

**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.**

Maurice Tanguy¹, Daniel Rousseau^{2,3}, Mireille Roze¹, Philippe Duverger³, Sylvie NGuyen⁴, Serge Fanello¹

1 Département Universitaire de santé publique, 49045 UFR médecine Angers Cedex 01, France.

E-mail address: sefanello@chu-angers.fr

2 Pédopsychiatre du Foyer de l'Enfance du Maine et Loire, 124, rue de Frémur, 49035 Angers

3 Unité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers Cedex 09

4 Service de Neurologie pédiatrique, CHU Angers, même adresse.

RÉSUMÉ

Le but de cette étude était de connaître la trajectoire institutionnelle et le devenir de jeunes enfants en protection de l'enfance 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

Une étude catamnestique des dossiers archivés de 1994 à 2001 a été menée par un pédopsychiatre et une psychologue clinicienne. Elle a porté sur l'évolution clinique des enfants admis au VSE.

Les données administratives médicales, judiciaires et éducatives (développement, santé physique, situation familiale, parcours à l'ASE) ont été recueillies et analysées à l'aune de leur évolution au sein de la structure. Le recueil a été fait en respectant l'ordre chronologique d'admission afin d'obtenir un recul optimal; tout en complétant, par l'interview de référents ASE et des familles d'accueil, les informations recueillies sur dossier.

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 ± 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.

INTRODUCTION

Depuis 40 ans en France, la prise en charge des enfants considérés "en danger" a fait d'indéniables progrès. On peut citer 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 présenté par 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 effets potentiels d'un placement précoce sur la carence affective. Ces connaissances ont permis des avancées relatives 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 attermoissements 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)¹; en famille d'accueil; en établissement ou enfin prise en charge multiple.

On note un consensus sur le fait que la multiplicité des 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 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 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

¹ 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).

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. A contrario, si un milieu très carenciel peut constituer une des causes de troubles d'adaptation et de retards de développement, 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 à 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. Le consentement des familles et/ou ayant droit a été obtenu et les données ont été rendues anonymes.

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.

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 pouvait compléter cette enquête en cas de besoin.

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).

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'efficacité 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 placements supérieur à la moyenne) ou bon (restitution réussie ou nombre de placements différents 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).

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 à l'issue de la prise en charge de l'adolescent.

L'interview des référents ASE des enfants ainsi que des familles d'accueil a été réalisée toutes les fois où un complément d'information s'avérait nécessaire et que les correspondants étaient joignables.

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.

Pour l'analyse univariée, le test statistique utilisé est le test du Chi-deux de Pearson pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, les tests statistiques utilisés sont le test t exact de Fisher pour la comparaison de 2 groupes et une ANOVA pour la comparaison de 3 groupes ou plus. L'association entre deux variables quantitatives est estimée par le coefficient de corrélation de Pearson (ou le coefficient de corrélation des rangs de Spearman selon les variables). Le seuil de significativité est fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux.

Les comparaisons clinico-psychologiques entre l'admission et la sortie du dispositif font appel aux tests sur séries appariées (test de Wilcoxon pour variables quantitatives, test de Mac Nemar pour variables qualitatives).

Pour chacun des paramètres d'intérêt, une analyse univariée est complétée par une analyse multivariée adaptée aux critères à expliquer pour explorer les associations potentielles (au seuil de 0,20).

Les données ont été analysées en utilisant le logiciel SPSS (IBM Corporation ® version 21 1989–2012).

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**).

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**).

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 défaillante – 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 »² [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.

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.

² 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.

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.

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"³ 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 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

³ 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, Buck C. Toxic parents: overcoming the legacy of parental abuse. Random House, 2002.

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 de l'humeur et des conduites 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**)

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.

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 ± 8 et $39,5 \pm 15$) et plus élevé chez les enfants placés en établissement ou restitués à leur famille (respectivement 47 ± 8 et 42 ± 13).

Les enfants hospitalisés pour raison psychiatrique à T2 (n=25) avaient présenté initialement un score CGAS significativement plus faible (32 ± 13 ; $p=0,001$) et présentaient un score CGAS final également plus faible (39 ± 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 éducatif⁴ 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.

DISCUSSION

Nous avons pu analyser 128 dossiers complets sur 154 recueillis. Les enfants n'ayant pas bénéficié d'un passage initial à la pouponnière n'ont pas été retenus en raison de l'absence d'informatisation de leur dossier. Le taux d'exclusion est de 17% (26/154). Parmi les sujets

⁴ 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.

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.

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 qui est inquiétant car cela traduit un suivi d'abord familial et non individualisé et entraîne par ailleurs un retard au 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 référents « 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]. Une étude récente, réalisée auprès de 75 patientes du CHU d'Angers [35] fait état d'un ressenti psychologique négatif (ressenti "mal" ou "très mal" durant la grossesse) chez 19% des femmes vivant seules contre 8% des femmes vivant en couple. 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.

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).

Un tiers des enfants placés sont orphelins soit de père (25%), soit de mère (4%), soit des deux parents (3%). 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, 10 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 lors de la sortie de la structure (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.

A la sortie de la structure, 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].

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.

CONCLUSION

La situation sanitaire, physique et psychique des enfants à l'admission confirme les hypothèses de départ sur le retard dans la prise en charge de ces enfants provenant, pour la plupart, de familles connues et suivies. L'état sanitaire à l'admission n'est cependant pas un déterminant significatif de la multiplicité des parcours. Le placement, dans la grande majorité des cas, permet une amélioration de leur état physique et psychique. En témoignent la récupération staturo-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 dans un cas sur cinq une mesure de protection. L'insertion sociale reste problématique pour la moitié d'entre-eux, après avoir suivi 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, Orta 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
(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 catamnestique 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, Daguét 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, Frantzmam H, Steinberg K, Skorozhenina O, Beyer T, Fűrnis 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.

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

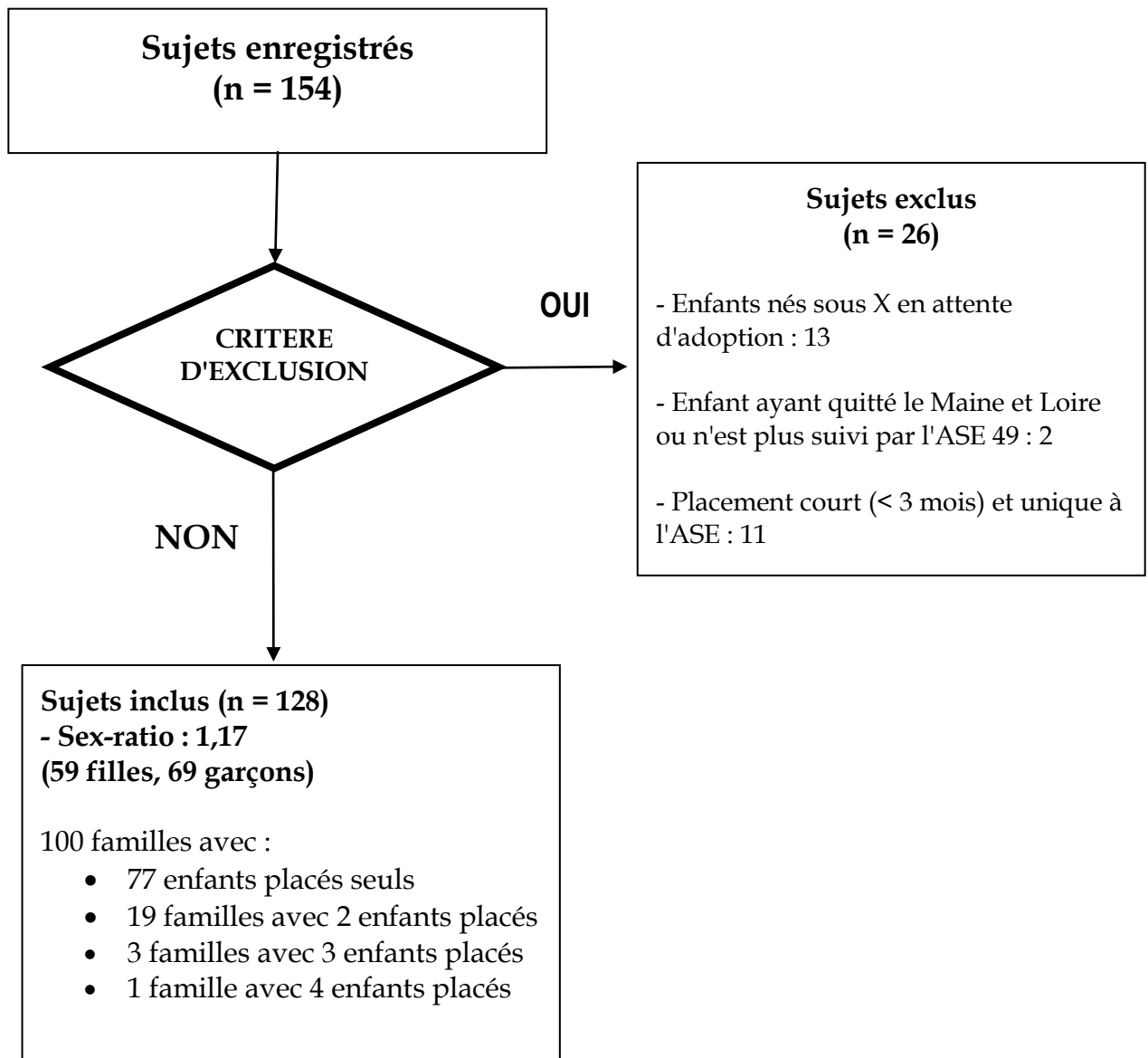
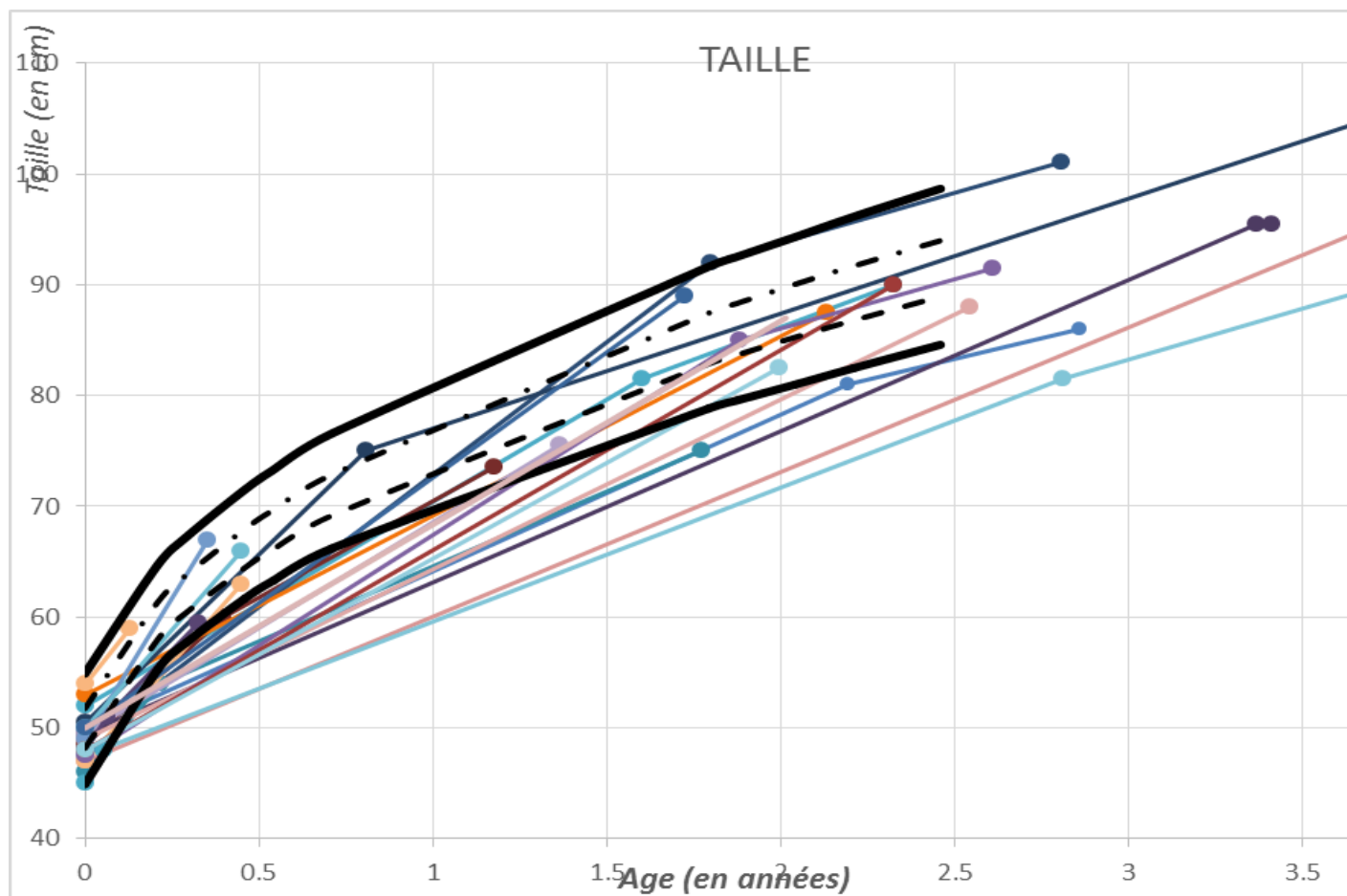


Figure 2. Détails des cas de "rattrapage" de courbe de croissance – 30 / 53 sujets présentant un retard de croissance initial



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>

(Page consultée le 01 août 2013)

— 3e et 97e percentiles

Figure 3. Durée des parcours des enfants placés

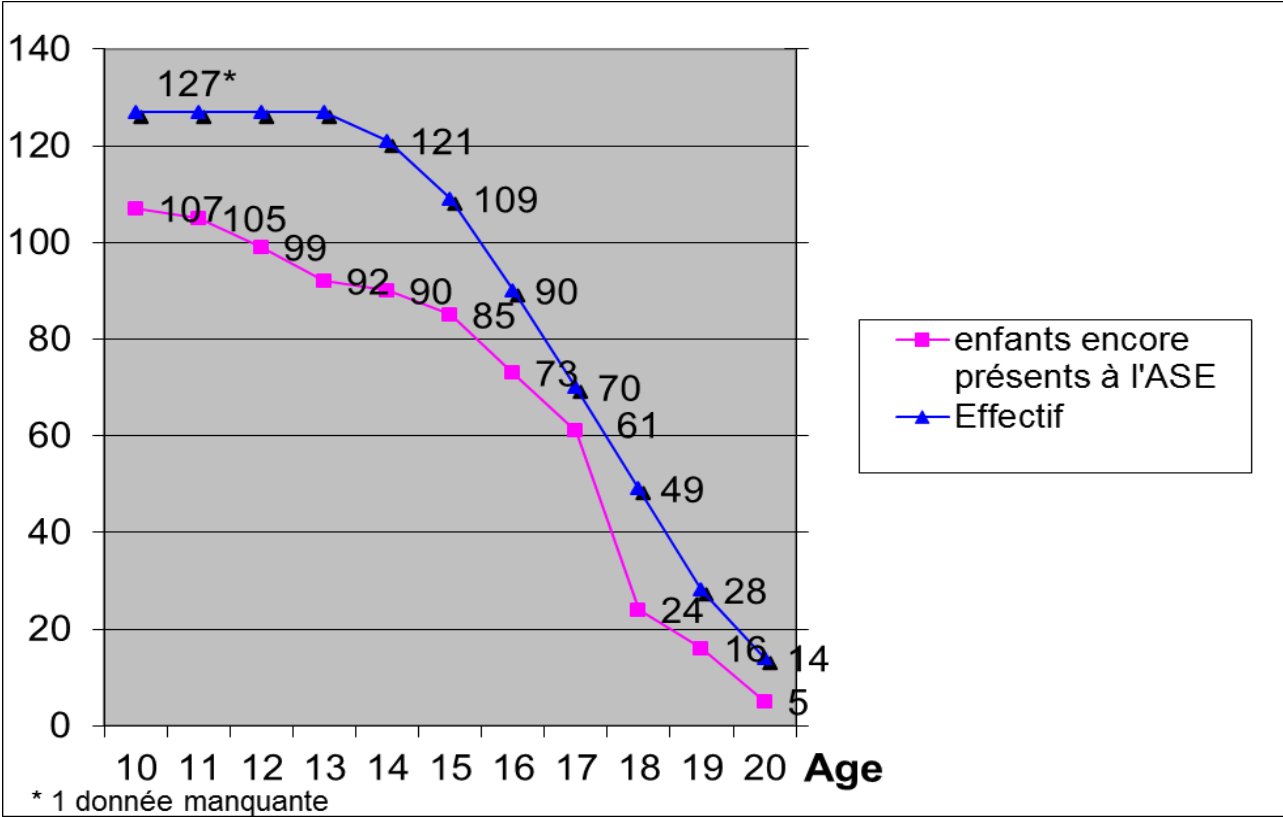


Tableau I. Caractéristiques socio familiales des 128 enfants inclus; à l'admission et lors de la sortie du dispositif

A l'admission	N (%) ou moyenne (\pm écart type)
Age (ans)	1,4 \pm 1,25
Sexe	
Filles	59 (46,1 %)
Garçons	69 (53,9 %)
Familles	100
dont - Enfant unique au moment du placement	28
- Enfant appartenant à une fratrie	72
Proportion d'enfants placés	250/286
Famille monoparentale	47 (47 %)
dont « pères isolés »	2 (2 %)
Enfant prématuré	22 (17,2 %)
Déni de grossesse (déni partiel)	8 (6,25 %)
et déni affectif	9
Bonne santé (apparente) à l'admission	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)
Age de fin de mesure (ans)	15,2 \pm 4,8
Durée de présence (ans)	13,2 \pm 4,6
Sortie avant 10 ans	17
- si oui, âge à la sortie (ans)	4,8 \pm 3,6
Enfant unique	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

Tableau II. Typologie de la trajectoire des enfants placés

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

* en moyenne 4 placements dans 2 structures différentes par enfant

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

		T2						
		Aucun trouble	Troubles psychotiques	Troubles de l'humeur	Troubles des conduites	Troubles post-traumatiques	Autres troubles	Total
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

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

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

ANNEXE I

Questionnaire: première page du masque de saisie

Epi Info 7 - Enter - [STEX|STEX]

File Edit View Tools Help

Open Form Save Print Find New Record 87 of 87 Delete Undo Line Listing Dashboard Map Edit Form Help

Pages

- STEX
- Intro
- Partie A - 1
- Partie A - 2
- Partie A - 3
- Partie A - 4
- Partie A - 5
- Partie B - 1
- Partie B - 2
- Partie B - 3
- Partie C

Linked Records

Exposed From Exposed To

Undo Add Exposure... View SNA Graph...

Partie A - 1

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

en-US 7.0.8.3 11/17/2011 CAPS NUM INS

Démarrer FR 21:39

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation adulte handicapé
AEMO : Action Educatrice 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 Educatrice
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 Educatrice à Domicile (sans placement)
CIEDJM : Contrat d'Intervention Educatrice 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 : Défis partiels de grossesse
DT : Défis totaux
EPM : Etablissement pénitentiaire pour mineurs
ESAT : Etablissement et service d'Aide par le travail (ancien CAT)
ETAPES : Etablissement d'Action Psycho-Educatrice et Sociale
FA : familles d'accueil
FAS : Famille d'Accueil Spécialisé
FdE : Foyer Départemental de l'Enfance
IED : Intervention Educatrice à domicile
IME : Institut Médico-Educatif
IMEP Institut Médico-Educatif et Professionnel
IMP : Institut Médico-Pédagogique
IMPRO : Institut Médico Professionnel
IOAE : Investigation, Orientation Action Educatrice
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MAE : Mesure d'Assistance Educatrice (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 Educatrice
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 Adolescentes. ITEP Les Chesnaies.
URA : Unité de Remobilisation aux Apprentissages. ITEP Les Chesnaies.