

**Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance de Maine et Loire entre 1994 et 2001.**

Etude portant sur 128 sujets.

**Children admitted before 4 years old in a French child welfare centre between 1994 and 2001 – pathways and family life course.**

*Projet soutenu par l'*



**RAPPORT**

—

SEPTEMBRE 2013

**Pour le CHU d'Angers**

*- Département Universitaire de Santé Publique*

Pr Serge FANELLO  
Professeur des Universités

Maurice TANGUY  
Interne de Santé Publique

*- Unité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*

Pr Philippe DUVERGER  
Professeur des Universités

Dr Daniel ROUSSEAU  
Pédopsychiatre attaché

Mireille ROZE  
Psychologue Clinicienne

*- Service de Neurologie pédiatrique*

Pr Sylvie NGUYEN  
Professeur des Universités

*Nos remerciements au Foyer de l'enfance du Maine et Loire (Village Saint Exupéry), au Conseil général de Maine et Loire, aux services de l'ASE, aux établissements et à tous les enfants et jeunes acteurs de cette recherche, ainsi qu'à leurs parents qui ont accepté de participer à cette recherche.*

Le but de cette étude était de connaître la trajectoire institutionnelle et le devenir de jeunes enfants admis dans une structure d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) - le Village St-Exupéry (VSE) (Foyer de l'Enfance du Département du Maine et Loire (49)).

#### **Matériel et méthodes**

Un pédopsychiatre et une psychologue clinicienne ont mené une étude catamnétique et longitudinale sur les dossiers des enfants admis entre 1994 à 2001. Elle a porté sur l'évolution clinique des enfants jusqu'en juillet 2013

Les données administratives médicales, judiciaires et éducatives (développement, santé physique, situation familiale, parcours à l'ASE) ont été recueillies et analysées tout au long de leur parcours en Protection de l'enfance. Le recueil sur dossier a été fait en respectant l'ordre chronologique strict d'admission et a été complété pour chaque enfant par l'interview des professionnels de l'ASE et des familles d'accueil.

#### **Résultats**

Cent vingt huit enfants admis avant l'âge de 4 ans au VSE ont été inclus. On constatait des délais longs avant placement (13,1 mois en moyenne entre la première alerte et le placement) pour un âge moyen d'admission de 17 mois.

La situation sanitaire, physique et psychique des enfants à l'admission était mauvaise: grossesses mal suivies, troubles psychiatriques et fréquents, cas de maltraitance avérée dont 7 cas de syndrome de Silverman. Plus d'un tiers des enfants présentaient un retard de croissance à l'admission, avec récupération dans la moitié des cas.

La durée du parcours au sein du dispositif ASE était en moyenne de  $13,2 \pm 4,6$  années. A échéance, on notait 24 mesures "jeune majeur", 8 mesures de protection des majeurs et 9 mesures AAH (Allocation adulte handicapé). Des troubles psychiatriques étaient notés chez 116 enfants à l'entrée et chez 98 à la sortie du dispositif. On notait une progression significative du fonctionnement social et scolaire de l'enfant (évalué par l'échelle CGAS).

A l'issue du suivi, un adulte jeune sur deux présentait des difficultés d'insertion sociale, avec des parcours chaotiques dans de nombreuses familles d'accueil, des échecs de restitution et des échecs scolaires.

#### **Conclusion**

Les situations cliniques des enfants pris en charge à l'ASE et leur évolution à long terme confirment les hypothèses de départ sur le retard de prise en charge de ces enfants provenant, dans leur grande majorité, de familles connues et suivies par les services sociaux.

Si le placement permet une amélioration de leur état physique et psychique, avec récupération staturo-pondérale probante, ces éléments restent limités puisque l'on note, à l'issue de la prise en charge, la persistance de troubles psychiques graves nécessitant des mesures de protection sociale et/ou l'AAH pour un adulte jeune sur cinq.

**Mots-clés : Institutions, protection de l'enfance en danger, placement, maltraitance, insertion sociale.**

# ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the institutional trajectory and future of young children in child welfare.

## Materials and methods

A catamnesis study – based on data from child welfare office in Maine & Loire, France, from 1994 to 2001 – was conducted by a child psychiatrist and a psychologist.

Medical, judiciary and educational data (development, health, pathways in child protection) were collected and analyzed regarding the status of these children fifteen years later, adding information gathered by interviewing child welfare and foster family consultant.

## Results

We included 128 children admitted in the child welfare office before 4 years old. Admission in the child welfare suffers from care delays (13.1 months average between the first child protection referral and placement) with an average entry age of 17 months, frequent cases of child abuse e.g. 7 Silverman syndrome cases). The physical and mental health status of children was bad (poorly monitored pregnancies, prematurity, low birth weight).

More than a third of children had growth failure at admission, with catch-up in half of the cases. The averaged length of stay in the child welfare was  $13.2 \pm 4.6$  years.

At the end of the follow-up, there were specific measures to safeguard vulnerable adults: "young adult" (24 cases), "major protection" (8 cases) and "disabled persons allowance" (AAH) (9 cases).

One hundred and sixteen children suffer from psychiatric disorders at the entrance and ninety eight at the end.

The general functioning of children – assessed by the Children's Global Assessment Scale (CGAS) – showed a statistically significant improvement.

One in two young adults showed difficulties in social integration with chaotic pathways: many foster placement, unsuccessful child return in his family, academic failures.

## Conclusion

Clinical situations of children in the child welfare office and their long-term evolution confirm the importance of this public health problem. If the measures can largely improve their physical and psychic recovery with evidence to thrive, these elements remains limited: only few of them are well integrated socially with school effectiveness.

**Keywords: Child protective services, residential care, foster home care, child abuse, social integration.**

<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	9
<b>Méthodologie</b> .....	9
<b>Population concernée par l'étude</b> .....	9
<b>Critères d'inclusion</b> .....	10
<b>Critères de non inclusion</b> .....	10
<b>Critères d'évaluation</b> .....	10
<b>Grille de recueil</b> .....	10
<b>Analyse des données</b> .....	13
<b>RESULTATS</b> .....	14
<b>Données à l'admission des enfants</b> .....	14
<b>Caractéristiques des ménages</b> .....	17
<b>Grossesse et accouchement</b> .....	18
<b>Croissance staturo-pondérale</b> .....	18
<b>Durée des parcours et lien familial</b> .....	19
<b>Données comparatives entre l'admission dans la structure et la fin de la prise en charge</b> .....	22
<b>Diagnostic pédopsychiatrique</b> .....	22
<b>Adaptation scolaire, sociale et suivi psychologique</b> .....	23
<b>Capacités des jeunes adultes à entrer dans la vie active (insertion sociale)</b> .....	25
<b>DISCUSSION</b> .....	26
<b>Caractéristiques des ménages</b> .....	26
<b>Grossesse et accouchement</b> .....	27
<b>Durée des parcours et lien familial</b> .....	28
<b>Diagnostic pédopsychiatrique</b> .....	29
<b>Niveau scolaire et adaptation sociale</b> .....	31
<b>REFERENCES</b> .....	33
<b>ANNEXE I</b> .....	37
<b>ANNEXE II</b> .....	40
<b>Le cas de Maxime</b> .....	40
<b>Le cas de Deborah</b> .....	44
<b>ANNEXE III</b> .....	49
<b>ANNEXE IV</b> .....	62
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	67

# INTRODUCTION

Depuis 40 ans en France, la prise en charge des enfants considérés "en danger" a fait d'indéniables progrès. On peut citer par exemple les « opérations pouponnières » à l'initiative de Simone Veil avec l'émergence du concept de bienveillance, la levée du tabou sur les abus sexuels, la création des unités médico-judiciaires ainsi que l'information du public concernant le syndrome du bébé secoué.

Les lois n° 89-484 du 10 juillet 1989 instituant un dispositif départemental « permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités » et n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, avec un observatoire de la protection de l'enfance dans chaque département montrent la volonté de privilégier les politiques allant dans le sens de la prévention [1].

Cependant, ces progrès et efforts législatifs ne prennent pas toute la mesure du problème de santé publique que pose l'enfance en danger.

Si l'ampleur exacte du phénomène reste mal mesurée en France, des études récentes menées dans des pays à haut niveau de revenus ont montré qu'en moyenne, chaque année, de 4 à 16% des enfants étaient concernés par une situation de danger (maltraitance, négligences, exposition à des risques majeurs, violences psychologiques, carences éducatives...) [2,3].

Des études portant sur le devenir adulte d'anciens enfants placés dans le cadre de la protection de l'enfance en France, rendent compte d'une trajectoire institutionnelle souvent chaotique [4,5].

En 2008, la France comptait, parmi 14 millions de mineurs, 288 000 enfants pris en charge en protection de l'enfance - soit un taux de prise en charge de 18,9 ‰ des moins de 18 ans (145 500 accueillis par l'aide sociale à l'enfance et 142 500 bénéficiant d'une action éducative à domicile) [6]. Le nombre de jeunes majeurs concernés par une mesure de prise en charge était d'environ 21 200, soit un taux de prise en charge de 8,5 ‰ des 18-21 ans [7].

Si des études transversales ont été réalisées [8,9], aucune étude longitudinale n'a été menée dans le but de connaître le parcours à long terme de ces enfants placés.

Dès 1945, les travaux Spitz sur l'hospitalisme [10-12] puis de Jenny Aubry sur la carence de soins maternels [13] ont décrit les risques d'un placement précoce sur le développement affectif. Ces connaissances ont permis des avancées notables dans les pratiques de soins afin

d'améliorer la prise en charge des enfants, de préserver si possible les liens avec la famille et d'atténuer les ruptures dans le parcours de l'enfant [14-16].

Néanmoins les attermolements dans le dépistage, le diagnostic et les prises de décisions (soins et/ou placement) concernant les retards du développement et les troubles de la personnalité liés aux carences affectives précoces d'enfants laissés dans une famille maltraitante semblent grever lourdement le devenir affectif, psychique, scolaire et adaptatif des enfants [3,17]. Ces enfants très jeunes, déjà handicapés dans leur développement et dans la structuration de leur personnalité, n'auraient de ce fait, que peu de ressources pour s'adapter au traumatisme que représente toujours un placement, même s'il demeure une mesure indispensable.

Une étude réalisée par le Credoc [18] distingue, chez les enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), quatre typologies de trajectoire : à dominante en milieu ouvert ou Action éducative en milieu ouvert (AEMO)<sup>1</sup>; en famille d'accueil; en établissement ou enfin prise en charge multiple.

On note un consensus sur le fait que la multiplicité des lieux de placements influe défavorablement sur l'insertion sociale et professionnelle; les placements tardifs entraînant fréquemment des difficultés d'insertion professionnelle, notamment liées à une plus faible qualification [4].

Cette question mériterait sans doute d'être inversée dans ses propositions, c'est à dire d'interroger le fait que ce soit l'état sanitaire délétère de l'enfant au départ qui soit en grande partie responsable de la multiplicité des lieux de placements.

Pour préciser ces éléments, une étude longitudinale rétrospective – portant sur l'évolution des sujets ayant été placés avant l'âge de 4 ans au Foyer Départemental de l'Enfance (FdE) du Maine-et-Loire – a été menée. Ce Foyer de l'Enfance est un établissement public rattaché à la Direction du Développement de la Solidarité (DDSS), service du Conseil Général de Maine et Loire. Il a une mission d'accueil d'urgence, d'observation et de proposition d'orientation. Sa capacité d'accueil est de 107 enfants âgés de quelques jours à 14 ans en unités de vie, en familles d'accueil ou en maisons d'accueil. Cent soixante-dix professionnels de santé, éducatifs, administratifs et logistiques participent à cet accueil tout au long de l'année. Les placements proposés selon le type d'accueil post-VSE sont : la famille d'accueil, la famille d'accueil spécialisé, un établissement, une AEMO ou un tiers de confiance.

Deux enquêtes menées au sein du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) [8,9] ont permis

---

<sup>1</sup> L'AEMO est une mesure judiciaire civile (ordonnée par le juge des enfants) au bénéfice d'un ou de plusieurs enfants d'une même famille qui consiste en l'intervention à domicile d'un travailleur social pour une durée variable (de 6 mois à 2 ans renouvelable jusqu'aux 18 ans de l'enfant)



de faire le constat de l'existence d'une morbidité élevée parmi les enfants accueillis : lourdeur des handicaps personnels, psychiques, scolaires et sociaux. On constate qu'entre 2005 et 2009, à leur admission à la pouponnière du Maine et Loire au titre de la protection de l'enfance, 40% des enfants présentaient des altérations graves de leur état somatique, psychique et de leur développement, 15% un tableau de carence affective grave et autant de troubles de la personnalité [17]. Ces enfants, repérés comme « bébés à risque psychosocial » avaient été maintenus plusieurs mois à leur domicile (avec suivi ambulatoire) et 10% présentaient des maltraitances et des insuffisances de soins ayant pu mettre en jeu, pour certains, leur pronostic vital, laissant supposer une certaine carence des dispositifs de prévention et posant la question de leur pertinence en matière de suivi des jeunes enfants. si un milieu très carenciel peut constituer une des causes de troubles d'adaptation et de retards de développement, a contrario, , un milieu d'accueil stable peut permettre une meilleure insertion ultérieure.

Un rapport récent de l'IGAS [19] préconise, afin de donner plus de pertinence à la prise en charge de ces enfants, de mettre en place des outils aptes à améliorer l'observation et la connaissance du parcours des enfants.

Le but de notre travail est d'évaluer les situations cliniques des enfants à leur admission à la pouponnière et au terme de leur prise en charge pour mesurer leur évolution afin de dégager des éléments mettant en relation la gravité de l'état clinique initial et l'évolution a moyen terme des enfants placés à l'ASE et d'appréhender l'éventuel bénéfice que les enfants ont pu tirer de leur placement ainsi que les causes possibles d'un bénéfice limité pour certains d'entre eux.

# MATERIEL ET METHODES

## **Méthodologie**

Il s'agit d'une étude catamnestique – méthode consistant à sélectionner la population à étudier dans le passé (admission au FdE) et la réévaluer à la sortie du FdE ou à l'âge de la majorité [20] – décrivant le parcours des enfants avec recherche de facteurs individuels et collectifs, environnementaux, familiaux ayant pu influencer sur la prise en charge des enfants, leur devenir et la qualité de leur évolution.

## **Population concernée par l'étude**

L'étude porte sur les enfants accueillis au sein du FdE. Les données sont recueillies à partir des éléments d'archive des dossiers médicaux, administratifs, judiciaires et éducatifs des enfants éligibles. Les dossiers papiers étaient archivés au FdE et au service départemental de l'ASE pour les données se rapportant à l'évolution des enfants après leur séjour au FdE. Une mise à plat de tous les dossiers institutionnels archivés de 1994 à 2001 ainsi qu'une analyse des rapports relatifs à l'évolution clinique des enfants au cours de leur parcours à l'Aide Sociale à l'Enfance a été effectuée par un pédopsychiatre exerçant au sein de la structure ainsi qu'une psychologue clinicienne. L'enquête s'est déroulée de septembre 2011 à juin 2013.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration (n° 910183) au Comité Consultatif sur le traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et a reçu une autorisation de la Commission Nationale Informatique et libertés (CNIL - Décision DR-2010-325) qui a délivré une dérogation à l'obligation d'information. Néanmoins le consentement des familles et/ou ayant droit a été obtenu lorsque cela a été possible puis les données ont été rendues anonymes avant saisie informatique, la correspondance étant conservée auprès du médecin du FdE. Une interview des référents « ASE » et/ou des familles d'accueil venait compléter et mettre à jour l'étude du dossier archivé.

## **Critères d'inclusion**

- Sujets ayant fait l'objet d'un placement au sein de la structure du FdE, avant l'âge de 4 ans.
- Enfants placés entre 1994 et 2001 (soit la totalité des enfants placés à la pouponnière sur cette période en respectant l'ordre chronologique des admissions).

## **Critères de non inclusion**

- Placement courts (moins de trois mois) et/ unique à l'ASE
- Bébés nés sous X en attente d'adoption
- Enfants quittant le Maine et Loire et pour lesquels l'accès au nouveau dossier n'était pas possible (dossiers incomplets ...)
- Enfant n'étant pas passé par le FdE (car la reconstitution des données médicales s'avère impossible)

## **Critères d'évaluation**

- Mesurer l'évolution clinico psychologique des enfants placés et ses déterminants
- Evaluer les contextes socio familiaux et individuels des enfants à l'admission et à la sortie du dispositif selon le parcours institutionnel

## **Grille de recueil**

Une grille de recueil (voir **Annexe I**) a été conçue afin de recenser les déterminants du parcours des enfants placés. Cette grille s'inspire des conclusions des deux précédentes enquêtes [8,9] ainsi que d'autres travaux menées dans le même champ [21,22].

Elle détaille quatre dimensions d'investigation:

1 – L'enfant: état civil, filiation, antécédents médicaux (autour de la naissance et jusqu'à l'accueil par l'ASE), antécédents d'hospitalisation, fratrie, croissance, examen somatique et pédopsychiatrique.

2 – Le contexte du placement: raisons du placement, historique des alertes et mesures antérieures.

3 – Les parents: mesure de protection, protection des incapables majeurs, antécédents d'alcoolisme et/ou de toxicomanie, antécédents judiciaires, troubles mentaux, antécédents psychiatriques, adhésion au placement, degré d'adhésion au placement.

4 – L'analyse du parcours de l'enfant et une évaluation de sa situation médicale, somatique et psychique ainsi que son adaptation sociale, familiale et scolaire à distance, par le recueil des éléments objectifs du dossier (liens avec la famille, événements de santé, comportement, souffrance psychique, cursus scolaire).

La grille est composée de 3 parties comprenant 27 items; pour un total de 250 questions :

- Après des éléments d'ordre général (date d'admission au Foyer de l'Enfance, sexe, critères d'exclusion éventuels); une première partie se rapportant à la situation de l'enfant à l'admission est constituée de 13 thèmes principaux détaillés en 45 questions.
- Une seconde partie relative à la situation de l'enfant à la sortie du dispositif ASE (situation familiale, scolaire et/ou professionnelle) et détaillant les mesures post-foyer de l'enfance (parcours de l'enfant).
- Le questionnaire se conclut sur une dernière partie traitant de données subjectives de santé portant sur la qualité de vie (vie relationnelle, état psychologique et éventuels comportements à risque) des adolescents / jeunes adultes.

Pour évaluer le fonctionnement social et scolaire de l'enfant; nous avons utilisé la version française [23] de l'échelle CGAS (Children's Global Assessment Scale) [24]: Échelle d'évaluation globale de l'enfant. Cette échelle a été développée afin de mesurer la sévérité de troubles psychiatriques observés chez l'enfant de 4 à 16 ans. Le CGAS attribue une note de 0 à 100 indiquant le "niveau de fonctionnement" le plus bas d'un enfant dans différents domaines (école, relations familiales ou relations interpersonnelles). Il est composé de plusieurs vignettes ordonnées par déciles qui décrivent le type de fonctionnement en terme de présence ou d'absence de symptômes et en fonction du degré d'atteinte des différents domaines de fonctionnement psychologique, social et scolaire. Cet instrument est valide et fidèle pour l'évaluation du niveau général du fonctionnement d'un enfant sur un continuum santé maladie. Les données obtenues en population générale montrent qu'un score inférieur à 50 sur cette échelle justifie une consultation [25], alors que des scores supérieurs à 70 correspondent à un niveau de fonctionnement non pathologique [26-29].

Pour les enfants de 3 ans et moins, on cotait les relations Parent/Bébé selon l'échelle PIR-GAS (Parent Infant Relationship Global Assessment) [30].

Afin d'apprécier les conditions de sortie des enfants pris en charge au FdE, il nous a semblé utile de retenir quatre variables:

- 1) les troubles psychiatriques que nous avons déclinés en deux classes:
  - Absence de troubles psychiatriques sur tout le parcours ou disparition lors de la sortie du dispositif (critère positif)
  - Persistance ou apparition de troubles psychiatriques durant le parcours
- 2) le fonctionnement social (CGAS) en deux niveaux de scores (0 à 70; 70 et plus)
  - 70 et plus constituant un critère positif
- 3) l'efficience scolaire en deux classes : échec scolaire (pas de scolarisation) ou scolarité normale (critère positif)
- 4) suivi et parcours en deux classes : mauvais (échec de restitution ou nombre de lieux de placements supérieur à la moyenne) ou bon (restitution réussie ou nombre de lieux de placements inférieur à la moyenne (4 placements ou moins) (critère positif)

C'est ainsi que nous avons pu classer les jeunes adultes selon la présence, lors de leur sortie du dispositif d'un, de deux, trois ou de quatre critères positifs: trois ou quatre critères positifs permettant de penser que le jeune adulte a de réelles chances de réussite socio professionnelle et un seul ou deux critères, qu'il aura des difficultés à s'insérer socialement. Nous obtenons ainsi une variable dichotomique (bonne ou difficile insertion sociale).

## **Analyse des données**

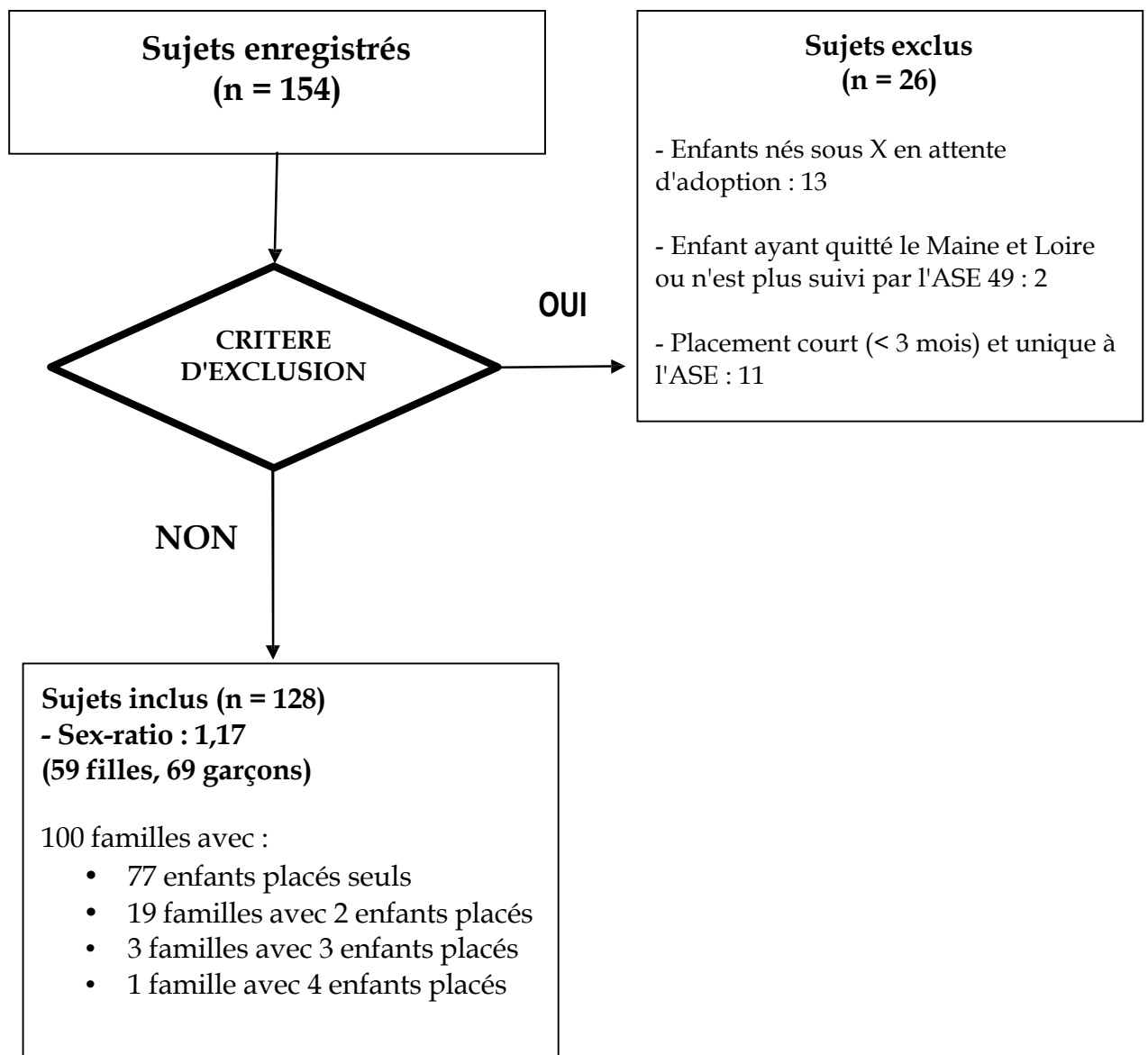
Les variables quantitatives sont exprimées sous forme de moyenne  $\pm$  déviation standard (médiane et intervalle inter quartiles si l'hypothèse de normalité n'est pas vérifiée). Les variables qualitatives sont décrites par les effectifs et les pourcentages correspondants. Aucune méthode d'imputation n'a été utilisée dans le cas où des données étaient manquantes. L'analyse statistique est réalisée selon un plan d'analyse pré-établi. Toutes les personnes pour lesquelles les critères d'évaluation sont disponibles sont prises en compte dans les analyses.

# RESULTATS

## Données à l'admission des enfants

Sur les 154 dossiers saisis début juillet 2013; 26 sujets présentaient des critères d'exclusion: dans 13 cas (50%) il s'agissait de bébés nés sous X en attente d'adoption (4 filles et 9 garçons) et dans 11 cas des placements courts et uniques (moins de 3 mois) à l'ASE (**Figure 1**).

**Figure 1.** Etude des enfants admis avant l'âge de 4 ans - 1994-2001 Flow Chart



L'étude a donc porté sur 128 enfants placés (sex-ratio de 1,17 - 59 filles et 69 garçons). Un tiers d'entre eux (n=44) avaient été admis avant l'âge d'un an ; 20% entre 1 et 2 ans, 20% entre 2 et 3 ans et 25% au delà de 3 ans. Le délai entre la première identification d'un risque nommé et le placement à la pouponnière était en moyenne de  $13,1 \pm 13,4$  mois; la médiane était de 8 mois (**Tableau I**).

**Tableau I.** Caractéristiques socio familiales des 128 enfants inclus; à l'admission et lors de la sortie du dispositif

A l'admission	N (%) ou moyenne ( $\pm$ écart type)
<b>Age (ans)</b>	<b>1,4 <math>\pm</math> 1,25</b>
<b>Sexe</b>	
Filles	59 (46,1 %)
Garçons	69 (53,9 %)
<b>Familles</b>	100
dont - Enfant unique au moment du placement	28
- Enfant appartenant à une fratrie	72
Proportion d'enfants placés	250/286
<b>Famille monoparentale</b>	47 (47 %)
dont « pères isolés »	2 (2 %)
<b>Enfant prématuré</b>	22 (17,2 %)
<b>Déni de grossesse (déni partiel)</b>	8 (6,25 %)
et déni affectif	9
<b>Bonne santé (apparente) à l'admission</b>	94 (73,4 %)
Signes de souffrance psychique	105 (82 %)
Présence de troubles psychiatriques	114 (89,1 %)
A la sortie du dispositif ASE	N (%) ou moyenne ( $\pm$ écart type)
<b>Age de fin de mesure (ans)</b>	<b>15,2 <math>\pm</math> 4,8</b>
<b>Durée de présence (ans)</b>	<b>13,2 <math>\pm</math> 4,6</b>
Sortie avant 10 ans	17
- si oui, âge à la sortie (ans)	<b>4,8 <math>\pm</math> 3,6</b>
<b>Enfant unique</b>	10 (7,8%)
Dispositif ASE (protection de l'enfance) encore en cours	52 (40,6%)
Fin de mesure :	
- Mesure arrivée à échéance	42
- Mainlevée	33
dont	
* Impossibilité d'exercer la mesure	4
* Majorité	2
* Absence de motif de protection le justifiant	22



Parmi les 128 enfants placés, 72 (56 %) avaient été identifiés par les services médicaux ou sociaux (maternité, PMI, AEMO, secteur) comme bébés à risque et 102 (80 %) avaient été suivis avec une certaine régularité par ces mêmes services.

Au moment du placement, les trois quarts des enfants (n=100) faisaient partie de 72 fratries. Ces dernières étaient constituées de 2 à 11 enfants (moyenne :  $3,9 \pm 1,8$ ) parmi lesquels de 1 à 9 enfants (moyenne :  $3,5 \pm 1,7$ ) étaient placés.

L'immense majorité des fratries (66/71) étaient déjà connues des services sociaux avec des frères et soeurs placés préalablement dans 43 cas et simultanément dans 46 cas, indice d'un placement très fréquemment familial. Globalement, 87 % des enfants des fratries (247 enfants sur 283) étaient ou ont été placés.

Il est à noter que pour 44 enfants (34 % des cas), le placement ne découlait pas de la situation personnelle de l'enfant mais d'un événement intercurrent concernant la famille ou la fratrie: lié au contexte familial avec des violences conjugales dans un tiers des cas, l'hospitalisation des parents pour troubles psychiatriques dans un quart des cas, des abus sexuels sur un membre de la fratrie dans 20% des cas et le placement en même temps que les autres membres de la fratrie dans 20% des cas.

Avant l'admission en pouponnière, 70 enfants (55 %) vivaient dans leur famille (aucun placement antérieur), 38 venaient d'une structure d'accueil (famille d'accueil, centre maternel, tiers de confiance) et 19 venaient d'un service de pédiatrie / néonatalogie.

En examinant dans le détail les éléments recueillis au sujet de l'état clinique des enfants lors de leur admission ; 24 (19%) présentaient des signes d'anxiété, 17 (13%) étaient hyper vigilants, 14(11%) étaient jugés agressifs, 12(9%) déprimés, 10 (8%) hyperkinétiques, 4 (3%) d'entre eux étaient hypotoniques et 11(9%) présentaient des troubles des conduites alimentaires. Un enfant sur quatre (32/128) était considéré comme s'étant adapté rapidement à son nouveau milieu sans trouble de l'humeur ou de la personnalité.

## **Caractéristiques des ménages**

Le ménage au sein de la résidence principale du mineur était constitué pour l'essentiel de la mère seule (55 enfants au sein de 45 familles) ou des deux parents vivant ensemble (52 enfants au sein de 38 familles), 13 enfants vivaient dans une famille recomposée (12 familles) et 4 avec leur père seul (2 familles).

Les parents présentaient un handicap physique ou une maladie invalidante dans 20 cas (16 %). Des troubles psychiatriques étaient présents chez au moins un des parents dans 68 cas (53 %), avec une prise en charge inadéquate dans 55 cas (pas de prise en charge médicale dans 31 cas, mauvaise compliance aux soins dans 24 cas).

Dans 50 cas (39 %) au moins un des parents souffrait d'une addiction (alcoolisme ou toxicomanie) avec prise en charge adéquate dans 7 cas (14 %).

Concernant le contexte social, le foyer parental était en situation de précarisation dans 41 cas (32 %), avec des problèmes de logement dans 20 cas et une incarcération dans 15 cas.

Il régnait fréquemment un climat de violences psychiques ou physiques au sein du couple (70 cas, 54 %) et l'un des parents présentait une carence affective dans 41 cas (32 %). Une déficience intellectuelle était retrouvée chez un des parents dans 17 cas (13 %).

Dans l'immense majorité des cas (119/128) l'admission de l'enfant découlait d'un ou de plusieurs motifs préoccupants. La prise en charge était justifiée par un ou plusieurs des 5 types de dangers établis par la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance: ceux se rapportant aux conditions compromettant l'éducation de l'enfant (82 cas), sa sécurité (79 cas), sa santé (63 cas), son développement physique, intellectuel, affectif ou social (57 cas), ou des conditions contribuant à la mise en danger de sa moralité (16 cas). Des conditions d'éducation défailante – sans maltraitance associée – étaient en cause dans 14 cas.

Deux tiers des sujets cumulaient au moins deux motifs d'admission préoccupants. Une maltraitance était associée dans 79 cas (62%), les violences psychologiques apparaissaient au premier plan (65 cas, en grande majorité des violences conjugales graves) suivies par les violences physiques envers l'enfant (32 cas), mais aussi des négligences lourdes (14 cas) et des violences sexuelles dans 2 cas. L'association la plus fréquente était constituée de violences physique et psychologique dans 18 cas (à l'encontre de 4 filles et 14 garçons).

Un syndrome de Silverman avéré était retrouvé chez 7 enfants (6,5% des cas). Parmi ces derniers, seuls 2 avaient préalablement été identifiés comme bébés « à risque » par les services médicaux ou sociaux (maternité, Protection maternelle et infantile (PMI), AEMO).

De surcroît, il était signalé un syndrome de Silverman chez un autre enfant de la même fratrie dans 4 cas.

### **Grossesse et accouchement**

Le nombre de déni de grossesse était de 8 dont 2 dénis partiels psychotiques. Dans 9 autres cas; on parlait de « déni affectif »<sup>2</sup> [31]. On ne retrouvait pas significativement plus de troubles psychiatriques chez la mère dans le cas d'un déni de grossesse (52% vs. 54% ; NS).

La part des prématurés était de 1 naissance sur 6 (16% des naissances). Le poids de naissance moyen était de 3100 g. La proportion de faibles poids de naissance (< 2500 g) était de 10 % alors que 57% avaient un poids supérieur à 3000 grammes.

On ne notait pas de différence significative entre le poids de naissance et l'existence de troubles psychiatriques à l'admission.

### **Croissance staturo-pondérale**

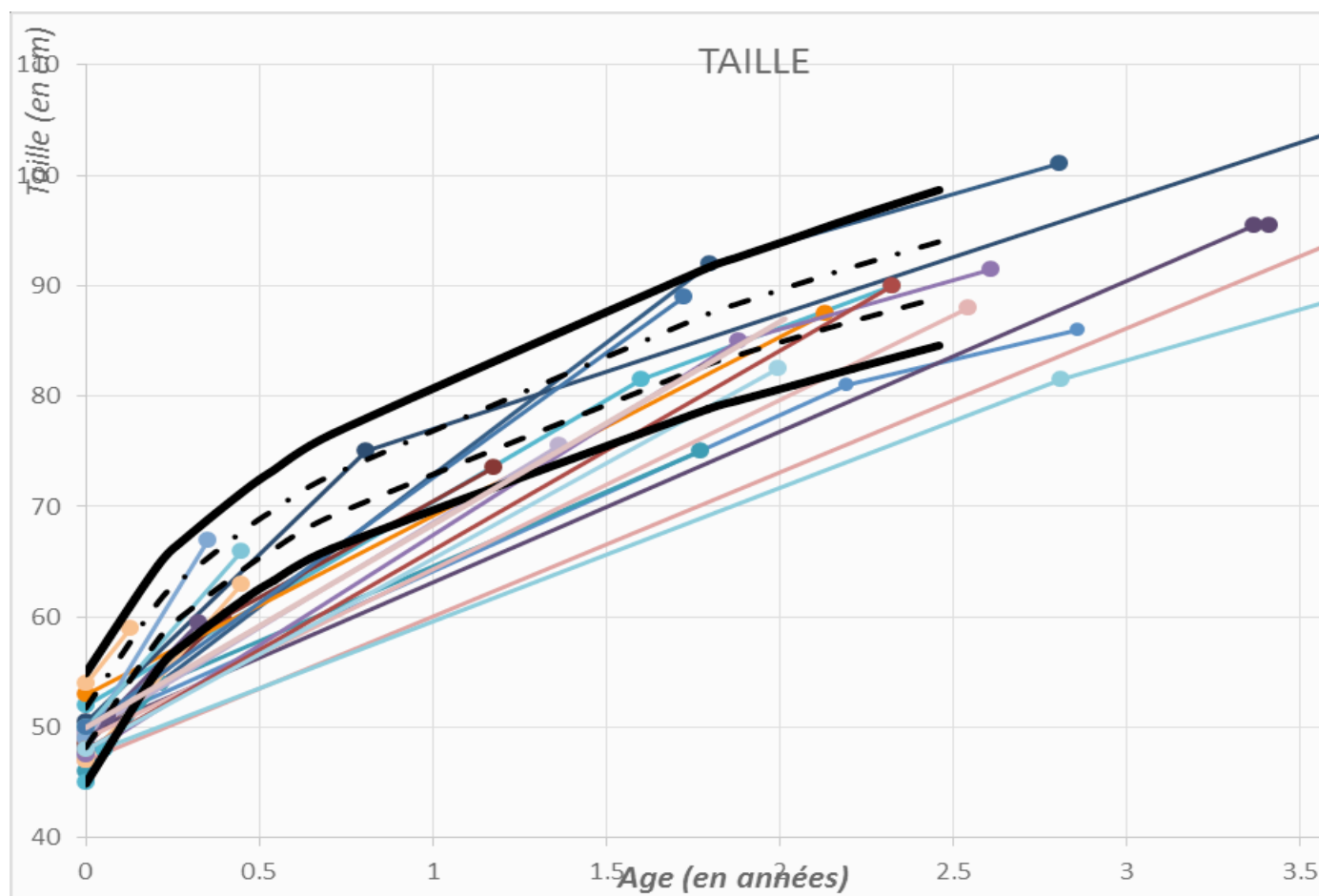
Parmi les 115 enfants dont on disposait d'au moins 2 données staturo-pondérales; 53 (46%) présentaient un retard de croissance à l'admission. Trente enfants (57%) récupéraient ce retard, en moyenne dans un délai de  $2,5 \pm 1,6$  ans.

**La figure 2** résume les cas de "rattrapage" de la courbe de croissance.

---

<sup>2</sup> Le terme de déni affectif (*affective denial*) est employé lorsque la femme est consciente de son état gravide à certains moments, mais continue à se comporter comme si elle n'était pas enceinte.

**Figure 2.** Détails des cas de "rattrapage" de courbe de croissance – 30 / 53 sujets présentant un retard de croissance initial



— 3e et 97e percentiles

Ref: Cole TJ. The LMS method for constructing normalized growth standards. Eur J Clin Nutr 1990; 44: 45-60 & WHO Growth Standards and Growth Reference 2007 charts. [En ligne]. <http://www.dietitians.ca/growthcharts>

### Durée des parcours et lien familial

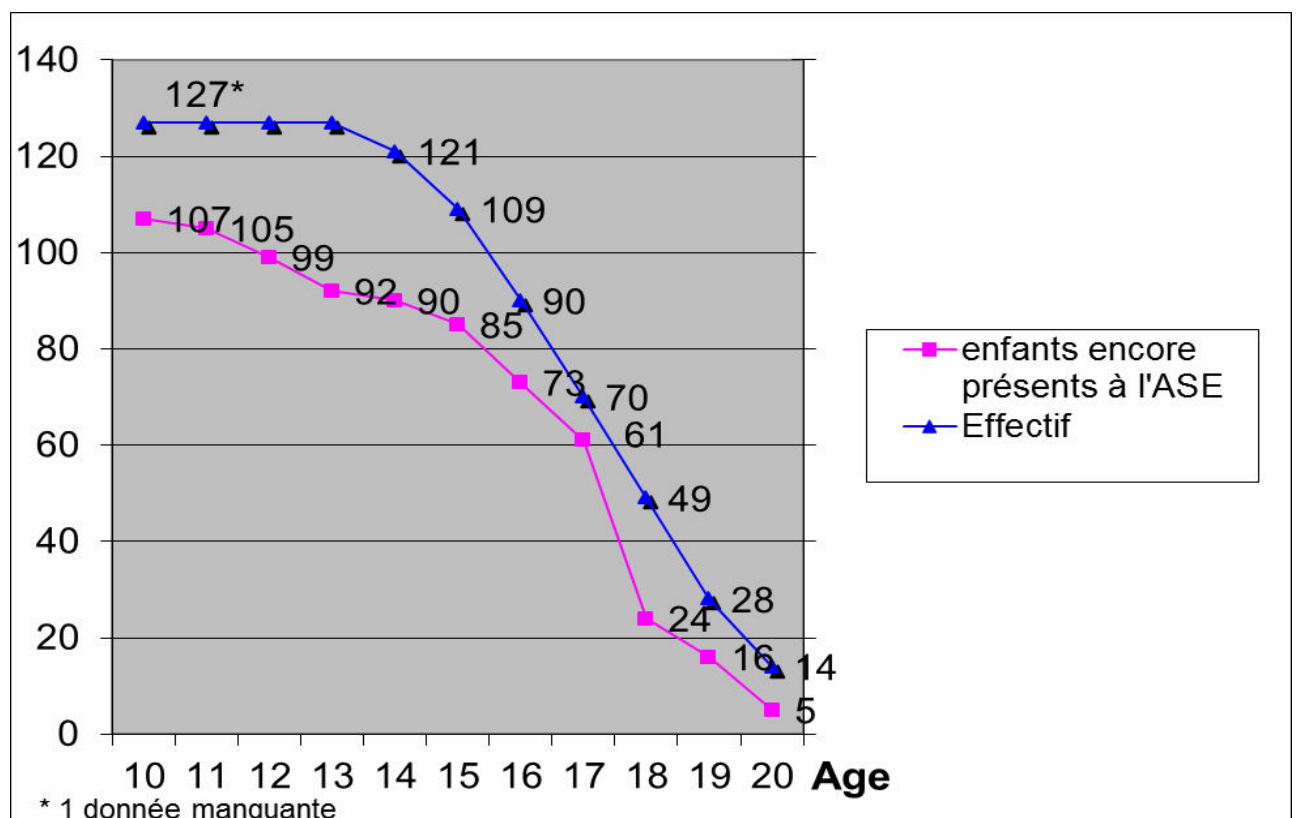
La durée moyenne de présence dans le dispositif ASE était de 13,2 années  $\pm$  4,6 ans. L'âge théorique de fin de mesure était de 15,2  $\pm$  4,8 ans; et on dénombrait 33 mainlevées et 42 mesures arrivées à échéance (**Tableau I**).

A la sortie du VSE, les enfants étaient confiés majoritairement à des familles d'accueil (69 cas, 54%), restitués à leur famille (39 cas, 31%), confiés à un établissement ou une famille d'accueil spécialisé (18 cas). Deux enfants étaient confiés à un tiers.

La **Figure 3** et le **Tableau II** précisent la durée du parcours des enfants ayant atteint un âge donné ainsi que la typologie de la trajectoire des enfants placés en milieu ouvert, famille d'accueil, établissement ou encore tiers de confiance avec, en moyenne,  $4 \pm 3,4$  placements par enfant et des extrêmes allant de 1 à 20 placements. Parmi les 128 enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière, 17 (13 %) étaient sortis du dispositif avant l'âge de 10 ans. Deux tiers des enfants (83/128) avaient connu des placements successifs dans différentes structures, un tiers (45/128) avait bénéficié d'un placement unique. On notait, par ailleurs, que 28/124 avaient bénéficié de mesures complexes partagées combinant plusieurs formes de placements simultanés.

On notait par ailleurs que parmi les 70 enfants ayant atteint 17 ans, la grande majorité (61 soit 87%) étaient toujours placés à cet âge.

**Figure 3.** Durée des parcours des enfants placés



**Tableau II.** Typologie de la trajectoire des enfants placés\*

Type de prise en charge	Exclusif	Mixte	Total
Milieu ouvert	9	52	<b>61</b>
Établissement	1	66	<b>67</b>
Famille d'accueil	33	61	<b>94</b>
FA spécialisée	2	8	<b>10</b>
Tiers de confiance	-	6	<b>6</b>
Autre	-	16	<b>16</b>
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>209</b>	<b>254*</b>

\* en moyenne 4 placements dans 2 structures différentes par enfant

Parmi les 128 enfants, 32 étaient orphelins ou nés de père inconnu, 5 étaient orphelins de mère et 4 orphelins de père et de mère.

Les pères adhéraient peu aux mesures de placement, car 51% y étaient franchement opposés, ils n'étaient qu'un sur quatre à y adhérer sans restriction. La qualité des rencontres avec le père – notée par les observateurs – reflétait cette faible adhésion avec une "toxicité psychique"<sup>3</sup> signalée dans 35 cas, et des rencontres utiles ou bénéfiques dans 14 cas.

Les mères étaient un peu moins réticentes aux mesures de placement : une sur quatre les acceptaient parfaitement quand 43% y étaient franchement opposées. Les rencontres étaient tout aussi peu satisfaisantes avec une "toxicité psychique" dans 52 cas et des rencontres médiocres et compliquées dans 31 cas. Ces rencontres étaient utiles ou très bénéfiques dans 12 cas.

Deux tiers des enfants avaient tissé des liens réguliers avec un adulte de confiance; dans un cas sur deux il s'agissait d'un professionnel de la petite enfance et pour les autres, d'un membre de la fratrie. On notait une liaison positive, statistiquement significative, à ce lien

---

<sup>3</sup> Un parent « toxique » ne respecte pas le droit de l'enfant à s'épanouir, trouver sa propre voie et refuse catégoriquement de « reconnaître » l'enfant tel qu'il est. C'est souvent qui voit son enfant seulement tel qu'il souhaite le voir et n'accepte pas qu'il sorte d'un cadre préétabli. Ainsi, l'enfant est nié dans ses sentiments et ses besoins psychologiques. Certains parents toxiques peuvent avoir développé un trouble psychologique plus ou moins important : sadisme, pervers narcissique, dépressif, névrosé, irresponsable.  
- Forward S et Buck C. Toxic parents: overcoming the legacy of parental abuse. Random House, 2002.

tutélaire, lorsque les pères ( $p= 0,001$ ) ou les mères ( $p=0,002$ ) s'opposaient aux mesures de placement.

Parmi les 49 jeunes (38 % de la cohorte) ayant atteint leur majorité, 24 (49 %) avaient bénéficié d'une mesure "jeune majeur", qui exigeait une expertise psychiatrique volontaire pour être validée par l'administration du département, huit justifiaient d'une mesure de protection des majeurs (curatelle / tutelle) et neuf d'une Allocation adulte handicapé (AAH). Parmi les 14 sujets ayant atteint l'âge de 20 ans, les mesures de protection des majeurs et l'AAH étaient concomitantes dans 4 cas.

Durant le parcours, neuf délégations d'autorité parentale ont été prononcées et sept enfants sont devenus pupilles de l'état (dont trois confiés à l'adoption). Trois enfants ont été mis sous tutelle du conseil général en raison du décès des deux parents et trois autres en raison du retrait de l'autorité parentale.

## **Données comparatives entre l'admission dans la structure et la fin de la prise en charge.**

### **Diagnostic pédopsychiatrique**

Le diagnostic pédopsychiatrique était disponible à l'admission (T1) et à l'issue du placement (T2) pour 124 sujets (97 %).

Parmi les 116 enfants placés ayant des troubles psychiatriques à l'admission, 91 en présentaient lors de la sortie du dispositif en moyenne  $14 \pm 4,5$  années plus tard. Parmi les 8 enfants chez qui aucun trouble psychiatrique n'avait été diagnostiqué initialement, sept en présentaient *de novo* à T2.

Les troubles psychiatriques étaient – suivant la classification CIM-10 – réunis en quatre groupes diagnostiques principaux: troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles des conduites et troubles post-traumatiques. La répartition des troubles psychiatriques montrait une prépondérance des troubles des conduites et troubles de l'humeur à l'entrée (T1; respectivement 44 et 30 cas sur 116) comme à la sortie (T2; respectivement 57 et 23 cas sur 98). Les troubles psychotiques étaient au nombre de 5 à T1 et de 10 à T2. (**Tableau III**)

**Tableau III.** Evolution des troubles psychiatriques selon le statut depuis l'admission.

		T2					Total	
		Aucun trouble	Troubles psychotiques	Troubles de l'humeur	Troubles des conduites	Troubles post-traumatiques		Autres troubles
T1	Aucun trouble	1	-	2	5	-	-	8
	Tb psychotiques	-	4	-	1	-	-	5
	Tb de l'humeur	4	3	7	13	-	3	30
	Tb des conduites	11	1	7	23	1	1	44
	Tb post-traumatiques	2	-	-	-	1	1	4
	Autres troubles	8	2	7	15	-	1	33
	Total	26	10	23	57	2	6	124

### Adaptation scolaire, sociale et suivi psychologique

Le fonctionnement social et scolaire de l'enfant était évalué par l'échelle CGAS à T1 et T2. Pour les enfants dont l'évaluation initiale avait eu lieu avant 4 ans, on utilisait l'échelle PIR-GAS ainsi qu'une échelle CGAS adaptée.

Pour les 79 enfants de moins de 4 ans pour lesquels ces deux échelles ont été utilisées; on retrouvait une bonne concordance entre la mesure PIR-GAS et l'échelle CGAS adaptée (coefficient de concordance: 71%).

Le score CGAS, bien que s'améliorant, évoluait de façon non significative entre T1 et T2: 52% des enfants présentant un CGAS pathologique à T1 voyaient ce score s'améliorer pour présenter un niveau de fonctionnement intermédiaire (CGAS entre 50 et 70) ou normal (CGAS>70) à T2. (**Tableau IV**). Seuls 11 enfants (9%) voyaient leur CGAS évoluer défavorablement entre T1 et T2.

Si on ne retrouvait pas de différence significative en terme de score CGAS ni de troubles psychiatriques entre les enfants identifiés ou non comme 'bébés à risque' à l'admission, il convient de noter que ceux identifiés comme 'bébés à risque' présentaient à la sortie un score CGAS significativement plus élevé.



**Tableau IV.** Evolution du score CGAS entre l'admission (T1) et la sortie du dispositif (T2)

		T2			Total
		Pathologique	Intermédiaire	Normal	
T1	Pathologique ( $\leq 50$ )	46	29	22	97
	Intermédiaire (51-70)	7	7	6	20
	Normal ( $\geq 71$ )	3	1	2	6
Total		56	37	30	

Quand on comparait l'évolution des 72 enfants identifiés initialement comme bébés "à risque" par les services médicaux ou sociaux aux 56 non identifiés comme tels, on retrouvait une différence significative de score CGAS initial et à la sortie de l'ASE: le score CGAS était, en moyenne, significativement plus élevé à l'admission et à la sortie, chez les enfants ayant été initialement identifié comme bébés « à risque ».

Les enfants ayant subi une maltraitance physique ou sexuelle avant leur placement ne présentaient pas plus souvent de troubles psychiatriques et cette maltraitance n'était pas significativement associée à une variation du score CGAS.

On constatait que le score CGAS initial était plus faible chez les enfants confiés à un tiers ou en famille d'accueil (respectivement  $39 \pm 8$  et  $39,5 \pm 15$ ) et plus élevé chez les enfants placés en établissement ou restitués à leur famille (respectivement  $47 \pm 8$  et  $42 \pm 13$ ).

Les enfants hospitalisés pour raison psychiatrique à T2 (n=25) avaient présenté initialement un score CGAS significativement plus faible ( $32 \pm 13$ ;  $p=0,001$ ) et présentaient un score CGAS final également plus faible ( $39 \pm 14$ ;  $p<10^{-3}$ ).

La proportion de sujets scolarisés à T2 était de 71 % (n=91). Parmi eux, 40 (44 %) étaient au lycée et 35 (38 %) au collège. La majorité n'avait aucun diplôme. Pour les 37 jeunes non scolarisés, les troubles du comportement (17 cas) et l'absentéisme scolaire (8 cas) apparaissent au premier plan. Des problèmes liés à un handicap (6 cas) et à la santé mentale (7 cas) existaient également. Le parcours scolaire était difficile et chaotique avec plusieurs redoublements dans 22 cas (17%).

Les trois quarts des enfants bénéficiaient d'un suivi psychologique (n=97). Un suivi individuel et ambulatoire dans 81 cas et un suivi institutionnel dans 14 cas. La durée moyenne de suivi était de  $5,7 \pm 3,6$  années.

### **Capacités des jeunes adultes à entrer dans la vie active (insertion sociale)**

Nous relevons que 96/124 (77%) des jeunes adultes avaient des troubles psychiatriques persistant à l'issue de la prise en charge dans la structure, que 96/126 (76%) avaient un score CGAS inférieur à 70, que 31/122 (25%) étaient en échec scolaire et que 51/128 (40%) avaient un parcours chaotique fait de placements itératifs et pour certains d'un échec de restitution.

Sur les 128 enfants de notre cohorte :

- 54% (69/128) présentaient trois ou quatre critères positifs et étaient susceptibles de réussir leur vie sociale
- 46% (59/128) ne pouvaient se prévaloir que d'un ou deux critères positifs et seraient susceptibles d'avoir une vie sociale difficile, en particulier les 13% qui ne disposaient que d'un seul critère positif (17/128).

Le délai entre la première identification d'un risque nommé et le placement à la pouponnière était significativement lié avec le mode d'insertion sociale: il était de  $15,4 \pm 14$  mois quand celle-ci pouvait être considérée comme problématique et de  $10,3 \pm 11,9$  quand elle était bonne ( $p=0,03$ ).

L'analyse multivariée révélait qu'un retard du développement cognitif de l'enfant était lié à une insertion sociale problématique (1 ou 2 critères positifs) pour neuf des dix enfants concernés par ce retard ( $p < 0,006$ ); les huit mesures de protection des majeurs étaient toutes prises dans ce groupe. On constatait par ailleurs que lorsqu'un placement éducatif<sup>4</sup> était instauré, près de 60% des bénéficiaires se retrouvaient dans le groupe "bonne insertion sociale" ( $p=0,036$ ). L'appréciation subjective du parcours scolaire (simple ou difficile) était liée à l'insertion sociale: 80% des jeunes adultes dont le parcours scolaire était jugé "difficile" avaient une insertion sociale problématique. Notons enfin que le score PIR-GAS lors de l'admission (T1) n'était pas lié à l'insertion sociale des jeunes adultes.

---

<sup>4</sup> Mesure de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation qui retire temporairement un mineur de son milieu de vie habituel, lorsque sa sécurité ou les conditions de son éducation n'y sont pas garanties ou lorsque le déroulement de la procédure l'exige.

## DISCUSSION

Nous avons pu analyser 128 dossiers complets sur 154 recueillis. Le taux d'exclusion est de 17% (26/154). Parmi les sujets exclus, la moitié étaient des bébés nés sous X en attente d'adoption et 11 étaient en placement court (moins de 3 mois) et unique à l'ASE. Deux enfants avaient été admis dans le contexte d'une expulsion familiale avec reconduite à la frontière.

On constate que parmi les enfants placés, trois quarts font partie d'une fratrie déjà connue des services sociaux et que dans plus d'un tiers des cas la décision de placement relève d'un événement intercurrent concernant la famille ou la fratrie. Aussi le placement est déterminé le plus souvent, non par la situation de l'enfant mais par celle de sa famille. Ce défaut d'analyse traduit un suivi d'abord familial et non individualisé et entraîne un retard dans les décisions de placement.

Bien que l'étude ait été faite rétrospectivement sur "dossiers", la psychologue et le pédopsychiatre qui ont recueilli les informations se sont efforcés de collecter des données fidèles au parcours des enfants placés, interrogeant notamment les professionnels de l' « ASE » quand cela s'avérait nécessaire pour préciser certains éléments, par exemple en rapport avec une déscolarisation, et contactaient les familles d'accueil : c'est ainsi que la majorité des dossiers a bénéficié d'un complément d'informations sur ces enfants.

### **Caractéristiques des ménages**

On constate une surreprésentation des familles à la fois nombreuse et monoparentale. Ces familles, en précarité sociale, sont plus facilement en contact avec les services sociaux [32]. En France, en moyenne, en 2005, 18 % des enfants vivent dans des familles monoparentales, contre près de la moitié des enfants de notre échantillon.

Par ailleurs, moins d'un enfant sur dix vit en France dans des familles de 4 enfants et plus, contre 45% dans notre échantillon.

Le ménage dont sont issus les enfants placés est le plus souvent composé de femmes vivant seules (45%) et sans profession. La part des hommes à la tête d'une famille monoparentale est de 15 % en France en 2005, alors qu'on en retrouve environ 2 % dans notre enquête.

Ces discordances (familles monoparentales nombreuses avec dans l'immense majorité la mère à la tête) indiquent une situation de précarisation plus marquée des sujets de notre enquête.

Le profil socio-économique des parents n'a pas été approfondi, mais il s'agit d'éléments déjà explorés dans d'autres études récentes. Ainsi une étude ÉLDEQ 1998-2002 émanant de

l'Institut de la statistique du Québec retrouve une surreprésentation significative de familles monoparentales et dysfonctionnelles dans les deux quintiles les plus bas du statut socioéconomique [33].

## **Grossesse et accouchement**

La part des dénis de grossesse (6 %) est dix fois supérieure à celle observée en population générale. Ainsi, en France, en 2003, l'incidence des dénis de grossesse s'élevait à  $3,7 \pm 0,84$  pour 1000 naissances (3,4/1000 dénis partiels et 0,3/1000 dénis totaux) [34]. Vingt pour cent des femmes ayant dénié leur grossesse avaient ou avaient eu des troubles psychiatriques. Nous retrouvons des troubles psychiatriques chez la moitié des parents dans le cas d'un déni partiel ou d'un déni affectif, mais cette proportion n'est pas supérieure à celle constatée sur l'ensemble des parents de l'étude (50% vs. 54%: NS).

Il y a deux fois et demi plus de prématurés qu'en population générale : 17% vs. 7% des naissances vivantes.

La proportion de faible poids de naissance est de 10%, chiffre similaire aux données nationales : 7% en France en 2003 (6% en 2010). La proportion d'enfants de poids supérieur à 3000 grammes est de 57 % dans notre étude, alors qu'elle est de 72 % en 2003 et 73 % en 2010 au niveau national [36].

Parmi ces enfants avec faible poids de naissance, le placement était plus fréquemment lié à une maltraitance physique. En revanche, on ne notait pas de différence quant à la présence ou non de troubles psychiatriques à l'admission ou à la sortie de l'ASE, selon que l'enfant a un faible poids à la naissance ou non, ce qui va à l'encontre des données de l'étude menée par Nomura qui retrouve chez les enfants présentant un faible poids de naissance et ayant subi une maltraitance dans l'enfance, un accroissement important de troubles à type de dépression (RR=10) ou d'inadaptation sociale (RR=9) [37]. Cependant l'étude de Nomura a été menée en population générale.

PART DES DENIS DE GROSSESSE DIX FOIS SUPERIEURE A CELLE  
OBSERVEE EN POPULATION GENERALE.  
DEUX FOIS ET DEMI PLUS DE PREMATURES QU'EN POPULATION  
GENERALE.

### **Durée des parcours et lien familial**

Les données relatives aux durées de parcours sont importantes dans la mesure où cette donnée n'est habituellement pas recueillie en France, ce qui induit une difficulté à estimer avec précision la prévalence des placements. Le nombre d'enfants ayant obtenu une mainlevée avant l'âge de 18 ans est sous-estimé dans la mesure où près d'un adolescent sur deux de notre cohorte n'a pas encore atteint l'âge de 18 ans à l'issue du recueil (âge moyen :  $16,7 \pm 2,2$  ans). Parmi les parents des 128 enfants de la cohorte, 7 mères et 12 pères sont décédés à T2, faisant 4 orphelins de père et de mère, 4 orphelins de mère et 10 orphelins de père (pour ceux dont on connaît l'identité du père et pour lesquels nous avons retrouvé des informations, 23 pères étant inconnus) soit 18 orphelins au total. Il y a donc près de 14% des enfants qui ont perdu au moins un parent avant la fin de leur parcours en protection de l'enfance.. Ces chiffres sont à mettre en parallèle avec la dernière estimation française, sur la base de l'enquête "Étude de l'histoire familiale" menée par l'INSEE en 1999, qui estimait à 3% le pourcentage d'orphelins parmi la population nationale de moins de 21 ans [38]. La proportion retrouvée dans notre enquête, cinq fois plus élevée, atteste de la grande fragilité des situations familiales.

Les formes familiales du milieu d'origine de l'enfant témoignent de décompositions conjugales importantes au moment du placement: seul un couple sur trois avait une vie conjugale en commun au moment de l'enquête, la moitié des familles étant constituées de foyers monoparentaux.

L'adhésion des parents aux mesures de placement est limitée: opposition franche à ces mesures par un père sur deux et 42% des mères avec, à la clé, des rencontres jugées rarement bénéfiques (un cas sur 10).

Deux tiers des enfants de notre étude ont des relations suivies avec un adulte de confiance:

deux études [39,40] révèlent que ce soutien a une influence positive sur leurs prises de décisions quand ils deviennent jeunes adultes, mais aussi sur leur état physique et mental ainsi que sur l'atténuation de leur comportement belliqueux, ce qui est de bonne augure pour notre cohorte.

La fréquentation par l'enfant d'un adulte de confiance est d'autant plus importante que les parents s'opposent au placement: cette situation est sans doute perçue par l'enfant qui cherche alors un soutien auprès d'une autre personne adulte.

Parmi les 43 jeunes ayant atteint leur majorité, plus de la moitié bénéficient d'une mesure "jeune majeur". Cette mesure permet à ce dernier d'être toujours sous la protection de l'ASE jusqu'à l'âge de 20 ans s'il le souhaite. Lors de la demande d'une telle mesure, les « difficultés d'insertion sociale, faute de ressources ou d'un soutien familial suffisant » doivent être invoquées. Elle correspond à un soutien financier, qui peut être assorti d'un hébergement, d'un soutien juridique en vue d'une régularisation du statut administratif, d'un soutien éducatif (aide à la réalisation du projet par l'intermédiaire du travailleur social) et/ou psychologique. Le but de ce contrat est de permettre au jeune de vivre, à terme, de façon autonome [41,42].

## **Diagnostic pédopsychiatrique**

On note une part importante d'enfants présentant des troubles psychiatriques, que ce soit à l'admission (90%) ou qu'en fin de parcours (72%). La prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants en population générale a été évaluée à 12,4% dans une étude française de référence [43], chiffre qui concorde avec la méta-analyse menée par Verhulst [44].

Des études portant sur les troubles mentaux chez les enfants et adolescents placés en protection de l'enfance retrouvent des chiffres de 45 à 48 % (étude britannique portant sur des enfants de 5 à 17 ans) [45] et 60 % (étude allemande portant sur des sujets de 4 à 18 ans) [46]. Nos chiffres sont plus élevés, tant à l'admission qu'à la sortie de la structure.

Les enfants admis au VSE sont souvent des bébés placés précocement dans des conditions extrêmes présentant soit un risque de maltraitance soit une maltraitance avérée. Quand on

constate les réticences générales au placement, la précocité témoigne en soi d'une situation d'extrême gravité, qui a emporté les "a priori" opposés à une telle mesure.

Les enfants de notre cohorte, qui ont subi avant leur placement une maltraitance physique ou sexuelle, ne présentent pas plus souvent de troubles psychiatriques, ce qui ne concorde pas avec les données de la littérature qui retrouvent une surreprésentation d'enfants présentant de tels troubles après avoir subi de tels sévices [47]. Le fait que les enfants de notre cohorte présentent un taux élevé de troubles psychiatriques peut expliquer en partie cette discordance. En fin de parcours, la prévalence des troubles psychiatriques est supérieure à celle retrouvée dans la littérature, et l'on évoque, à ce stade, outre la gravité des troubles lors de l'admission, notre technique d'investigation proche de la casuistique, qui a certainement permis une plus grande précision que dans les autres études. Ceci est cohérent avec la très forte proportion de troubles de l'adaptation sociale retrouvés parmi les jeunes majeurs (reconnaissance comme travailleur handicapé, mise sous curatelle et/ou hospitalisation psychiatrique longue).

La prépondérance des troubles des conduites et des troubles de l'humeur retrouvés dans notre étude, au détriment des troubles psychotiques, ne concorde pas avec les données de l'enquête de G. Bronsard [22] qui retrouve une prédominance des troubles psychotiques (28% contre de 5 à 10% dans notre étude). Les limites nosographiques poreuses entre troubles graves de l'attachement (constituant l'essentiel des troubles de conduites) et troubles psychotiques peuvent aussi expliquer cette discordance. Le fait qu'une large part des enfants de l'étude ait été placée avant 4 ans peut expliquer l'absence dans notre série de troubles liés à l'hyperactivité, ce diagnostic étant porté après six ans, ceci expliquant en partie la discordance avec l'enquête de Bronsard qui ne concerne que des adolescents.

On ne dispose pas, à l'heure actuelle, pour les enfants de 3 ans et moins, d'échelle validée qui puisse évaluer le fonctionnement social et scolaire de l'enfant, en dehors de l'échelle PIR-GAS. Cependant cette échelle présente une fiabilité des résultats entre les évaluateurs estimée médiocre [48]. Aussi pour les moins de trois ans, nous avons utilisé une échelle CGAS "adaptée": on ne retrouve pas de différence statistiquement significative de distribution entre les deux échelles (test de Mac Nemar,  $p > 0,4$ ). Une validation ultérieure sera nécessaire, si l'on pense pouvoir utiliser cette échelle "adaptée" chez les moins de trois ans.

Il est enfin un domaine que nous n'avons pas exploré, c'est la santé perçue par les enfants confiés en protection de l'enfance. Une étude récente attire l'attention sur les facteurs

explicatifs des inégalités de santé et confirme l'importance des liens sociaux, du sentiment de maîtrise de son existence et de la reconnaissance dans le rapport à la santé [49].

PART IMPORTANTE D'ENFANTS PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES A L'ADMISSION (90%) AINSI QU A LA SORTIE DE LA STRUCTURE (72%).

### **Niveau scolaire et adaptation sociale.**

Le parcours scolaire des enfants placés est chaotique, avec un redoublement au moins avant 15 ans dans 64% des cas contre 39,5% au niveau national, chiffre déjà parmi les plus élevés des pays de l'OCDE [50]. Coohy [51], se fondant sur une étude longitudinale, pose comme principe essentiel pour la réussite scolaire, de prévenir la maltraitance. Ainsi de mauvais résultats aux tests de lecture et de calcul sont corrélés à la sévérité et la chronicité de la maltraitance.

Nous constatons qu'un peu plus d'un jeune adulte sur deux a de réelles chances d'insertion sociale (3 ou 4 critères positifs) et un peu moins d'un jeune adulte sur deux, de réelles difficultés d'insertion sociale (1 ou 2 critères positifs).

L'insertion sociale est d'autant meilleure que le délai entre la première identification d'un risque nommé et le placement à la pouponnière est court, ce qui incite à une plus grande vigilance et une prise en considération individuelle de ces enfants dans les décisions de placement, sans attendre un éventuel évènement intercurrent dans leur entourage qui précipiterait leur placement.

Un retard de développement cognitif, lors de l'admission, rend plus difficile l'insertion sociale des jeunes adultes, même s'ils ont bénéficié dans leur entourage de la présence d'un adulte de confiance. D'autres travaux estiment que des troubles cognitifs précoces associés à une éducation parentale défailante peuvent entraîner des comportements sociaux négatifs et qu'il est toujours possible, par des renforcements de l'entourage, de rompre ces attitudes au profit d'activités sociales positives [52-53]. C'est par ailleurs dans ce groupe que figurent les bénéficiaires d'une AAH. Les scores à T1 des échelles PIR GAS ou CGAS adaptée ne sont pas significativement liés avec l'insertion sociale lors de la sortie du dispositif. Ces deux scores, ont évolué favorablement pour plus de la moitié des enfants, même si cette progression reste limitée.



INSERTION SOCIALE D'AUTANT MEILLEURE QUE LE DELAI ENTRE LA PREMIERE IDENTIFICATION D'UN RISQUE NOMME ET LE PLACEMENT A LA POUPONNIERE EST COURT : UNE PLUS GRANDE VIGILANCE ET UNE PRISE EN CONSIDERATION INDIVIDUELLE DE CES ENFANTS DANS LES DECISIONS DE PLACEMENT S IMPOSE.

## CONCLUSION

La situation sanitaire, physique et psychique des enfants à l'admission tend à confirmer les hypothèses de départ sur les effets du retard dans la prise en charge de ces enfants provenant, pour la plupart, de familles connues et suivies.. Le placement, dans la grande majorité des cas, permet une amélioration de leur état physique et psychique. En témoignent la récupération staturale-pondérale probante et l'amélioration sensible de leur score CGAS. Mais cette récupération reste limitée puisque à l'issue de la prise en charge, deux tiers des jeunes adultes ont des troubles psychiques persistants, nécessitant pour un sur cinq une mesure de protection. L'insertion sociale reste problématique pour la moitié d'entre-eux, après avoir eu un parcours chaotique entre diverses familles d'accueil ou établissements et des échecs scolaires.

Il conviendrait cependant de poursuivre l'étude pour discerner le devenir de cette cohorte à l'âge adulte et confirmer ou non cette trajectoire.

## REFERENCES

- [1] Tursz A, Gerbouin-Rérolle P. Enfants Maltraités: Les chiffres et leur base juridique en France. Paris: Tec & Doc; 2008, 220 p.
- [2] World Health Organization. Child maltreatment (Fact sheet number 150); 2010.  
[En ligne].<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>  
(Page consultée le 01 août 2013)
- [3] Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009, 373(9657): 68-81
- [4] Frechon I, Dumaret AC. Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2008, 56(3): 135-147
- [5] Gheorghiu M, Labache L, Legrand C, Quaglia M, Orra J, Teixeira M. La recherche des personnes et les entretiens, Rapport final de la recherche longitudinale sur le devenir des personnes sorties de l'ASE en Seine-Saint-Denis entre 1980 et 2000. Bobigny: ONED; 2002, 478 p.
- [6] Guide des activités et des métiers du secteur social, médico-social et petite enfance. Direction générale de la cohésion sociale.  
[En ligne].  
[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_activites\\_et\\_metiers\\_du\\_secteur\\_social\\_medico\\_social\\_et\\_petite\\_enfance\\_sept\\_2010.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_activites_et_metiers_du_secteur_social_medico_social_et_petite_enfance_sept_2010.pdf)  
(Page consultée le 01 août 2013)
- [7] ONED. Septième rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger remis au gouvernement et au parlement. Paris : La Documentation française; 2012. 86 p.  
[En ligne].  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000137/0000.pdf>  
(Page consultée le 01 août 2013)
- [8] Rousseau D, Parot E, Fanello S. Enquête auprès des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance et de leurs parents dans le Maine et Loire (2002-2004); 2006.  
[En ligne]. <http://med2.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/Publications/ase-epidemiologie.pdf>  
(Page consultée le 01 août 2013)
- [9] Charrel M, Beauvais MC, Da Silva E. Etude sur les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance du Maine et Loire. Rapport 615. Centre Rhône-alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS); 2009.
- [10] Ainsworth MD. Les Répercussions de la carence maternelle. Faits observés. Controverses dans le contexte de la stratégie des recherches, In La carence de soins maternels, réévaluation de ses effets. Cahiers de l'OMS Genève; 1961: 95-158.
- [11] Burlingham D, Freud A. Enfants sans familles, PUF, 1946.

- [12] Spitz RA. Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child* 1945; 1: 53-74.
- [13] Aubry J. La carence de soins maternels. Les effets de la séparation et de la privation de soins maternels dans le développement des jeunes enfants. CIE, Travaux et Documents. Paris: PUF; 1955. 190 p.
- [14] Berger M. L'enfant instable : approche clinique et thérapeutique. Paris: Dunod; 1999.
- [15] Berger M. Les séparations à but thérapeutique. Paris: Privat, 2011.
- [16] Berger M. L'enfant et la souffrance de la séparation. Paris: Dunod; 2003.
- [17] Rousseau D, Duverger P. L'hospitalisme à domicile. *Enfances Psy* 2011; 1: 127-137.
- [18] Bauer D, Dubechot P, Legros M. Le temps de l'établissement : des difficultés de l'adolescence aux insertions du jeune adulte. Paris : CREDOC; 1993.
- [19] Paul S, Verrier P. Mission d'enquête sur le placement familial au titre de l'aide sociale à l'enfance. 2013, Rapport RM 2013-018P, Inspection Générale des Affaires Sociales.  
[En ligne].  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000413/0000.pdf>  
(Page consultée le 01 août 2013)
- [20] Manzano J, Lamunière MC, Peckova M. L'enfant psychotique devenu adulte, résultats d'une étude catamnétique de 20 années sur 100 cas. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1987, 35 (10): 429-43
- [21] Bronsard G. Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés. L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger. Thèse Med : Université de la Méditerranée. 2012.
- [22] Bronsard G, Lancon C, Loundou A, Auquier P, Rufo M, Simeoni MC. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Child Youth Serv Rev* 2011, 33:1886-90
- [23] Boyer P. Échelle d'évaluation globale du fonctionnement in L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Paris: Pierre Fabre; 1997. p. 87-93
- [24] Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983, 40: 1228-31.
- [25] Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Paris : Inserm; 2002. p. 567-583.
- [26] Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec, Ribera J. Further Measures of the Psychometric Properties of the Children's Global Assessment Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44: 821-824.

- [27] Cramer B, Robert-Tissot C, Ruseoni Serpa S. Du bébé au préadolescent, une étude longitudinale, Paris: Odile Jacob; 2002.
- [28] Schorre B, Vandvik I. Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry. A review of three unidimensional scales (CGAS,GAF,GAPD). Eur Child Adolesc Psychiatry 2004, 13: 273-86
- [29] Rey JM, Starling J, Wever C, et al: Inter-rater reliability of global assessment of functioning in a clinical setting. J Child Psychol Psychiatry 1995, 36: 787-95
- [30] Perret P. L'édition révisée de la Classification diagnostique 0-3 ans et sa traduction française, Devenir 2009; 5: 7-13.
- [31] Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. Hosp Community Psychiatry 1990; 41: 1233-7.
- [32] Chardon O, Daguët F, Vivas E. Les familles monoparentales. Des difficultés à travailler et à se loger. INSEE Première 1195; 2008.
- [33] Paquet G, Dubois R. Conditions de vie, santé et développement. Section I – Santé et développement en milieu de pauvreté, in Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ, 1998-2002), Québec: Institut de la statistique du Québec; 2001
- [34] Scheidegger S, Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. Etudes result 2007; 552  
[En ligne].  
<http://www.drees.sante.gouv.fr/disparites-sociales-et-surveillance-de-grossesse,4313.html>  
(Page consultée le 01 août 2013)
- [35] Chaulet S, Chocard AS, Vasseur S, Hamel JF, Duverger P, Descamps P, Fanello S. Le déni de grossesse et ses déterminants. Etude réalisée sur 75 dossiers au CHU d'Angers. Rev Psychiatr Psychol Med 2013; 25 (4): 1-11.
- [36] Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution en 2003. DRESS, Etudes result 2010; 775: 1-8.
- [37] Nomura Y, Chemtob CM. Conjoined effects of low birth weight and childhood abuse on adaptation and well-being in adolescence and adulthood. Arch Pediatr Adolesc Med 2007; 161(2), 186.
- [38] Barre C, Vanderschelden M. L'enquête " Etude de l'histoire familiale" de 1999: résultats détaillés. Institut national de la statistique et des études économiques 2004; 33.
- [39] Ahrens KR, Lane DuBois D, Richardson LP. Youth in Foster Care With Adult Mentors During Adolescence Have Improved Adult Outcomes. Pediatrics 2008, 121, 2: 245-52.
- [40] Del Quest A, Fullerton A, Geenen S, Powers L. Voices of youth in foster care and special education regarding their educational experiences and transition to adulthood 2012; 34: 1604-15.

- [41] Art. L112-3 du Code de l'action sociale et des familles, introduit par la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
- [42] Art. L 222-5 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par la loi n°2007-293 du 5 mars 2007
- [43] 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
- [45] Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 319-325
- [46] Schmid M, Goldbeck L, Nuetzel J, Fegert JM. Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008, 2(1): 2
- [47] Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl* 2008, 32(6):607-19.
- [48] Müller JM Achtergarde S, Frantzman H, Steinberg K, Skorozhenina O, Beyer T, Fürniss T Postert C. Inter-rater reliability and aspects of validity of the parent-infant relationship global assessment scale (PIR-GAS). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013; 7(1):1-10
- [49] Robin P. "La santé, c'est un peu de la vie": étude sur la santé perçue des enfants confiés en protection de l'enfance. *Sante Publique* 2012; 24(5): 417-28.
- [50] Ikeda M. PISA in Focus: When Students Repeat Grades or Are Transferred Out of School; What Does It Mean for Education Systems. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2011, Paris.  
[En ligne]. <http://www.oecd.org/dataoecd/35/58/48363440.pdf>.  
(Page consultée le 01 août 2013)
- [51] Coohy C, Renner LM, Hua L, Zhang YJ, Whitney SD. Academic achievement despite child maltreatment: A longitudinal study. *Child Abuse Negl* 2011; 35(9): 688-699.
- [52] Maughan B, Kim-Cohen J. Continuities between childhood and adult life. *Brit J Psychiatr* 2005, 187: 301-3.
- [53] Rutter M. Transitions and turning points in developmental psychopathology: as applied to the age span between childhood and mid-adulthood. *Int J Behav Dev* 1996; 19: 603-26.

## ANNEXE I

### Démographie de la Protection de l'Enfance

Le préalable de cette étude était d'avoir la certitude de sa faisabilité démographique, c'est-à-dire d'avoir une estimation de la probabilité d'espérer des sujets encore présents en fin d'adolescence.

Cette étude de faisabilité a été réalisée par l'Institut de Mathématiques Appliquées sur l'ensemble des dossiers informatisés par l'ASE depuis 1998, afin d'avoir une estimation des durées de placement. Le travail des étudiantes a été de passer d'un comptage global à un comptage individuel et nominatif.

Le premier résultat en est le tableau présenté ci-dessous :

**Tableau de répartition des âges des enfants à leur premier placement :**

	2000-02	2003-05	2006-08	2009-11
<b>admission &lt; 4 ans</b>	283	271	293	403
<b>admission 4-11 ans</b>	372	427	515	620
<b>admission 12-20 ans</b>	452	447	566	975
<b>TOTAL</b>	1107	1145	1374	1998
<b>Proportion &lt; 4 ans</b>	25,56%	23,67%	21,32%	20,17%

**Les moins de quatre ans représentent de 20 à 25 % des admissions selon les années.**

Le deuxième résultat collatéral est de constater un rapport assez constant dans le temps - de 1 à 4 - entre le nombre des admissions annuelles de **nouveaux entrants**, c'est-à-dire n'ayant jamais été placés auparavant et la valeur déclarative de flux faite à l'Odas, puis à l'Oned, c'est-à-dire le nombre d'enfants présents au 31 décembre de chaque année.

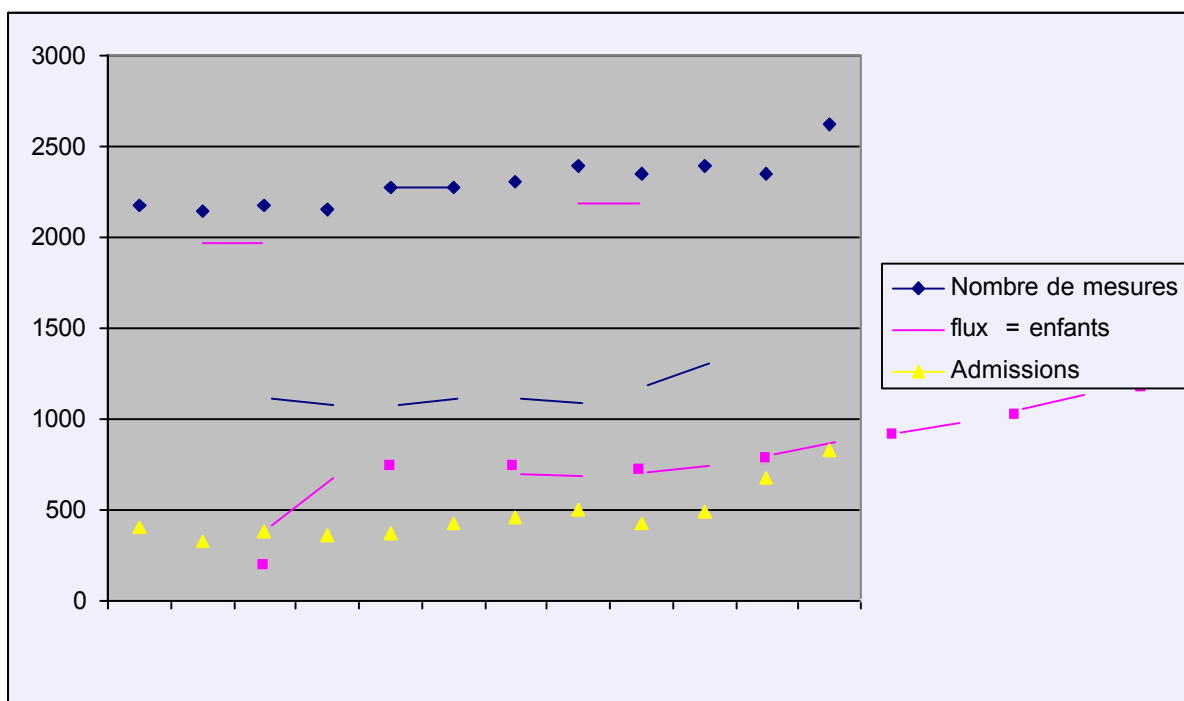
L'extrapolation de ces chiffres au niveau national (les chiffres du Finistère sont comparables sur ce rapport admissions/flux déclaré) permet d'estimer que dans la classe d'âge des 0-18 ans, plus d'un million d'enfants ont bénéficié ou bénéficient d'une mesure en protection de l'enfance, dont la moitié sont ou ont été placés.

Ces chiffres donnent une toute autre dimension à la question du nombre d'enfants concernés par une mesure de protection de l'enfance en France, car ils s'avèrent quatre fois supérieurs aux chiffres habituellement avancés.

**Tableau de répartition du nombre de mesures, du flux déclaré et des admissions d'enfants entre 2000 et 2011 :**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Nombre de mesures</b>	2174	2143	2177	2151	2273	2273	2302	2387	2350	2386	2350	2615
<b>Flux = enfants</b>	1698	1963	1970	1953	1984	2059	2110	2187	2180	2146	2304	2397
<b>Admissions</b>	401	329	377	356	367	422	458	497	419	493	670	825

**Représentation graphique de la répartition du nombre de mesures, du flux déclaré et des admissions d'enfants entre 2000 et 2011 :**





## ANNEXE II

Exemples : Deux enfants aux parcours très différents, Maxime et Deborah <sup>5</sup>-

### **Le cas de Maxime**

#### **Contexte familial :**

Maxime est le dernier d'une fratrie de 5 enfants, tous nés prématurément. Sa mère est connue des services sociaux pour son immaturité, son instabilité, sa fragilité psychologique et sa grande impulsivité. Elle bénéficie de l'AAH et d'une tutelle aux prestations familiales depuis de nombreuses années.

Les compagnons et amis de passage qu'elle choisit sont violents, parfois déviants.

#### **Pendant la grossesse :**

Elle ne suit pas les recommandations médicales d'hospitalisation : le repos total n'est pas observé. Son rythme de vie est peu en adéquation avec les besoins d'une femme enceinte. Le suivi médical de la grossesse reste aléatoire. Au 5<sup>ème</sup> mois, après une tentative de suicide par prise médicamenteuse, elle accepte de rester en clinique, jusqu'à la naissance de l'enfant.

#### **Lors de la naissance :**

L'enfant naît avec un poids correct. Sont diagnostiqués une maladie infectieuse et un problème cardiaque qui nécessiteront rapidement une prise en charge en pédiatrie.

La mère reste à distance du nouveau-né. Elle ne comprend pas la maladie de l'enfant, ni les soins.

**La précision et la longueur du traitement médical nécessaires à l'enfant, ainsi que la personnalité instable de la mère, remettent en question son retour au domicile.**

---

<sup>5</sup> Les prénoms ont été changés

### **A l'admission au foyer de l'enfance, l'enfant a 3 semaines.**

Il se présente comme un bébé fragile, menu, « dont les traits du visage et le tonus reflètent un profond mal-être ». Comme en service hospitalier, des difficultés alimentaires préoccupantes sont repérées.

Il est fatigable, irritable, s'endort facilement, mais d'un sommeil peu profond. Se réveille sans raison apparente. Il peut rester calme et éveillé, ou bien manifester agitation et anxiété. Son rythme veille-sommeil-alimentation est très irrégulier.

Pendant le 1<sup>er</sup> mois, son attention à la parole et aux sollicitations est très furtive. Son visage est inexpressif et crispé.

A partir du 2<sup>ème</sup> mois, sa poursuite oculaire s'affirme, apparaît une ébauche de rares et brefs sourires intentionnels. Ses traits se détendent, il est plus attentif à son interlocuteur. Les échanges sont plus soutenus, avec des sourires et des jasis, mais sa réactivité s'épuise vite.

Lors des visites médiatisées, la mère ne lui parle pas, n'a pas de geste chaleureux, ni enveloppant pour l'enfant, ne le sollicite pas, ni ne le stimule. Elle ne montre aucun plaisir à être avec lui, le garde dans les bras sans rien exprimer. Elle ne sait pas s'adapter à ses besoins.

Elle ne comprend pas le placement comme résultant de ses propres difficultés, mais l'attribue à la violence de son compagnon du moment. **C'est un enfant en risque autistique, qui a besoin d'un maternage soutenu et continu. L'orientation vers un accueil familial est proposée.**

### **L'enfant est placé en famille d'accueil à 3 mois :**

Le bébé évolue et grandit positivement. Il s'éveille bien, est présent dans la communication. La relation est chaleureuse et sereine, continue et haute en stimulations : très bénéfique à l'enfant.

Des visites médiatisées mère/enfant ont été prescrites une fois par semaine, mais ***le contact déstructurant, ajouté au désinvestissement des visites par la mère, amène à l'espacement des rencontres mère-enfant.***

### **Maxime a 2 ans, 7 mois,**

L'enfant est toujours aussi investi par sa FA. Il se montre à l'aise avec tout le monde, est intéressé, souriant. Il sait se faire comprendre de ses proches, malgré un langage peu développé. Est intégré dans la famille élargie. L'AF prépare sa socialisation et son entrée prochaine en école maternelle, en favorisant des temps de halte-garderie.

Les visites mère/enfant sont caractérisées par une pauvreté des échanges, aucun d'entre eux ne va vers l'autre. L'enfant la rejette même parfois.

### **Maxime a 6 ans,**

Dans le cadre sécurisant de sa famille d'accueil, il évolue favorablement, auprès des enfants du couple d'accueil. Il est intégré dans sa classe de grande section de maternelle et investit avec plaisir le domaine scolaire. Il est suivi en orthophonie pour un retard de langage. Il arrive désormais à évoquer les prochaines visites avec sa mère, sans que cela ne lui déclenche un eczéma. Son énurésie nocturne a maintenant disparu.

**De 2004 à 2009,** Maxime suit une scolarité ordinaire satisfaisante et évolue toujours dans le cadre chaleureux de sa FA. Il maîtrise le langage et devient autonome. Il continue de rencontrer sa fratrie.

Sa mère ne se manifeste pas, jusqu'au courrier lui proposant une Délégation d'Autorité Parentale. Elle obtient un droit de visite médiatisé, qu'elle investit un peu. Maxime exprime sa peur des audiences : peur de ne plus être confié à l'ASE, peur de son avenir après sa majorité.

**Fin 2010, après une période d'errance,** la mère trouve un compagnon qui l'équilibre hors département. Depuis, elle contacte régulièrement le référent pour avoir des nouvelles de l'enfant et signe tous les documents nécessaires. Au début de cette reprise de contact, Maxime est très angoissé. Mais ***l'assentiment de sa mère à son placement lui permet de se sentir autorisé à évoluer librement dans sa famille d'accueil et à investir la formation qu'il souhaite.***

### **Aujourd'hui, Maxime a 17 ans,**

il est toujours dans sa famille d'accueil, qui constitue pour lui un ancrage affectif important. Maxime voit régulièrement son frère et sa sœur. Il ne demande pas à rencontrer sa mère, mais apprécie d'avoir de ses nouvelles régulièrement. Il sait qu'elle suit son évolution de loin, par des contacts avec son référent.

Après l'obtention de son Brevet des Collèges, il a choisi une orientation en CAP de Couvreur, au CFA des Compagnons du devoir, où il s'épanouit. Il dit avoir trouvé là une « autre famille » qui lui permet d'évoluer sur le plan personnel et professionnel.

*En résumé : c'est un enfant dont les difficultés sont repérées dès la naissance. En risque autistique, il bénéficie rapidement d'un maternage soutenu et continu sous la forme d'un placement familial. A l'adolescence, sa mère, même si elle est peu présente pour lui, montre suffisamment son adhésion à cet accueil familial, pour qu'il puisse continuer de s'y épanouir et investir la formation professionnelle qui l'intéresse.*

## **Le cas de Deborah**

Deborah est la troisième enfant d'une fratrie dont les 2 aînés sont placés en protection de l'enfance.

**Elle vit dans sa famille durant 17 mois**, dans un climat de violence conjugale, avec parfois des menaces de mort sur femme et enfant.

Son père refuse son suivi médical alors qu'elle présente déjà des signes inquiétants de mal-être. A l'issue de la mesure en milieu ouvert, la mère dépose l'enfant sur le bureau du juge et s'en va. Deborah est alors accueillie au foyer de l'enfance.

**A son admission (à 17 mois)**, Déborah manifeste des signes importants de souffrance psychique : se bouche les oreilles, ou se masque les yeux, quand on l'interpelle, se replie dans des balancements intenses et des stéréotypies. Mais en situation duelle, elle est davantage dans la communication, peut maintenir son attention autour de certaines activités. A 22 mois elle est suivie par le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), puis par le Centre Educatif et Professionnel (CEP).

### **A 30 mois, après une période d'amélioration, l'état de Deborah se dégrade :**

Des balancements réapparaissent en journée, elle fixe la lumière pendant de longs moments, se replie dans son monde, a des rires inexplicables, des stéréotypies : se tape souvent sur la main, ou bien tape sa référente. Il lui est plus difficile de croiser un regard, elle fixe « au-dessus ». Son mal-être est exacerbé après chaque visite de ses parents. Lorsque les visites sont espacées, elle va mieux, est gaie, souriante, son nez ne coule plus, « sa peau est belle ».

### **A 35 mois, Deborah évolue favorablement,**

mais certaines manifestations anxieuses sont présentes, comme le collage à l'adulte. Elle s'affirme, arrive à gérer la frustration. Les balancements se raréfient, elle ne se tape plus. Elle a énormément besoin de l'étayage de l'adulte

pour maintenir son attention sur une activité. Ses parents ne sont pas favorables à une orientation en famille d'accueil, car ils ont peur de la perdre.

Elle reste donc au foyer de l'enfance, passant par des phases de dépression, pendant lesquelles elle se balance, s'isole, pleure sans pouvoir être consolée. Elle peut être tétanisée par son environnement et le moindre changement est source d'angoisse. Elle est toujours suivie par le CEP.

#### **A 4 ans 7 mois, Deborah est accueillie chez une assistante familiale.**

Elle rencontre désormais ses parents à leur domicile, 2 mercredis sur 3, mais y est terrorisée par la présence d'un grand chien. Son père dit qu'elle doit s'habituer à la bête, que c'est à l'assistante familiale de faire ce travail là, sans quoi, elle doit en changer. Deborah est suivie par le CEP. A l'école, malgré ses efforts, les apprentissages ne se font pas aisément, car elle n'est pas toujours disponible. Elle voit une orthophoniste régulièrement.

#### **Deborah à 5 ans et demi**

Son père est toujours aussi agressif avec l'assistante familiale, ce qui met Deborah en difficulté. Elle reste très angoissée, se fige parfois comme terrorisée. Son suivi psychologique et orthophonique continue. Au quotidien, elle est soutenue, rassurée et stimulée par son assistante familiale, mais elle reste très fragile. A l'école, elle n'entend pas les consignes collectives, elle a besoin d'une relation duelle pour progresser.

Les visites sur le lieu de détention de son père se passent mieux pour Deborah : il est calme, attentif, la complimente. Par contre, les rencontres avec sa mère deviennent très insécurisantes : madame est souvent agressive, menace de se jeter par la fenêtre avec ses enfants.

#### **Deborah à 8 ans et demi**

Lors des visites, sa mère se montre très agressive et insultante envers les travailleurs sociaux. A la sortie de prison du père, elle quitte la région, par peur de représailles, car elle a un nouveau compagnon. Le père revoit ses enfants : il se montre vite agressif, puis se déprime.

Deborah est facilement angoissée. Elle exprime ses ressentis par des phases d'excitation ou de rires nerveux. Très fragile, elle est prise en charge au Centre Médico Psycho-pédagogiques(CMPP) et en orthophonie. L'aide et le soutien de son assistante familiale la stimule, elle acquiert confiance en elle et autonomie, a de bonnes relations avec les autres enfants accueillis dans la famille d'accueil.

### **Deborah à 10 ans.**

Manifeste ses angoisses par des cris et une agitation motrice, qu'elle arrive parfois à contenir. Elle est suivie au CMPP. En classe de CM1, elle ne sent toujours pas concernée par une consigne collective. Elle a beaucoup de difficultés en mathématique, ne sait pas se repérer dans le temps, ni lire l'heure.

Depuis 2 ans elle a très peu revu sa mère, qui lui écrit de temps à autre et à qui elle répond par des dessins. Lors des visites de son père, elle est très insécurisée par son discours : il menace de partir en l'emmenant.

L'attitude bienveillante de sa famille d'accueil lui permet de continuer de se construire et de progresser. Elle exprime plus facilement ses émotions. Elle a accueilli sa sœur Aline dans la famille d'accueil de manière très positive.

### **Deborah à 12 ans**

Deborah exprime ses angoisses par des débordements de paroles et d'agitation, de rires inexplicables. Elle est en grande difficulté en 6<sup>ème</sup> SEGPA, malgré une classe à petit effectif. Une orientation vers la MDPH est envisagée rapidement.

Elle rencontre sa mère une à 2 fois par an, en présence d'un tiers et dans ces moments-là, se tient à distance. Elle ne souhaite plus avoir la visite de son père, qui lui fait « vraiment trop peur ». Elle est rassurée par sa nouvelle incarcération. Par contre elle apprécie fort les moments avec son frère et sa sœur.

Au sein de la famille d'accueil, ses attitudes déconcertantes et ses régressions interrogent le couple. En effet, Deborah est débordée par sa sexualité : elle confond règles et miction, ne sait pas prendre soin de son hygiène intime. Elle est énurétique. Deborah interroge souvent son assistante familiale sur la pérennité de son accueil.

### **A 14 ans et demi, ses troubles du comportement s'amplifient :**

Leur ampleur et leur soudaineté amènent l'assistante familiale à rompre son accueil.

Depuis, Deborah est accueillie en famille relai, une en particulier, qu'elle interroge souvent sur la stabilité de son placement.

Elle n'est plus prise en charge par le CMPP, car la CPAM refuse de financer les transports nécessaires.

Elle est scolarisée en internat de semaine dans un IME, mais au vu de ses difficultés, son rythme d'apprentissage est allégé. Finalement elle est orientée vers un Institut Médico-Professionnel (IMPRO). Deborah semble y avoir trouvé sa place.

Elle rencontre sa mère 1 à 2 fois par an, avec des contacts téléphoniques plus ou moins réguliers. Elle est de moins en moins présente pour l'enfant. Une demande de Délégation d'Autorité Parentale est en cours.

Deborah ne souhaite toujours pas rencontrer son père. Elle ne demande plus à voir la fratrie, sauf sa sœur accueillie chez son ancienne famille d'accueil.

### **Deborah a 16 ans et demi**

Elle n'a plus vu sa mère depuis 18 mois, son père depuis plus de 2 ans. Ses parents vivent à nouveau ensemble et en ont informé leurs enfants, tous très angoissés de cette situation. Mais le couple se sépare rapidement, suite aux violences de monsieur sur sa femme et son enfant.

Deborah poursuit une scolarité adaptée en internat de semaine. Elle est accueillie par une nouvelle famille d'accueil. Elle questionne régulièrement cette famille sur sa place.

Elle est très envahie par sa sexualité, l'hygiène intime n'est pas maîtrisée. Elle est facilement insécurisée, ne peut prendre le bus seul, car elle se met en danger. Elle est énurétique et encoprétique, notamment en réaction au discours très perturbant de sa mère, lors de la rupture du couple parental, l'annonce d'une nouvelle grossesse et de la mise du bébé à l'adoption.



### **Deborah a 17 ans**

Elle est hospitalisée au Centre Santé Mentale Angevin (CESAME) pour auto-agression. Sa mère est injoignable. Depuis cet épisode, elle revoit régulièrement la psychiatre qui l'a longtemps suivie. Son assistante familiale note une régression dans sa compréhension, son langage, sa vie quotidienne (ne peut plus du tout prendre les transports en commun).

Elle accepte mal son traitement et se met en danger quand elle ne le prend pas. Des troubles du sommeil sont apparus (beaucoup de cauchemars). Elle s'invente un petit ami imaginaire. Elle évolue à son rythme en milieu spécialisé.

*En résumé, une enfant aux symptômes inquiétants, qui sont pris en charge bien longtemps après leur apparition, dont les parents s'opposent à l'accueil familial, ce qui met à mal ce placement. A l'adolescence, les troubles du comportement s'amplifient, laissant apparaître une très grande fragilité de la jeune et son incapacité à être autonome au quotidien. Elle a besoin d'être protégée par un adulte bienveillant, dans tous les domaines de la vie courante*

## **ANNEXE III**

### Méthodologie de la recherche

Cette étude catamnétique est basée sur une méthode qui consiste à sélectionner la population étudiée dans le passé, à collecter les données dans des dossiers d'archives administratives (regroupant les données d'état civil, sociales, éducatives, judiciaires, scolaires et professionnelles) et médicales au Foyer de l'Enfance à l'admission de l'enfant (T1), puis à l'Aide Sociale à l'Enfance du département pour la suite des parcours en protection de l'enfance (Fin de parcours = T2).

#### **I - Population :**

La première condition d'inclusion d'un sujet dans la cohorte de cette recherche étant son admission au Foyer Départemental de l'Enfance du Maine-et-Loire : le Village St Exupéry, le choix des sujets a donc été uniquement opéré suivant l'ordre chronologique d'admission des enfants dans cette institution pendant la période comprise entre 1994 et 2005, en nous basant sur le fichier informatique statistique existant et élaboré par l'archiviste du foyer. Aucun autre critère, comme par exemple la nature du placement : administratif ou judiciaire, ou la durée d'accueil n'a été pris en compte.

A partir de cet outil, un code d'anonymisation individuel a été assigné à chacun des sujets, code qui se révélera nécessaire à toute saisie informatique ultérieure des données colligées. Elle a donné lieu à l'établissement d'une liste appelée « listing code », regroupant pour chaque sujet : son code d'anonymisation, éventuellement les noms de la fratrie à laquelle il appartient, son nom patronymique, son prénom, sa date de naissance, sa date d'admission au FDE : ces éléments se révélant indispensables à la recherche des différents dossiers le concernant.

Cette liste a ensuite été divisée en 8 sous-listes appelées « tranches de saisies », afin d'inscrire archivistes et enquêteurs dans une succession de périodes de recherche et de consultation plus aisément repérables.

## **II – Archivage et classements :**

### Au Foyer de l'Enfance :

Les dossiers d'archives des enfants accueillis sont classés selon plusieurs critères :

1°) Soit de manière individuelle : par année d'admission, puis par ordre alphabétique pour chaque enfant.

Par exemple : le dossier d'un enfant arrivé en 1992 et dont le nom patronymique commence par T, est classé dans un carton fermé noté d'une certaine couleur : « 1992, STU ». STU pour : ensemble des enfants dont le nom patronymique commence par S, T ou U ayant été admis au VSE en 1992.

2°) Soit par fratrie.

Si plusieurs enfants d'une même famille utérine (c'est-à-dire de la même mère) ont été accueillis au Foyer, un dossier fratrie est constitué avec pour critère de catégorisation les différents noms patronymiques des enfants. Et en fonction de l'année de la première admission au foyer admission (à vérifier).

Par exemple :

3°) Dossier médical.

Pour chaque enfant accueilli, a été constitué un dossier médical individuel reprenant les éléments d'anamnèse, qui auront été recherchés par l'équipe médicale (comptes-rendus médicaux ou d'hospitalisations antérieurs à l'admission), le suivi des consultations internes, éventuellement les photocopies ou la reconstitution du carnet de santé, les ordonnances, les examens et courriers médicaux échangés et qui auront été émis par les différents médecins de l'enfant, pendant toute la période de son accueil dans l'institution.

Ces dossiers sont archivés indépendamment du dossier administratif, du fait de leur caractère confidentiel, sans autre classement alphabétique.

En résumé, afin de reconstituer un dossier le plus complet possible pour chaque enfant de la cohorte, l'archiviste du Foyer a dû rechercher les éléments dans trois endroits différents, sachant qu'une certaine partie des archives est encore en cours de classement et malgré un énorme travail réalisé jusqu'à présent. Nous le remercions encore pour sa disponibilité et son implication.

En février 2013, alors que la cinquième tranche de saisie était engagée, le déménagement non-concerté de ces archives, sans respect pour le classement précédemment effectué, a considérablement compliqué la recherche des dossiers par l'archiviste du Village. Il nous a amené à devoir nous adapter à cet état de fait.

#### A la Direction départementale de l'Aide Sociale à l'Enfance du département

Les dossiers concernant les enfants de la cohorte sont localisés dans différents bâtiments et services du département, selon des critères bien identifiés à partir du logiciel de gestion Perceval :

- Soit le dossier est encore actif, c'est-à-dire que le sujet est encore pris en charge par les services de protection de l'enfance du département au jour de la demande de consultation, auquel cas son dossier est auprès du référent administratif qui suit sa situation, dans son bureau situé dans les locaux centraux de l'ASE,
- soit l'enfant a fait l'objet d'une proposition à l'adoption, auquel cas son dossier est archivé dans les locaux du service adoption, situé à un étage inférieur,
- si le dossier est clos, c'est-à-dire si l'enfant est sorti du dispositif ASE du département, son dossier peut être alors archivé dans plusieurs endroits possibles : soit en classothèque, en rez-de-chaussée du bâtiment central,

soit dans les archives qui sont situées dans le bâtiment en face de celui hébergeant l'ASE, dans l'enceinte de la cité administrative.

Dans le département du Maine-et-Loire, deux archivistes assurent la fonction de classement et de recherche des dossiers ASE.

### **III – Constitution des dossiers**

Que ce soit au foyer de l'Enfance ou à l'ASE, les dossiers sont composés assez semblablement de plusieurs parties distinctes, regroupés dans une chemise générale : des sous-chemises de couleurs, pour certaines identiques dans les 2 institutions, nous ont permis de nous repérer rapidement, afin de savoir où chercher les données nécessaires à notre étude :

- **une sous-chemise jaune ou verte « COURRIER-ORDONNANCE-TRIBUNAL »** : regroupe les courriers, soit-transmis, convocations et ordonnances de mesures émanant des tribunaux (dans ou hors département) qui ont statué sur la situation de l'enfant ou sa famille et/ou les accueils provisoires dont il a fait l'objet.
- **Une sous-chemise orange « RAPPORTS SOCIAUX »** : regroupe l'ensemble des rapports des différents acteurs sociaux ou médicaux qui sont intervenus auprès de la famille de l'enfant avant, au moment du placement et pendant toute sa durée : médecins de ville, hôpitaux, centres maternels, service AEMO, PMI, Associations d'aide à domicile proposant l'intervention de TISF, UDAF, lieux d'hébergements, courriers des familles d'accueil, courriers de l'enfant, des parents, de la fratrie ou de la famille élargie, rapports d'évolution de l'enfant, Evaluation annuelle de situation de l'enfant, notes d'incidents.
- **Une sous-chemise bleu ciel « VISITES PARENTS »** avec tous les documents s'y rapportant : les propositions de rencontres émises par le référent ASE ou l'inspecteur de l'Enfance, les courriers de réponses des

parents, les nouveaux documents modifiés, les prises en charge taxi ou train y afférant.

- **Une sous-chemise rose « SANTE »** : regroupe les documents administratifs d'affiliation du sujet au régime CPAM, ou à la CMU.
- **Une sous-chemise « CAF »** : regroupe les documents relatifs à l'affiliation CAF pour l'enfant.
- **Une sous-chemise bleue « SCOLARITE »** : regroupe le suivi scolaire ou en éducation spécialisée de l'enfant : avec parfois copie de ses bulletins, les courriers échangés avec les chefs d'établissements scolaire ou professionnels, les notifications de mise en retenue, d'avertissement, d'exclusion, les dossiers de saisine de la MDPH, les notifications MDPH.
- **Une sous-chemise rouge « DIVERS »** : regroupe l'ensemble des documents ne rentrant pas dans une autre catégorie, telles les inscriptions en camps de vacances, en centre de loisirs sans hébergement, les prises en charge taxi, les allocations exceptionnelles liées à l'achat de vêture, d'un vélo, d'un scooter, à une passation du BSR, la participation d'un enfant à un voyage scolaire, de matériel professionnel nécessaire à l'enfant pour la rentrée, par exemple en CAP ou en apprentissage.

A cela peuvent s'ajouter d'autres documents classés distinctement dans d'autres sous-chemises de couleurs distinctes, comme les observations des professionnels (en particulier au Foyer de l'Enfance), les décisions de Conseils de Famille, les documents concernant des procédures dans lesquelles l'enfant a été victime, les documents concernant les procédures dans lesquelles l'enfant a été l'auteur, l'intervention de l'administrateur ad-hoc, les notes manuscrites (mails échangés).

#### **IV - Consultation des dossiers**

Au foyer de l'Enfance : les dossiers sont déposés par l'archiviste dans le bureau du pédopsychiatre de l'institution, qui en assure la consultation, en tant qu'enquêteur principal de l'étude.

Au sein des locaux du Conseil Général, la consultation a de suite paru plus compliquée à mettre en œuvre tout d'abord de par le manque de local disponible dans ce but et ce malgré l'implication bienveillante des personnels et de la direction à notre égard. Pendant les 3 premiers mois de recueil, l'enquêtrice n'ayant pas de bureau de consultation attribué, vaquait d'un bureau à un autre, au gré des congés des agents administratifs du service. Puis un bureau individuel lui a été attribué, dans un bâtiment extérieur, situé à moins de vingt mètres du siège de l'ASE abritant les archivistes. Il était convenablement équipé d'un téléphone, d'un ordinateur avec connexion internet, d'une imprimante. Sept mois plus tard, le bureau était déménagé vers un bâtiment extérieur à la cité administrative beaucoup plus éloigné, nécessitant l'achat d'une valise pour le transport journalier des dossiers.

La deuxième difficulté à la consultation est liée à l'épaisseur des dossiers car si certains étaient constitués de quelques dizaines de pages, d'autres en étaient composés de plusieurs centaines, voire plusieurs milliers. Le plus important consulté à ce jour étant estimé à 3000 pages.

Devant la mise en évidence de l'importance du facteur temps - par exemple il a été assez courant de passer plus d'une journée à consulter un dossier très fourni - une troisième difficulté liée à la nécessité du service de l'ASE est apparue : c'était alors de ne pas gêner le fonctionnement du service, notamment concernant la consultation des dossiers actifs. Ainsi, si un référent administratif, ou un inspecteur de l'ASE travaillait sur un dossier à consulter, nous choissions de différer notre demande de quelques jours.

## V - Recueil des données

### Elaboration de la grille de recueil

La grille de recueil des données a été élaborée par l'équipe de recherche plusieurs mois en amont de la consultation des dossiers. Elle (voir **Annexe I**) a été conçue afin de recenser les déterminants du parcours des enfants placés et s'inspire des conclusions des deux précédentes enquêtes [8,9], ainsi que des travaux menées dans le même champ [20,21].

Elle détaille quatre dimensions d'investigation :

#### 1 – L'enfant :

Son état civil, sa filiation, ses antécédents médicaux (autour de la naissance et jusqu'à l'accueil par l'ASE), ses antécédents d'hospitalisation, sa fratrie utérine, sa croissance, l'examen somatique et pédopsychiatrique.

#### 2 – Le contexte du placement :

Les raisons du placement, l'historique des alertes et des mesures antérieures.

#### 3 – Les parents :

La ou les mesures de protection : protection des incapables majeurs, protection des personnes handicapées, les antécédents d'alcoolisme et/ou de toxicomanie, les antécédents judiciaires, les troubles mentaux, les antécédents psychiatriques, l'adhésion au placement, leur degré d'adhésion au placement.



4 – L'analyse du parcours de l'enfant et une évaluation de sa situation médicale, somatique et psychique, ainsi que de son adaptation sociale, familiale et scolaire à distance, par le recueil des éléments objectifs du dossier : les liens avec la famille, les événements de santé, son comportement, sa souffrance psychique, son cursus scolaire.

#### Composition de la grille de recueil des données :

La grille appelée questionnaire, est composée de 3 parties :

- après des éléments d'ordre général (date d'admission au Foyer de l'Enfance, sexe, critères d'exclusion éventuels), une première partie se rapporte à la **situation de l'enfant à l'admission**. Elle est constituée de 13 thèmes principaux détaillés en 45 questions.
- Une seconde partie est relative à la **situation de l'enfant à la sortie du dispositif ASE** (situation familiale, scolaire et/ou professionnelle) et détaille les mesures postérieures à la sortie du Foyer de l'Enfance : c'est le parcours de l'enfant.
- Le questionnaire se conclut sur une dernière partie traitant de **données subjectives de santé** et portant sur la qualité de vie (vie relationnelle, état psychologique et éventuels comportements à risque) des adolescents ou jeunes adultes.

Il a été fait le choix d'un recueil débutant par les enfants les plus âgés, afin de disposer du recul le plus important possible concernant la durée des parcours.

## Evolution de la grille de recueil :

En début de période de recueil des données, un essai aléatoire valant pour test du questionnaire a été effectué sur une dizaine de dossiers pris au hasard dans la cohorte, afin d'en éprouver sa solidité.

A l'issue de cet essai globalement réussi, des modifications minimales ont été apportées :

- soit sous la forme de reformulation plus précise ou d'ajout d'un critère dans un item déjà créé, par exemple concernant l'item 6.1, sur les antécédents de handicap des parents, formulé initialement « Maladie invalidante ou handicap physique parental », il a été reformulé comme suit « Un (ou les deux) parent(s) handicapé(s) (statut avec allocation ou travail en milieu protégé) » : 7 reformulations au total sur les items 6.1, 6.2, 6.3, 14.9, 15.8, 16 et 19,
- soit sous la forme de création d'item, par exemple l'item 8.1b « Mauvais investissement de la grossesse » n'apparaissait pas initialement dans la grille de recueil : les items 6.15, 6.16, 8.1b, 14.3, ont ainsi été créés.

Par ailleurs 5 cadres ont été créés, afin que les enquêteurs puissent se repérer aisément dans le déroulement de chaque recueil : un aux initiales de chaque enquêteur (2), pour viser sa consultation de dossier, un nommé « Cahier/question », à cocher lorsque le contact avec le dernier travailleur social ou la famille d'accueil a permis de remplir la troisième partie du questionnaire appelé « qualité de vie ». A noter que ce « cahier » a été conçu initialement pour être détachable et envoyé aux professionnels concernés. Si cela a eu effectivement lieu quelques fois, par exemple lorsqu'un référent ASE hors département était difficilement joignable, pour la très grande majorité des sujets, lui a été préféré un recueil par appel téléphonique des enquêteurs à la personne concernée. En effet même si cette procédure était de

suite identifiée comme étant très coûteuse en temps, elle permettait de clore chaque recueil le plus rapidement possible et évitait pertes et oublis. Enfin un cadre nommé « Dossier à revoir », concernait les sujets proches de la majorité, pour évaluer s'ils demanderaient une aide jeune majeur ou pas lors de leur changement de statut juridique.

- En sus de ces cadres, des espaces consacrés à la prise de notes pour les enquêteurs ont paru nécessaires et ont été clairement identifiés en début et en fin de questionnaire. En début pour retracer le parcours de l'enfant en mettant visuellement en parallèle l'historique des mesures, des structures d'accueil et les évènements pertinents qui ont émaillé la vie familiale de chaque enfant : mariage ou séparation des parents, arrivée d'une nouvelle compagne ou d'un nouveau compagnon, décès d'un parent, incarcération, libération, mais aussi maladie ou décès du père ou de la mère d'accueil, départ en retraite, changement de statut juridique de l'enfant, parents présents aux visites, si parents absents aux visites : pendant combien de temps, pourquoi (si cela était mentionné dans le dossier)? C'est-à-dire autant d'évènements composant son histoire familiale, qui ont pu avoir une influence sur la santé et le bien-être de l'enfant durant son parcours en protection de l'enfance. En fin de questionnaire pour garder trace des entretiens téléphoniques avec les assistants familiaux ou les référents des sujets.

Le questionnaire a finalement été composé de 27 items, pour un total de 250 questions.

#### Recueil effectif des données :

Chaque dossier a fait l'objet d'un examen minutieux, à partir d'une lecture feuille à feuille de chaque élément le composant.

Cependant avec les soucis liés au déménagement des archives au FDE, à partir du mois de février 2013, l'archiviste a du reprendre de zéro son archivage.

Lorsque le dossier médical était manquant, nous avons pu faire appel au médecin pédiatre qui exerce depuis plusieurs dizaines d'années au foyer et qui avait gardé précieusement dans son grenier certains doubles de ses résumés d'observations médicales manquant dans le dossier.

Nous avons pu également retrouver les données de naissance par le biais des comptes-rendus d'hospitalisation, si le sujet a été hospitalisé en néonatalogie, ou en contactant les services de PMI, si un suivi de prévention était signalé dans le dossier, parfois en contactant les familles d'accueil qui conservent le carnet de santé de l'enfant encore accueilli chez eux.

A noter que régulièrement les enquêteurs ont exercé un contrôle qualité sous la forme d'une double lecture, sauf concernant les données de cotations psychiatriques, afin de vérifier la congruence de leur recueil.

Le recueil s'est déroulé de septembre 2011 à mars 2013.

#### Critères de cotations :

Concernant le **questionnaire de qualité de vie**, appelé « cahier », nous n'avons choisi de le renseigner que dans deux cas :

- soit le dossier du sujet était encore en cours (enfant encore pris en charge en protection de l'enfance),
- soit le dossier venait d'être récemment clos ; ceci afin de pouvoir à la fois joindre le dernier professionnel au plus près de l'enfant et de recueillir les informations les plus actuelles possibles. Dans tous les autres cas, le cahier n'a pas été rempli.

### Cotations pédopsychiatriques :

A T1, le diagnostic pédopsychiatrique comprend plusieurs items :

- présence de troubles psychiatriques, à coter en terme de OUI/NON,
- cotation CIM 10, reprenant un diagnostic principal et un diagnostic secondaire,
- cotation CFTMEA bébé,
- cotation CGAS.

A T2, le diagnostic pédopsychiatrique reprend ces mêmes items, auxquels ont été adjoints de nouveaux items :

- hospitalisé pour raisons psychiatriques, à coter en terme de OUI/NON
- si OUI, à quel âge ?
- pour quel motif ?

Remarque : Si dans le dossier administratif ou médical, rien ne permet la cotation psychiatrique à l'admission au foyer de l'enfance ou en fin de parcours (à T2), exemple : un rapport de milieu ouvert centré sur d'autres éléments ou personnes que l'enfant, alors les items s'y rapportant ne sont pas renseignés.

### Exemples de recueils et cotations :

Concernant le sujet 243, pour coter l'item 2.6 : « délai entre la première identification d'un risque nommé et le premier placement (qui peut précéder l'admission à la pouponnière) », nous avons recherché dans les dossiers d'archives du FDE, les rapports de signalement, les rapports de milieu ouvert, ainsi que tout autre rapport social (UDAF, centre maternel) les éléments écrits des professionnels démontrant un risque ou une inquiétude directe par rapport au

sujet. En marge de l'item est noté le type de document ainsi que sa date d'émission pour confirmation.

Dans le cadre de l'item 6 : « circonstances associées à l'admission », pour coter l'item 6.9 « Précarité ou difficultés financières », nous avons recherché dans les écrits précédant l'admission de l'enfant au foyer, des éléments se rapportant à la situation parentale au moment de l'admission : exemple « monsieur est bénéficiaire du RSA », « sans domicile connu, madame F. est en errance », ou « monsieur et madame D. ont déposé un dossier de surendettement », « monsieur L. est suivi par l'UDAF dans le cadre d'une tutelle aux prestations familiales ».

# ANNEXE IV

Première partie du Questionnaire et première page du masque de saisie

## MASQUE DE SAISIE

The screenshot displays the Epi Info 7 software interface for data entry. The main window is titled 'Partie A - 1' and contains the following sections:

- 1 Situation à l'entrée**
  - 1.1 Date d'admission VSE: 16-06-1997
  - 1.2 Enfant unique à l'admission: No
  - 1.3 Si Non - Nombre d'enfants de la fratrie: 07
  - 1.4 - Nombre d'enfants placés: 07
- 2 Données générales (plusieurs réponses possibles)**
  - 2.1 Identifié comme bébé à risque par services médicaux ou sociaux: Yes
  - 2.2 Enfant suivi avec une certaine régularité par les services sociaux: No
  - 2.3 Fratrie connue des services sociaux: Yes
  - 2.4 D'autres enfants de la fratrie ont été placés avant celui-ci: Yes
  - 2.5 D'autres enfants ont été placés en même temps que celui-ci: No
  - 2.6 Délai entre la 1ere identification d'un risque et le placement: 01 mois
- 3 Situation avant l'admission à la pouponnière**
  - 3.1 Dans sa famille
  - 3.2 Pris en charge par l'ASE en FA
  - 3.3 Pris en charge par l'ASE en établissement
  - 3.4 Autre : préciser
- 4 Caractéristiques du ménage au sein de la résidence principale du foyer**
  - Vivant avec son père dans une famille recomposée
- 5 Motifs de l'admission**
  - 5.1 Informations sur la nature du danger justifiant la prise en charge
    - a/ santé du mineur
    - b/ sécurité du mineur
    - c/ moralité du mineur
    - d/ conditions d'éducation gravement compromises
    - e/ développement physique, intellectuel, affectif ou social compromises

## QUESTIONNAIRE

### Enquête longitudinale pouponnière Foyer Enfance Maine & Loire Etude St-Ex

Personnes à contacter

--	--

Nom de l'enfant

Prénom

Date de naissance

Date d'admission au VSE

Numéro d'anonymat \_  Sexe .....

Première page du questionnaire qui sera détachée et gardée au dossier médical du VSE. Aucun élément d'identification n'apparaîtra dans le document envoyé; ni nom, ni date de naissance, ni date d'admission.

Critères d'Exclusion :  Oui  Non

Si Oui:

\* Bébés nés sous X en attente d'adoption.

\* Placement court (moins de trois mois) et unique à l'ASE

\* Enfant qui quitte le Maine et Loire et n'est plus suivi par l'ASE 49

Numéro d'anonymat \_  Sexe ...



**\*\*\* PARTIE A \*\*\* Situation de l'enfant à l'admission = T1**

1 Situation à l'entrée

- 1.1 Date d'admission à la pouponnière / /
- 1.2 Enfant unique à l'admission:  Oui  Non
- 1.3 Si *Non* : - nombre d'enfants de la fratrie
- 1.4 - nombre d'enfants placés

2 Données générales (plusieurs réponses possibles)

- 2.1  Identifié comme bébé à risque par les services médicaux ou sociaux (maternité, pmi, aemo, secteur)
- 2.2  Enfant était suivi avec une certaine régularité par des services sociaux (pmi, aemo, secteur)
- 2.3  La fratrie était connue des services sociaux (pmi, aemo, secteur)
- 2.4  D'autres enfants de la fratrie ont été placés avant celui-ci
- 2.5  D'autres enfants de la fratrie ont été placés en même temps que celui-ci
- 2.6 Délai entre la première identification d'un risque nommé et le 1er placement (qui peut précéder l'admission à la pouponnière):   mois

3 Situation avant l'admission à la pouponnière

- 3.1  Dans sa famille (pas de placement antérieur)
- 3.2  Pris en charge par l'ASE en famille d'accueil
- 3.3  Pris en charge par l'ASE en établissement
- 3.4  Autre : préciser \_\_\_\_\_

4 Caractéristiques du ménage au sein de la résidence principale du mineur

- 4.1  Mineur autonome
- 4.2  Parents vivant ensemble
- 4.3  Mineur vivant avec sa mère seule
- 4.4  Mineur vivant avec son père seul
- 4.5  Résidence alternée
- 4.6  Mineur vivant avec sa mère dans une famille recomposée
- 4.7  Mineur vivant avec son père dans une famille recomposée
- 4.8  Mineur vivant chez un autre membre de la famille
- 4.9  Mineur vivant chez un particulier
- 4.10  Autre
- 4.99  Ne sait pas

5 Motifs de l'admission (plusieurs réponses possibles)

- 5.1 – Informations sur la nature du danger ou du risque de danger justifiant une prise en charge en protection de l'enfance
- a/  santé du mineur en danger ou en risque de danger
- b/  sécurité du mineur en danger ou en risque de danger
- c/  moralité du mineur en danger ou en risque de danger
- d/  conditions d'éducation gravement compromises ou en risque de l'être
- e/  conditions de développement physique, intellectuel, affectif ou social gravement compromises ou en risque de l'être
- f/ Remarques (champ libre) :
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

---

---

5.2 – En cas de maltraitance associée, type de mauvais traitement

- a/  violences sexuelles envers le mineur
- b/  violences physiques envers le mineur
- c/  négligences lourdes envers le mineur
- d/  violences psychologiques envers le mineur

5.3  Placement au sortir de la maternité ou de néonatalogie

5.4  Conditions d'éducation défailtantes sans maltraitance évidente

5.5  Motif de placement non directement lié à la situation personnelle de l'enfant (événement intercurrent)

5.6  Motif de placement autre – préciser :

---

---

---

---

## 6 Circonstances associées à l'admission (plusieurs réponses possibles)

6.1  Un (ou les deux) parents handicapé (*statut avec allocation ou travail en milieu protégé*)

6.2  Maladie ou troubles psychiatriques d'un ou des parents

6.3 Si *Oui* :  avec prise en charge spécialisée suivie  
mauvaise compliance au soin  
sans prise en charge médicale connue

6.4  Hospitalisation, maladie aiguë ou accident

6.5  Alcoolisme ou toxicomanie d'un ou des deux parents

6.6 Si *Oui* :  avec prise en charge spécialisée suivie  
mauvaise compliance au soin  
sans prise en charge médicale connue

6.7  Décès d'un des parents

6.8  Difficultés d'éducation des parents

6.9  Précarité ou difficultés financières

6.10  Problème de logement

6.11  Incarcération

6.12  Remise d'enfant au service de l'ASE

6.13  Problème de couple (climat de violences physiques ou psychiques)

6.14  Déficience intellectuelle d'un des parents

6.15  Carence affective d'un des parents

6.16  Dépression d'un des parents

7. Mesures antérieures au placement (préalables à l'admission de l'enfant ou du jeune)

7.1 OPP  Oui  Non

7.2 AP  Oui  Non

7.3 AEMO  Oui  Non

7.4 Si Mesure en MO : \*  Mesure en MO administrative  
Mesure en MO judiciaire

7.5 Depuis quelle date

7.6 Autres mesures : préciser \_\_\_\_\_

Etat de santé à la naissance; puis à l'admission

8 A la Naissance

8.1a Enfant né à terme ?  Non  Oui

Si prématuré, préciser le terme de la naissance : \_\_\_ (en semaines)

8.1b Mauvais investissement de la grossesse ?  Non  Oui

Si *Oui*, Date de naissance de la mère

8.2 Poids de naissance (en grammes) .....

8.3 Taille (en cm) .....

8.4 Hospitalisation en néonatalogie  Non  Oui

8.5 Si *oui*, durée en jours

8.6 Précision \_\_\_\_\_

8.7 Pathologie grave à la naissance

8.8 Si *oui*, nature .....

8.9 Maladie chronique ou handicap nécessitant des soins réguliers

8.10 Si *oui*, nature.....

8.11 Circonstances d'admission dramatiques (maltraitance grave,  
décès d'un parent...)

8.12 Si *oui*, détail \_\_\_\_\_

9 A l'Admission

9.1  Bonne santé apparente

9.2  Mauvais état général

9.3 Si *oui*, préciser : \_\_\_\_\_

9.4 Signes de souffrance psychique  Oui  Non

## LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation adulte handicapé  
AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert  
AFCM: Analyse factorielle des correspondances multiples  
AP : Accueil Provisoire = placement contractuel  
APIJ : Association Pour l'Insertion des Jeunes  
APJM : Accueil Provisoire Jeune Majeur (avec placement)  
ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
AVS : Auxiliaire de vie scolaire (statut : <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page797.htm>)  
BEPA : BEP par l'Apprentissage  
CAFS : Centre d'Accueil Familial Spécialisé  
CAE : Centre d'Action Educative  
CAPA : CAP par l'Apprentissage  
CASIA : Centre d'Accueil net de Soins Intersectoriel pour Adolescents  
CDES: Commissions départementales de l'éducation spéciale (ancienne commission qui statuait sur l'orientation des enfants en milieu spécialisé, avant la mise en place des MDPH)  
CEP : Centre d'Education Précoce  
CGAS : Childrenglobal assessment scale  
CFTMEA : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent  
CIED : contrat d'intervention Educative à Domicile (sans placement)  
CIEDJM : Contrat d'Intervention Educative à Domicile jeune Majeur  
CIM-10 : Classification Internationale des maladies, 10e révision  
CMP : Centre Médico Psychologique  
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique  
CPD : Centre Psychiatrique départemental (à vérifier)  
DESPA : Dispositif d'Education Spécialisée Par l'Apprentissage  
DP : Dénis partiels de grossesse  
DT : Dénis totaux  
EPM : Etablissement pénitentiaire pour mineurs  
ESAT : Etablissement et service d'Aide par le travail (ancien CAT)  
ETAPES : Etablissement d'Action Psycho-Educative et Sociale  
FA : familles d'accueil  
FAS : Famille d'Accueil Spécialisé  
FdE : Foyer Départemental de l'Enfance  
IED : Intervention Educative à domicile  
IME : Institut Médico-Educatif  
IMEP Institut Médico-Educatif et Professionnel  
IMP : Institut Médico-Pédagogique  
IMPRO : Institut Médico Professionnel  
IOAE : Investigation, Orientation Action Educative  
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique  
MAE : Mesure d'Assistance Educative (mesure judiciaire qui suit une OPP et entérine ou non le placement)  
MDS : Maison Des Solidarités du département  
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social  
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées  
MSDD : Multi System Developpement Disorder : relation /communications /affects /stimuli sensoriels  
NS : Non significatif

OFES : Ordonnance aux Fins d'Enquête Sociale  
OFEP : Ordonnance aux Fins d'Expertise Psychiatrique  
OPP : Ordonnance de placement provisoire = placement judiciaire (contentieux) (mesure provisoire de placement d'une durée de 6 mois, à cette date elle doit être suivie d'une mesure d'assistance éducative dont la durée est décidée par le juge des enfants)  
PEAD : Placement Educatif A Domicile  
PIR-GAS : Echelle d'évaluation globale de la relation Parent / Bébé - Parent-Infant Relationship Global Assessment  
PMI : Protection maternelle et infantile  
SAF : Service d'Accueil Familial  
SAFS : Service d'Accueil Familial Spécialisé  
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (s'occupe en général du quotidien des personnes adultes handicapées)  
SD : Ecart type  
SESSAD : Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile  
SIOAE : Service d'Investigation, Orientation, Action Educative  
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (service qui assure le suivi des obligations pénales des adultes lors de condamnation pénale)  
STEMO : Service Territorial Educatif en Milieu Ouvert (service qui assure le suivi éducatif et des obligations pénales des mineurs lors de condamnation pénale)  
TF : travailleuse familiale  
TISF : travailleuse en Intervention Sociale et Familiale  
TS : Travailleurs sociaux  
UASA : Unité d'Accueil Spécialisé pour Adolescents. ITEP les Chesnaies.  
URA : Unité de Remobilisation aux Apprentissages. ITEP Les Chesnaies.