

Les ateliers de la protection de l'enfance

Synthèse de l'atelier : Protection de l'enfance et santé mentale : quels troubles, quels enjeux de dépistage et d'accompagnement ?

Vendredi 20 mai 2022

Les ateliers de la protection de l'enfance

L'Observatoire départemental de la protection de l'enfance organise, à partir de l'hiver 2021 des ateliers thématiques autour de sujets qui questionnent et intéressent les professionnels de la protection de l'enfance du territoire. L'objectif de ces ateliers est d'alimenter les réflexions et pratiques des acteurs en leur proposant des interventions qui croisent les regards de chercheurs et de professionnels de terrain puis des temps d'échange et de débat.

Pourquoi un atelier sur la santé mentale des enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance ?

En raison de leur histoire et leur parcours, de nombreux enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance souffrent de troubles en santé mentale et les professionnels rencontrent parfois des difficultés à les accompagner dans ce domaine. Ce sujet est ainsi au cœur de leurs questionnements (avec des enjeux de repérage, d'accompagnement et de partenariat entre professionnels de l'éducatif et du soin) et donne lieu à de nouvelles actions, comme le développement de consultations en psycho-traumatismes ou le renforcement de la prise en charge en santé physique et mentale dans le cadre du projet santé protégée.

Les invités et leurs travaux

Guillaume BRONSARD, pédopsychiatre, professeur des universités, à l'université de Bretagne occidentale. Il a mené plusieurs travaux sur la prévalence des troubles mentaux parmi les enfants placés et sur les liens entre la pédopsychiatrie et l'Aide sociale à l'enfance.

Lucie SMANIOTTO, cheffe de projet parcours coordonné de santé des enfants et jeunes majeurs protégés

Entre protection de l'enfance et psychiatrie : des enjeux majeurs mais une alliance complexe

Une surexposition aux facteurs de risques qui entraîne une prévalence particulièrement importante des troubles en santé mentale parmi les enfants pris en charge en protection de l'enfance

Pris en charge en raison d'une situation de dysfonctionnement familial sévère et durable, les enfants confiés au dispositif de protection de l'enfance ont été **surexposés, souvent dès leur plus jeune âge, aux facteurs de risque du développement de troubles mentaux**¹ : substances toxiques durant la vie fœtale, attachement insécure², défaut de mentalisation, stress précoce et chronique, traumatismes...

L'ensemble de ces facteurs peuvent affecter durablement leur humeur, leur niveau d'anxiété, leurs capacités cognitives et de régulation émotionnelle, et de façon plus générale leur développement. Ainsi, dans le cadre des 11 recherches internationales menées en psychiatrie infantile auprès d'enfants placés, on observe une **prévalence moyenne de 50% de troubles mentaux caractérisés**, contre 10% en population générale.

Les chiffres clés

50% des enfants pris en charge en protection de l'enfance souffrent de troubles mentaux caractérisés (pour 10% en population générale)

¹ Lyons JS, Rogers L. The U.S. Child Welfare System: A De Facto Public Behavioral Health Care System Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2004, 43(8):971-3

² Bowlby J., Attachment and loss: Attachment, Basic Books, London, 1969

L'unique étude menée en France sur ce sujet³ rejoint ces résultats et démontre une **comorbidité élevée** : une **part importante des enfants souffre d'un croisement de plusieurs troubles mentaux** (ex : dépression, hyperactivité, agitation...), ce qui complexifie leur diagnostic et leur prise en charge. Certains troubles ne sont néanmoins pas ou très rarement observés parmi les enfants confiés, comme l'anorexie mentale restrictive ou les tocs simples.

Parmi les enfants pris en charge, les filles semblent davantage touchées par les troubles mentaux mais cette tendance s'explique en réalité par un biais de sélection. En effet, en population générale les **troubles connus par les filles sont davantage internalisés** (ex : anxiété, dépression, tentative de suicide) alors que **ceux des garçons sont plus externalisés** (ex : hyperactivité, agitation, violence...). Les troubles internalisés entraînant plus rarement à une prise en charge par l'ASE, les filles accompagnées sont souvent celles qui connaissent des troubles internalisés comme externalisés. Les soignants reconnaissent par ailleurs rencontrer davantage de difficultés à prendre en charge la violence ou l'agitation chez les filles.

Enfin, on observe une **expressivité des troubles mentaux inhabituelle et indirecte** : les enfants pris en charge ne se plaignent pas et au contraire, expriment dans le cadre des études de bien-être un niveau de satisfaction à l'égard de leur vie supérieure à celui des enfants en population générale.

L'étude distingue ainsi trois groupes parmi les adolescents accueillis en établissements de protection de l'enfance :

1. Des adolescents qui ne présentent **pas de trouble mental avéré** (environ 50% des adolescents)
2. Des adolescents présentant un **trouble caractérisé simple** (environ 48%), souffrant de troubles du comportement, troubles alimentaires, une dysharmonie cognitive...
3. Des adolescents présentant une **multimorbidité psychiatrique sévère et durable** (environ 2%), souffrant de troubles cognitifs ou du comportement sévères, de psychose, de forts troubles de l'attachement...

La complexité et la forte prévalence des troubles mentaux parmi les enfants pris en charge en protection de l'enfance interrogent ainsi sur le rôle des acteurs du soin dans leur accompagnement et sur le partenariat entre institutions dans ce cadre.

Protection de l'enfance et pédopsychiatrie : des histoires liées

Les prémices de la protection de l'enfance remontent au XVIII^e siècle, à l'initiative de Saint Vincent de Paul, qui prône le **recueil des « enfants trouvés »** dans des hospices religieux. L'abandon d'enfants est par ailleurs régulé, avec la création de « tours d'abandon » qui permettent de protéger l'anonymat des mères.

L'Assistance Publique est ensuite créée en 1849 avec pour objectif de protéger les enfants abandonnés et en 1874 la loi Roussel permet le retrait du droit de garde si l'enfant est maltraité ou moralement abandonné. Il ne s'agit plus de protéger uniquement les enfants confiés ou abandonnés par leurs parents mais **également ceux qui sont en danger au sein du domicile familial**. C'est aussi à cette époque qu'est créée la

Dates clés

1849 : création de l'assistance publique

1874 : loi Roussel qui permet le retrait du droit de garde des enfants maltraités

1879 : première chaire des maladies cliniques de l'enfant

1925 : premier service de pédopsychiatrie

1948 : première chaire de psychiatrie de l'enfant

³ Bronsard, G. Lançon, C., Anderson Loundou, A., Auquier, P. Rufo, M. Siméoni, M., Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System, Children and Youth Services Review, Volume 33, Issue 10, 2011, Pages 1886-1890

pédiatrie, le Dr Jules Parrot inaugurant la première chaire des maladies cliniques de l'enfance en 1879, au sein de l'hospice parisien des enfants trouvés.

En 1925 Henri Rollet, président d'une fondation gérant des établissements d'accueil des enfants, s'interroge sur les liens entre leurs difficultés éducatives et des troubles psychiques. Il rencontre le psychiatre George Heuyer et lui demande de créer le **premier service de pédopsychiatrie**, construit au sein d'un patronage pour enfant et adolescents abandonnés, vagabonds et délinquants. Avant la seconde guerre mondiale, **l'histoire de la protection de l'enfance et celle de la pédopsychiatrie sont donc fortement liées**. Au XXème siècle, les principales recherches menées en pédopsychiatrie sont d'ailleurs issues de l'observation et de la psychologisation des enfants carencés et abandonnés.

Des évolutions de société entraînant une judiciarisation et psychiatrisation des comportements des enfants

Plusieurs évolutions sociétales observées au cours des dernières décennies ont conduit à un renforcement de la judiciarisation et de la médicalisation de la situation des enfants en difficultés :

- Des **évolutions de la famille**, avec la professionnalisation et l'émancipation des femmes et l'augmentation du nombre de divorces. Cela induit de nouvelles formes d'organisation, telles que les familles dites « recomposées ». Celles-ci ont fait apparaître de nouvelles tensions concernant les décisions sur l'éducation des enfants et notamment leur prise en charge en santé, ce qui complexifie le travail des professionnels qui accompagnent les familles
- Des évolutions de **l'institution scolaire**, avec l'augmentation de l'âge de la scolarité obligatoire à 16 ans en 1962, qui a conduit à la constitution d'un nouveau groupe, celui des adolescents en décrochage ou en rupture face à l'école. A cela s'ajoute, la création des collèges unique en 1965, qui a renforcé l'hétérogénéité des classes, puis le développement de l'inclusion scolaire, avec un impact fort en matière d'adaptation de la pédagogie pour les enfants connaissant un handicap psychique
- Une **diminution de la tolérance à la violence**, que l'on considère comme devant être gérée par une personne externe. Ce phénomène pose question dans les domaines de la psychiatrie comme de la protection de l'enfance, où la violence fait souvent partie des raisons et/ou des effets de la prise en charge et sachant qu'il suffit qu'elle soit redoutée ou envisagée pour avoir des effets. Comment peut-on dans ce contexte la prévenir et l'accompagner, voire la supporter dans une certaine mesure ?

Les réactions des participants

« La question du traitement de la violence est majeure mais complexe. Dans les équipes on a tendance à attendre le passage à l'acte, à réagir à la violence au lieu de la prévenir. On manque de temps de réflexion ensemble pour se poser sur ces sujets, et de communication entre les différentes équipes. »

Ces évolutions ont donné lieu à une **judiciarisation et une psychiatrisation des comportements des enfants** inédites dans l'histoire. Ainsi, on observe dans certains une hausse majeure du nombre de dossiers de demande de reconnaissance d'un handicap MDPH pour des troubles du comportement et de l'apprentissage, auparavant peu repérés et traités. Ces situations autrefois accompagnées dans un cadre intime et familial font aujourd'hui l'objet d'un traitement professionnel par la justice et la psychiatrie.

S'il est important que ces troubles soient diagnostiqués, il faut néanmoins souligner que la psychiatrie est la seule spécialité de médecine dans laquelle les qualifications en diagnostic se votent et sont donc toujours discutables et suggestives. Cela ne veut pas dire que les **diagnostics** sont faux mais qu'ils sont **relatifs, influencés par le contexte social et politique et surtout ils sont évolutifs**, en particulier chez les enfants. Il ne faut donc surestimer leur rôle ou les attendre pour entamer un travail éducatif. Un diagnostic ne veut pas dire que l'éducateur ne peut plus rien pour accompagner l'enfant et à l'inverse l'absence de diagnostic ne signifie pas que l'enfant n'a pas besoin de soins.

L'exemple des **enfants dits « incasables »** est représentatif de ces difficultés. Pour ces enfants, la question n'est pas de les faire « entrer dans des cases », mais plutôt de réussir à faire coïncider toutes « les cases » dans lesquelles ils devraient ou pourraient rentrer. En effet, ils sont généralement aux croisements de la protection de l'enfance, de la psychiatrie et parfois de la justice. Cette appartenance à plusieurs champs, dépendant d'institutions différentes demande un travail en réseau, qui peut être complexe et insécurisant.

Penser un partenariat entre Aide sociale à l'enfance et pédopsychiatrie

L'accompagnement d'enfants souffrant de troubles en santé mentale peut générer beaucoup d'émotions, voire une certaine peur, qui freine au développement de partenariats. Néanmoins, l'alliance entre professionnels de différentes disciplines est clé dans ces situations, pour le bien-être des enfants comme pour celui des professionnels. L'enjeu est donc de se répartir les rôles et de s'accorder en maintenant chacun sa mission de sécurisation. Les travaux de recherche en histoires, épidémiologie et psychologie démontrent que la réussite de ce partenariat repose sur :

- Une **dynamique de recherche et d'enseignement, durable et multidisciplinaire** : il s'agit de proposer aux équipes des espaces de réflexions préservés de la gestion des urgences. La complexité de la protection de l'enfance nécessite en effet du temps pour lire, débattre, se renseigner... cela peut passer par de la supervision, de la formation mais aussi par la recherche médicale ou psychologique, qui permet une rencontre entre les travailleurs sociaux et les soignants
- Une **coordination inter-tutelle** : ces partenariats nécessitent une alliance des responsables des institutions concernées (Conseil départemental, ARS, Hôpital), voire des moyens communs
- Une **coordination opérationnelle pour la gestion des cas difficiles** : inter-tutelle et inter-institutionnelle, pour permettre de trouver collectivement des solutions aux situations les plus complexes et ainsi gagner du temps pour s'occuper des autres
- Un **protocole de soins pour les 3 groupes cités ci-dessus**
 - Des **suivis simples pour les enfants sans trouble avéré**, pour lesquels une **veille systématique et une proposition d'accompagnement psychologique** restent néanmoins nécessaires pour répondre à des difficultés ponctuelles ou prévenir une dégradation
 - Des **lits de crise et dispositifs d'alternative à l'hospitalisation** (placement familial thérapeutique, équipes mobiles...) ainsi qu'un **suivi médico-psychologique systématique** pour les enfants présentant un **trouble caractérisé simple**.

Les questions des participants

« Comment travailler avec ces enfants souffrant de troubles simples ? »

L'idéal est de pouvoir proposer un suivi pluridisciplinaire et bifocale avec un psychologue mais aussi un psychiatre ou une infirmière, l'un des professionnels faisant un lien régulier avec l'équipe de la structure d'accueil et avec les parents. Le travail avec les familles peut être complexe en protection de l'enfance mais il est essentiel dans l'intérêt de l'enfant, qui a besoin que ses parents soient respectés et intégrés à l'alliance éducative.

Les questions des participants

« Le fait de savoir qu'on a une possibilité en cas de crise (un pédopsychiatre à qui faire appel, un lit de crise, un lieu de répit...) aide, même si on n'y a pas recours. Cela modifie la posture des professionnels ».

Effectivement, la garantie d'une solution en cas de crise, même si on l'utilise très peu, rassure les équipes. A Marseille, une petite unité a été mise en place avec une astreinte de psychiatres en continue. Elle a été très utilisée pendant les six premiers mois puis beaucoup moins. Le travail en coopération psychiatrie/Ase a été bénéfique pour les jeunes pris en charge mais également pour les professionnels.

- Des **dispositifs mixtes (ASE / psychiatrie) longues durées pour les enfants présentant des troubles multiples, sévères et durables**. Il s'agit de leur permettre de vivre en milieu ordinaire avec une **présence éducative permanente et renforcée**, des **interventions quotidiennes de soignants** et des **synthèses régulières** entre professionnels

Les questions des participants

« Comment éviter la saturation de ces dispositifs mixtes longues durées ? Quelle limite fixer pour éviter une embolisation ? Quelles sont les solutions à la sortie ? »

La durée peut être limitée à 1 an dans un premier temps (même si en pratique elle atteint plutôt 2 ans et demi), en ciblant une tranche d'âge (les 12-15 ans par exemple). Les sorties peuvent se faire en IME, avec du séquentiel en croisant un accueil en établissement et en hôpital de jour et un accompagnement par une équipe mobile. Cela nécessite un étayage et une période d'expérimentation durant les premiers mois, avec des allers-retours pour rassurer l'ensemble des professionnels.

Les questions des participants

« Quels retours d'expérience peut-on faire du modèle ISEMA, expérimenté dans 4 territoires avec une collaboration forte entre l'ARS, l'ASE et la PJJ ? »

Le projet a a priori été interrompu, faute de chef de file clairement positionné et suite à des changements dans les directions des différentes institutions. Cette expérience souligne l'importance des enjeux de gouvernance, encore plus complexes quand il s'agit d'allier 3 institutions.

Le projet santé des enfants confiés - Expérimentation article 51

La **systématisation d'un bilan de santé** pour les jeunes suivis en protection de l'enfance est précisée dans la loi : le Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit depuis 2016 une évaluation médicale et psychologique du mineur dans le cadre de l'élaboration du projet pour l'enfant, et la loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2020 précise qu'il s'agit d'un bilan de santé réalisé dès le début de la mesure.

Le Conseil départemental de Seine-Saint-Denis est engagé dans la réalisation des bilans de santé depuis plusieurs années, et a intégré dans ce cadre **l'expérimentation « Santé Protégée »**, mise en place à partir de 2022, dans 15 circonscriptions. Cette expérimentation, lancée en Loire-Atlantique, Pyrénées-Atlantiques et Haute-Vienne en 2019, vise à garantir aux jeunes protégés un bilan de santé actualisé annuellement ainsi qu'un parcours de soin adapté.

Sa mise en place se fait de **manière conjointe entre l'ARS, le Conseil départemental et les structures porteuses choisies**, différentes selon les départements. En Seine-Saint-Denis il s'agit des DAC (**dispositifs d'appui à la coordination**) Nord et Sud. Les DAC sont des associations gestionnaires de cas. Elles constituent un point d'entrée pour les professionnels et structures qui font face à des situations de santé complexes (pour tout âge, et toute pathologie), qu'elles aident à débloquer. Elles ont de fait un réseau étendu de professionnels de santé en Seine-Saint-Denis qu'elles pourront mobiliser dans le cadre de la démarche, et emploieront chacun une infirmière puéricultrice coordinatrice sur le projet, qui sera en appui sur le suivi du parcours de soin des jeunes protégés.

Les questions des participants

« Que se passe-t-il dans les territoires non couverts par l'expérimentation ? On a parfois d'importants besoins, par exemple en psychomotricité, que les familles ne peuvent pas financer. »

Le bilan de santé sera fait selon le circuit classique dans les zones non couvertes par l'expérimentation, mais l'objectif est que celle-ci soit concluante et élargie à l'ensemble du département, voire de la France. Par ailleurs, il est déjà possible de financer des frais dérogatoires à l'assurance maladie et d'accéder à des aides exceptionnelles pour des consultations en psychologie, psychomotricité, ergothérapie...

L'expérimentation a pour but de proposer un **parcours de soins coordonné pour les enfants et adolescents protégés, basé sur un bilan de santé physique et psychologique à l'entrée dans le dispositif et actualisé au moins une fois par an**. Elle comporte également un **appui aux professionnels de santé participants**, avec :

- un financement qui permet de mieux rémunérer les médecins effectuant les bilans et de **financer des soins habituellement non remboursés par la sécurité sociale** : ergothérapie, psychologie, psychomotricité
- **la tenue de formations** sur le fonctionnement de l'Aide sociale à l'enfance et les enjeux en matière de santé des enfants accompagnés

Ainsi, cette expérimentation permettra de structurer un **réseau de professionnels de santé volontaires** pour prendre en charge des enfants confiés à l'ASE.

L'inclusion des enfants sera **systématique lors de leur entrée** à l'ASE, avec une **possibilité d'inclure des jeunes en cours de mesure**. Le **choix du lieu du bilan sera effectué en fonction de la circonscription de rattachement** (correspondant au lieu de domicile des parents) en principe, mais pourra être **adapté en fonction de la situation particulière** du jeune. Le bilan en santé devra être fait en principe **dans les deux mois suivant le début de la mesure**. La transmission des conclusions de ce bilan sera faite **au jeune** (directement par le professionnel de santé de façon adaptée à son âge), **aux parents** (directement s'ils sont présents au moment du bilan, par le médecin coordinateur PMI ou par l'équipe éducative à l'appui d'une synthèse transmise par l'infirmière du DAC) et **au médecin référent ASE** (qui pourra y accéder via la plateforme Terr-eSanté, qui permet une centralisation des informations concernant le suivi de santé des jeunes, dans le respect de la confidentialité des données grâce à un système d'habilitations). Une infirmière coordinatrice et/ou un médecin référent ASE pourront accompagner l'équipe dans la compréhension et la transmission des préconisations et dans leur suivi auprès de spécialistes.

Les réactions des participants

« Pour les enfants en ADOPHE cela pose la question complexe de l'adhésion et de la mobilisation des parents, en plus de celle des enfants. »

Cet enjeu est le même pour les bilans classiques. L'infirmière du DAC peut apporter une aide dans ce cadre, par exemple en intervenant à domicile.

Les questions des participants

« Que se passe-t-il pour le suivi en santé de l'enfant à la fin de la mesure ASE ? »

L'enfant est à nouveau suivi dans le cadre du droit commun, mais le fait que le lieu de réalisation du bilan corresponde à l'adresse des parents permet la possibilité de maintenir un lien avec le professionnel de santé hors prise en charge ASE.

Enfin, au-delà du projet Santé protégée, une **équipe mobile a été mise en place en 2021** pour soutenir la prise en charge d'enfants souffrant de troubles du neuro-développement et un **établissement dédié aux enfants confiés à l'ASE en situation de handicap** sera ouvert en septembre 2022.

Contacts et outils utiles

- Référents santé protégée :
 - Projet et formation :
Lucie SMANIOTTO
lsmaniotto@seinesaintdenis.fr
 - Suivi des situations et appui pour trouver des professionnels :
Bintou SAOUNERA (DAC Nord)
Nelissa DJAFER (DAC Sud)
sante-protegee@dac93.fr

Pour aller plus loin sur ce sujet

- BRONSARD G, ALESSANDRINI M, FOND G, LOUNDOU A, AUQUIER P, TORDJMAN S, BOYER L, (2016) The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system, a systematic metanalysis review, *Medicine*, n°95 (7)
- BRONSARD G, LANÇON C, LOUNDOU A, AUQUIER P, RUFO M, SIMEONI MC., (2011) Prevalence Rate of DSM Mental Disorders Among Adolescents Living in Residential Group Homes of the French Child Welfare System *Children and Youth Services Review*, 33 (10), 1886-90
- LYONS JS, ROGERS L., (2004), The U.S. Child Welfare System: A De Facto Public Behavioral Health Care System *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8)