp. 37-68; <https://doi.org/10.3406/estat.2016.10710>.
108. Duburcq A, Coulomb S, Bonte J, et al. Enquête sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Rapport final. Étude pour le ministère de la santé (DGS) et le ministère de la Justice. 2004.
109. Pecora PJ, Jensen PS, Romanelli LH, Jackson LJ, Ortiz A. Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child Welfare.* 2009;88(1):5-26. PMID: 19653451; PMCID: PMC3061347.
110. Ford, T.; Vostani, P.; Meltzer, H.; Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 319–325. doi:10.1192/bjp.bp.106.025023.
111. Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.05.014>.
112. Marinus H. van IJzendoorn, ; Maartje P. C. M. Luijk, ; Femmie Juffer, (2008). IQ of Children Growing Up in Children's Homes: A Meta-Analysis on IQ Delays in Orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly*, 54(3), 341–366. doi:10.1353/mpq.0.0002.
113. Debbie Hoffman-Plotkin and Craig T. Twentyman (1984). A Multimodal Assessment of Behavioral and Cognitive Deficits in Abused and Neglected Preschoolers. *Child Development*, 55(3), 794–802. doi:10.2307/1130130.

114. Janáína Nuñez Carvalho, Anelise Meurer Renner, Júlia Candia Donat, Tayse Conter de Moura, Rochele Paz Fonseca & Christian Haag Kristensen (2018): Executive functions and clinical symptoms in children exposed to maltreatment, *Applied Neuropsychology: Child*, DOI: 10.1080/21622965.2018.1497989.
115. Bengwasan PD. The intellectual profile of abused and neglected children in the Philippines: An analysis of SB5 IQ scores of sexually abused, physically abused and neglected children. *Child Abuse Negl.* 2018 Jul;81:389-395. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.05.019. Epub 2018 May 26. PMID: 29803989.
116. Giannitelli M, Plaza M, Guillemont F et al. Troubles du langage oral et écrit chez des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et bénéficiant de soins hospitaliers. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 2011;59:492-500.
117. Hagaman, J. L., Trout, A. L., DeSalvo, C., Gehringer, R., & Epstein, M. H. (2010). The Academic and Functional Academic Skills of Youth Who Are at Risk for Language Impairment in Residential Care. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 41(1), 14. doi:10.1044/0161-1461(2009/08-0089).
118. Semel, E., Wiig, W., & Secord, W. (2003). *The clinical evaluation of language fundamentals*. 4th ed. (Australian standardisation). St Peters, NSW: Harcourt Assessment.
119. Juan Manuel Moreno Manso; Ma Elena García-Baamonde; Macarena Blázquez Alonso; Eloísa Guerrero Barona (2010). Pragmatic language development and educational style in neglected children. , 32(7), 1028–1034. doi:10.1016/j.childyouth.2010.04.008.
120. Snow, Pamela C.; Timms, Lydia; Lum, Jarrad A.G.; Powell, Martine B. (2019). Narrative language skills of maltreated children living in out-of-home care. *International Journal of Speech-Language Pathology*, (), 1–12. doi:10.1080/17549507.2019.1598493.
121. Fiestas, C.E., & Pena, E.D. (2004). Narrative discourse in bilingual children. *Language and Task Effects. Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 35, 155–168. doi:10.1044/ 0161-1461(2004/016)
122. Westerveld, M.F., & Gillon, G.T. (2010). Profiling oral narrative ability in young school-aged children. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 178–189. doi:10.3109/ 17549500903194125
123. Sylvestre A, Bussi eres  EL, Bouchard C. Language Problems Among Abused and Neglected Children: A Meta-Analytic Review. *Child Maltreat.* 2016 Feb;21(1):47-58. doi: 10.1177/1077559515616703. Epub 2015 Nov 30. PMID: 26620719.
124. Hoff, E., & Tian, C. (2005). Socioeconomic status and cultural influences on language. *Journal of Communication Disorders*, 38, 271–278.
125. Linnea Klee; Diana Kronstadt; Cheryl Zlotnick (1997). FOSTER CARE'S YOUNGEST: A Preliminary Report. , 67(2), 290–299. doi:10.1037/h0080232.
126. Halfon, Neal (1995). Health Status of Children in Foster Care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149(4), 386–. doi:10.1001/archpedi.1995.02170160040006.
127. Paraskevi Giagazoglou; Chrysoula Kouliousi; Maria Sidiropoulou; Anna Fahantidou (2012). The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children. , 33(3), 0–970. doi:10.1016/j.ridd.2011.12.016.
128. Article 24 Convention Internationale des Droits de l'Enfant
129. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61  tats. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n  2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948
130. OMS. Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986
131. Danner Touati, C., Miljkovitch, R., Dubois-Comtois, K., Sirparanta, A. & Deborde, A. (2021). Facteurs de risque et de protection au cours du placement associés à la santé mentale : une revue systématique de la littérature. *Devenir*, 33, 135-172. <https://doi.org/10.3917/dev.212.0135>
132. Newton RR, Litrownik AJ, Landsverk JA. Children and youth in foster care: distangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse Negl.* 2000 Oct;24(10):1363-74. doi: 10.1016/s0145-2134(00)00189-7. PMID: 11075702.

133. Peer Technical Assistance Network (1998). Learning from colleagues: Family/professional partnerships moving forward together. Washington, DC: Center for the Study of Social Policy
134. James, S. (2004). Why Do Foster Care Placements Disrupt? An Investigation of Reasons for Placement Change in Foster Care. *Social Service Review*, 78(4), 601–627. <https://doi.org/10.1086/424546>
135. Sallnas, M., Vinnerljung, B., & Weestermark, P. K. (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. *Child and Family Social Work*, 9, 141–152.
136. Patricia Chamberlain; Joe M. Price; John B. Reid; John Landsverk; Phillip A. Fisher; Mike Stoolmiller (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care?. , 30(4), 409–424. doi:10.1016/j.chiabu.2005.11.004
137. Moore, K. J., Osgood, W. D., Larzelere, R. E., & Chamberlain, P. (1994). Use of pooled time series in the study of naturally occurring clinical events and problem behavior in a foster care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(4), 718–728.
138. Rubin DM, O'Reilly ALR, Luan X, Localio R. The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care. *Pediatrics*. 2007;119:336–344.
139. Fisher PA, Burraston B, Pears K. The Early Intervention Foster Care Program: Permanent placement outcomes from a randomized trial. *Child Maltreatment*. 2005;10:61–71.
140. Price JM, Chamberlain P, Landsverk J, Reid JB, Leve LD, Laurent H. Effects of a foster parent training intervention on placement changes of children in foster care. *Child Maltreatment*. 2008;13:64–75.
141. Frechon I, Breugnot P. Accueil en protection de l'enfance et conditions de sortie sous le prisme du placement familial. Dans: Euillet S, ed. *Parcours en famille d'accueil* Paris: L'Harmattan; 2019. p. 37-59.
142. 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 », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2015 ; 20 (3) : 486-499, <https://doi.org/10.1177/1359104514530733>
143. Tarren-Sweeney M. : «Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care », *Children and Youth Services Review*, 2008 ; 30 (1): 1-25, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.05.014>
144. Manciaux, M. et al. 2001. La résilience : résister et se construire, Genève, Cahiers médicaux sociaux.
145. Lemay, M. (2005). Déterminismes et résilience. *Empan*, n°57, 77-86. <https://doi.org/10.3917/empa.057.0077>
146. Sylvie Drapeau; Marie-Christine Saint-Jacques; Rachel Lépine; Gilles Bégin; Martine Bernard (2007). Processes that contribute to resilience among youth in foster care. , 30(6), 0–999. doi:10.1016/j.adolescence.2007.01.005)
147. Lösel, F., & Bliesener, T. (1994). Some high-risk adolescents do not develop conduct problems: A study of protective factors. *International Journal of Behavior Development*, 17, 753–777.
148. Tousignant, M. 1998. « Écologie sociale de la résilience », dans Cyrulnik B. et al. *Ces enfants qui tiennent le coup*, Revigny-sur-Ornain, Hommes et perspectives, p. 61- 72.
149. Tomkiewicz, S. 2001. « Du bon usage de la résilience », dans Manciaux M. et al. *La résilience : résister et se construire*, Genève, Cahiers médicaux sociaux, p. 229-237.
150. Kaës, R. (2000). *L'appareil psychique groupal*.
151. Rouchy, J. (2008). Les groupes d'appartenance. Dans : , J. Rouchy, *Le groupe, espace analytique: Clinique et théorie* (pp. 151-176). Toulouse: Érès.
152. Cupa, D. et al. 2000. *L'attachement*, Paris, EDK
153. Cyrulnik, B. 2001. *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob.
154. Lemy, M. 1999. « Réflexions sur la résilience », dans Poilpot M.-P. et al. *Souffrir mais se construire*, Toulouse, érès, Fondation pour l'enfance.
155. Fustier, P. 2000. *Le lien d'accompagnement*, Paris, Dunod.
156. Anaut, M. (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*, n°, 101-118. <https://doi.org/10.3917/cnx.077.0101>

157. Anaut, M. (2006). L'école peut-elle être facteur de résilience ?. *Empan*, vol. no 63, no. 3, 2006, pp. 30-39. <https://doi.org/10.3917/empa.063.0030>
158. De Tychev, C. 2001. « La résilience au regard de la psychanalyse », dans Manciaux M. et al., *La résilience : résister et se construire*, Genève, Cahiers médicaux sociaux, p. 145-157.
159. McAdams DP, Pals JL. A new Big Five: fundamental principles for an integrative science of personality. *Am Psychol* 2006;61(3):204–17.
160. Perret, P.; Congard, A. (2017). L'organisation de la personnalité chez l'enfant : l'apport des recherches en psychologie développementale et différentielle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(2), 118–126. doi:10.1016/j.neurenf.2016.12.006
161. Fivush R. Remembering and reminiscing: how individual lives are constructed in family narratives. *Mem Stud* 2007;1(1):45–54.
162. Habermas T, Bluck S. Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychol Bull* 2000;126(5):748–69.
163. Direction générale de la cohésion sociale, Martin C. L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018. https://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_acte_usuels.pdf
164. Article 373-4 du code civil
165. Article 375-7 du code civil
166. Article 1 - Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant
167. Article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles.
168. Article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles
169. Article L. 223-5 du code de l'action sociale et des familles
170. HAS Note de cadrage - Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie (Validée le 13 avril 2021)
171. Inspection générale des affaires sociales, Cherubini C, Dubosq C, Marquis Samari E, Conrath E. Création d'un organisme national dans le champ de la protection de l'enfance. Paris: IGAS; 2020. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-006r.pdf>
172. Inspection générale des affaires sociales, Lanouziere H, Legrand-Jung B, Thomas F, Bouysse V. Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance. Tome 1. Paris: IGAS; 2019
173. Inspection générale des affaires sociales, Lanouziere H, Legrand-Jung B, Thomas F, Bouysse V. Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance. Tome 2. Annexes. Paris: IGAS; 2019. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-047RTOME_2.pdf
174. Conseil économique social et environnemental, Dulin A. Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance. Paris: CESE; 2018. https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_17_protection_enfance.pdf
175. Dini M, Meunier M. Protection de l'enfance. Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales. Paris: Sénat; 2014. <https://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>
176. Inspection générale des affaires sociales, Branchu C, Buchter J, Emmanuelli J, Robineau FM. Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médicopsychopédagogiques (CMPP), et des Centres médicopsychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ). Paris: IGAS; 2018.
177. Inspection générale des affaires sociales, Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Tome 1. Paris: IGAS; 2017. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064RTome_I_rapport.pdf
178. Milon A, Amiel M. La situation de la psychiatrie des mineurs en France. Rapport d'information. Paris: Sénat; 2017

179. Marine Gouiran. Place de la Pédoopsychiatrie 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. ffdumas-02950826
180. 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.
181. Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing.
182. Chamberlain P, Price J, Leve LD, Laurent H, Landsverk JA, Reid JB. Prevention of behavior problems for children in foster care: outcomes and mediation effects. *Prev Sci.* 2008 Mar;9(1):17-27. doi: 10.1007/s11121-007-0080-7. Epub 2008 Jan 10. PMID: 18185995; PMCID: PMC4046586.
183. Männistö, Inka I; Pirttimaa, Raija A (2018). A review of interventions to support the educational attainments of children and adolescents in foster care. *Adoption & Fostering*, 42(3), 266–281. doi:10.1177/0308575918791627
184. Tordön R, Bladh M, Sydsjö G and Svedin CG (2020) Improved Intelligence, Literacy and Mathematic Skills Following School-Based Intervention for Children in Foster Care. *Front. Psychol.* 11:718. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00718
185. Tideman E, Vinnerljung B, Hintze K and Aldenius Isaksson A (2011) Improving foster children's school achievements: promising results from a Swedish intensive study. *Adoption & Fostering* 32(1): 44–56.
186. Taquet A. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 - Garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits

Liste des abréviations

AED : Action Educative à Domicile

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNPE : Conseil Nationale de la Protection de l'Enfance

CRIP : Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

MDPH : Maison départementale des Personnes Handicapées

MDS : Maison Départementale de la Solidarité

MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PPE : Projet Pour l'Enfant

PMI : Protection maternelle et infantile

QI : Quotient intellectuel

SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger

TDAH : Trouble du déficit de l'Attention / Hyperactivité

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

Serment d'Hippocrate

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

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

