



## **Revue de littérature problématisée : les spécificités de l'accueil des 0-6 ans en protection de l'enfance**

Melaine Cervera, Céline Jung

### **► To cite this version:**

Melaine Cervera, Céline Jung. Revue de littérature problématisée : les spécificités de l'accueil des 0-6 ans en protection de l'enfance. [Rapport de recherche] Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE); Association de promotion des expérimentations sociales (APEX). 2016, 150 p. <hal-02971125>

**HAL Id: hal-02971125**

**<https://hal.science/hal-02971125v1>**

Submitted on 23 Nov 2020

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

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



HAL Authorization



## **Revue de littérature problématisée**

### **Spécificité de l'accueil des 0-6 ans en protection de l'enfance**

Association de Promotion des Expérimentations Sociales (APEX<sup>1</sup>)

*décembre 2016*

**Melaine CERVERA**

**Céline JUNG**

---

<sup>1</sup> Association de Promotion des Expérimentations Sociales : association coopérative de recherche, de formation-action et de recherche-action impliquée dans les domaines sociaux, socioéconomiques et de coopération internationale. Mail: [contact@apex-recherche.org](mailto:contact@apex-recherche.org). Par ailleurs, il faut souligner que Céline Émond, économiste à l'APEX, a apporté une aide précieuse à la compilation de ce travail.



## Table des matières

<b>Contexte introductif</b> .....	5
Évolution des cadres légaux.....	5
Interroger l'accueil des 0-6 ans dans la protection de l'enfance .....	6
Méthode.....	8
Axes de lecture .....	8
Différents modes d'accueil.....	8
Tranches d'âge .....	9
Croisement des dispositifs .....	10
 <b>Partie I – Synthèse transversale</b> .....	13
I. Accueillir l'enfant petit en institution ou famille d'accueil ?.....	14
I.1. Les enjeux de l'accueil du petit.....	14
I.2. A l'international, un mouvement vers la désinstitutionalisation .....	19
I.3. Les effets à plus long terme de l'accueil du petit en protection de l'enfance .....	21
Sur le plan de la santé .....	21
<i>Accueillir les problèmes de santé, les troubles ou le handicap en protection de l'enfance</i> .....	22
<i>Des troubles du comportement en protection de l'enfance</i> .....	23
<i>Des partenariats entre Pmi, médico-social, pédopsychiatrie et protection de l'enfance</i> .....	24
Sur le plan de la stabilité .....	25
Sur le plan de la scolarité .....	26
La question de la fratrie .....	26
II. Articuler accueil de l'enfant et milieu d'origine .....	28
II.1. Le maintien des liens .....	28
II.2. les caractéristiques sociales des familles.....	30
III. Une alternative, l'externalisation de l'accueil ? .....	31
III.1. L'adoption.....	31
III.2. La famille élargie.....	32
 <b>Conclusion et perspectives</b> .....	34
 <b>Bibliographies</b> .....	39
1) Références citées ne faisant pas l'objet de fiches .....	39
2) Références fichées.....	42
 <b>Partie II : Fiches synthétiques</b> .....	46-150



## Contexte introductif

Cette revue de littérature a été réalisée à la demande de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) qui a ouvert, en juillet 2016, un appel d'offre visant à produire une analyse critique de la littérature sur le thème de la spécificité de l'accueil des 0-6 ans en protection de l'enfance. Cette revue de littérature internationale, portant sur des travaux anglophones et francophones, a pour but de livrer un « argumentaire bibliographique transversal explicitant les données » issues de cette littérature, ainsi que de proposer des pistes de recherches et actions à mener dans le cadre politique et institutionnel de la France.

### Évolution des cadres légaux

La question de la spécificité de l'accueil des 0-6 ans en protection de l'enfance s'inscrit dans un contexte législatif connaissant des évolutions importantes notamment depuis les années 2000, impactant autant la réglementation de l'accueil que ses principes fondamentaux. Ainsi, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, pose un nouveau cadre réglementaire pour les établissements sanitaires et sociaux. Ce cadre les engage autant vis-à-vis de la puissance publique, notamment par la mise en place de systèmes normatifs et évaluatifs, que vis-à-vis des publics à qui ils s'adressent, par la création d'outils et d'instances visant à renforcer leur place dans les établissements (Bauduret, Jaeger, 2005).

La création en 2007 d'une agence dédiée, l'ANESM<sup>2</sup>, vise à les accompagner par des recommandations de bonnes pratiques. A titre d'exemple, l'ANESM conduit actuellement une enquête relative à la bientraitance des établissements à l'égard des mineurs accueillis dans le cadre de la protection de l'enfance.

Par ailleurs, la loi du 5 mars 2007 a réaffirmé la nécessité de travailler avec les familles et d'adapter le dispositif en proposant des réponses innovantes et en instituant des formes nouvelles d'accueil et d'accompagnement, notamment l'accueil de jour ou l'accueil séquentiel. Ces nouvelles formes d'accueil en protection de l'enfance conduisent à questionner les notions d'accueil et de placement.

---

<sup>2</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ANESM, créée par la loi de financement de la sécurité sociale en 2007.

Enfin, la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, précédée de la Feuille de route pour la protection de l'enfance en juin 2015<sup>3</sup>, s'inscrit dans une complémentarité avec la loi du 5 mars 2007 en opérant néanmoins un recentrage sur l'enfant et ses besoins. La question des besoins de l'enfant rejoint celle des droits de l'enfant, au cœur de la protection de l'enfance depuis la ratification par la France de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). Une démarche de consensus lancée par le ministère des Familles, de l'Enfance et du Droit des Femmes, débutée septembre 2016, devrait permettre de mieux délimiter cette question sur laquelle reviennent des rapport récents (GIAMPINO, 2016 ; ONPE, 2016a).

La loi du 14 mars 2016 pose aussi de nouveaux défis au secteur de la protection de l'enfance par l'apparition de nouveaux acteurs, jusqu'ici dans l'ombre du dispositif, comme les tiers dignes de confiance, la famille élargie et les associations de parrainage, voire les familles adoptives. De plus, la loi s'est penchée sur le délaissement parental, nouvelle formulation de l'abandon de fait, en regard avec le projet pour l'enfant. Les nouvelles mesures réformant la procédure judiciaire d'abandon et la délégation d'autorité parentale visent à dépister plus tôt les « dysparentalités extrêmes » (Liébert, 2015) pour travailler sur le projet de vie de l'enfant. Ces mouvements de fond pourraient avoir des impacts sur la manière dont se pense l'accueil en protection de l'enfance en général, et pour les plus jeunes en particulier, d'autant que ces mouvements s'inscrivent dans un contexte plus général de désinstitutionalisation, au sens d'une remise en cause du placement dans des établissements au profit d'un accueil de type familial, mouvement qui transcende les frontières, impulsé par les instances internationales dans la mise en œuvre de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE).

### **Interroger l'accueil des 0-6 ans dans la protection de l'enfance**

La question de la spécificité de l'accueil des enfants de moins de 6 ans est une question qui a pu être éclipsée, dans les débats sur la protection de l'enfance, par l'attention portée aux adolescents, et notamment les adolescents dits en difficultés multiples (Blatgé, Cervera, Parron, 2016) ou « incasables » (Barreyre, Fiacre, Joseph, Makdessi, 2008 ; Dupont, 2016), et à la sortie du dispositif au moment de la majorité avec la question de l'aide aux jeunes majeurs (Oned, 2009 ; Jung, 2010 ; Capelier, 2014). Cette invisibilité tient en partie aux données chiffrées accessibles qui, jusque récemment, distinguaient souvent les mineurs des majeurs sans affiner les catégories d'âge dans le dispositif de protection de l'enfance. Pour

---

<sup>3</sup> Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, Secrétariat d'État chargé de la Famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie.

autant, la question de l'accompagnement des plus jeunes rencontre depuis quelques années une attention particulière, notamment au prisme de la théorie de l'attachement (cf. Encadré 3), approche conceptuelle qui renouvelle ou réactive<sup>4</sup> un certain nombre de questions sur l'accueil en protection de l'enfance (Savard, 2010 ; Schofield & Beek, 2011).

La population des 0-17 ans dans le dispositif est souvent considérée de manière homogène dans les données statistiques nationales. A partir du 10<sup>ème</sup> rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger au Gouvernement et au Parlement (Oned, 2015b), les premiers effets d'un consensus sur le périmètre de l'observation (Legros, 2013) et les modalités de remontées de données des Observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE) permettent d'avoir une première photographie sur environ une dizaine de départements. Au 31 décembre 2013, à partir de ces informations, selon les départements, la part des enfants de moins de 3 ans varie de 6 à 14% dans l'ensemble des mineurs pris en charge dans le dispositif (toutes mesures confondues) et la part des enfants âgés de 4 à 6 ans varie de 12 à 16% (ONPE, 2016b).

Les interrogations sur « l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes sortant du dispositif de protection de l'enfance » (Capelier, 2014) et les études sur le parcours et le devenir des enfants pris en charge par le dispositif de protection de l'enfance (Frechon, Dumaret, 2008 ; Chaïeb, 2013) mettent en perspective la notion de prise en charge. L'accueil des 0-6 ans pose la question de l'entrée dans le dispositif dans un contexte où les services doivent co-construire avec les parties prenantes du placement, un Projet pour l'enfant, créé par la loi du 5 mars 2007 et renforcé par celle du 14 mars 2016 (Défenseur des droits, 2015 ; Oned, 2015a), inscrivant donc la notion de besoins de l'enfant accueilli dans une perspective temporelle.

---

<sup>4</sup> Dans les années 1980, l'accueil dans la prime enfance a particulièrement été interrogé et transformé avec « l'Opération pouponnière », vaste projet transformant l'accueil en pouponnière des enfants de 0 à 3 ans, dans la suite du documentaire « Enfants en pouponnière demandent assistance » (1978) qui avait permis une refondation de l'accueil des enfants de moins de 3 ans et marqué l'émergence du terme "bientraitance" (Rappoport, 2004).



**Encadré 1****Méthode**

Cette revue de littérature a été réalisée entre mi-septembre 2016 et fin novembre 2016, à partir de plusieurs types de sources : articles académiques, ouvrages de chercheurs, rapports administratifs. Concernant les articles publiés dans des revues universitaires, nous avons eu accès aux trois principales bases de données électroniques anglophones en sciences humaines et sociales (Web of Science, EBSCOHost, ScienceDirect). Pour la production francophone, s'y est ajoutée la consultation de plateformes de diffusion regroupant l'essentiel de la recherche en sciences sociales (Cairn, Persee, Erudit).

Les mots clés utilisés ont été choisis de manière à ne pas restreindre abusivement *a priori* les résultats bruts de recherche. En français il s'agit des mots "protection de l'enfance" ou "enfance en danger", avec plusieurs déclinaisons, avec les termes "placement", "enfant placé", "accueil", "placement familial", associés aux tranches d'âge 0-3 ans, 4-6 ans, ou 0-6 ans, en fonction des différents modes d'accueil. La recherche documentaire s'est aussi développée par « boule de neige », à partir des références citées dans les sources. En anglais, de la même manière, nous avons utilisé les mots clés de "child care", "child protection system", "foster care", puis en y appliquant un tri par âge : children under 3/under 6.

Les résultats ont ensuite été raffinés par discipline (sociologie, psychologie, sciences de l'éducation), puis suivant une lecture des résumés et enfin, pour les papiers jugés pertinents à ce stade, par leur lecture complète. Nous avons également mobilisé les rapports sur la thématique : rapports internationaux et nationaux, notamment ceux de l'ONPE (Oned), des ORS, de l'Igas et les statistiques publiques de la Drees. D'autres sources, provenant par exemple de l'Association Nationale des CAMSP (ANECAMSP) ont pu être sollicitées.

Enfin, nous avons également interrogé Google et Google Scholar pour identifier des ouvrages, rapports et autres types de documents publiés électroniquement (PDF), disponibles en français et en anglais à partir des mêmes mots clés. Ceux qui ne sont pas disponibles en version numérique ont été commandés en version papier ou consultés en bibliothèque. La période prise en compte court de 1995 à aujourd'hui.

**Axes de lecture**

Une première grille de lecture a présidé à la sélection des sources.

**Différents modes d'accueil**

Cette revue de littérature, en prêtant attention aux distinctions internationales, s'intéresse aux résultats des études issues de zones géographiques différenciées qui permettront une analyse macro des différents modes d'accueil, selon qu'ils relèvent d'un établissement ou d'un cadre familial. Au plan national, la recherche visera aussi à différencier plus finement les types d'accueil selon les dispositifs, entre un accueil chez une assistante familiale, où ils sont majoritairement accueillis, et un accueil en établissement.

## Tranches d'âge

La catégorie des 0-6 ans ne peut être appréhendée de manière homogène, car la situation des 0-3 ans fait l'objet d'une prise en charge particulière comme le soulignent les recommandations internationales qui les ciblent en particulier, mais aussi comme le montrent les dispositifs qui leur sont dédiés, comme les pouponnières en France. Les chiffres cherchant à mieux connaître les structures d'âge, disponibles en France, ont d'ailleurs proposé cette différenciation (voir *supra*). La revue de littérature permettra de voir comment s'est construite cette catégorie d'âge et quels traitements différenciés sont proposés. Elle distinguera par conséquent les recherches traitant des 0-3 ans et des 0-6 ans. La tranche d'âge de 0 à 2 ans émerge également. On la retrouve d'ailleurs dans la loi du 14 mars 2016 qui a introduit l'obligation de réaliser des évaluations de situation plus fréquentes (tous les 6 mois) pour les enfants de moins de 2 ans.

### Encadré 2

Répartition par type d'accueil des enfants âgés de 0 à 2 ans et de 3 à 5 ans, fin 2014 (selon la Drees <sup>5</sup> )			En %
	0-2 ans	3-5 ans	
• Familles d'accueil	63	74	
• Établissements	27	21	
• Autres (dont tiers dignes de confiance, villages d'enfants, confiés à l'adoption)	10	5	

Lecture : 74% des enfants âgés de 3 à 5 ans accueillis en protection de l'enfance vivent dans une famille d'accueil fin 2014.

### Encadré 3

Répartition de l'accueil dans les établissements de protection de l'enfance des enfants âgés de 0 à 3 ans et de 4 à 6 ans, fin 2012 (selon la Drees <sup>6</sup> )			En %
Etablissements	0-3 ans	4-6 ans	
• Pouponnières	85	13	
• Foyers de l'enfance	13	9	
• Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS)	1	5	
• Villages d'enfants	3	15	
• Lieux de vie	1	2	

Lecture : 85% des enfants âgés de moins de 3 ans accueillis dans un établissement de la protection de l'enfance fin 2012 vivent en pouponnière.

<sup>5</sup> AMAR Élise, BORDERIES Françoise, LEROUX Isabelle (2016), « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014 », Document de travail, Série statistiques, n°200.

<sup>6</sup> PLIQUET Emmanuel (2016), « Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissement », Études et résultats, n°0974, Drees.

### **Croisement des dispositifs**

Les enfants accueillis en protection de l'enfance sont, pour certains, concernés par des problématiques relevant du champ sanitaire et du handicap (pédopsychiatrie et/ou MDPH). Ce croisement a notamment été mis au jour en 2016 dans le rapport annuel du Défenseur des droits consacré aux droits de l'enfant<sup>7</sup> à la suite d'études sur la santé des enfants placés impulsées par l'Oned. Le rapport du Défenseur des droits montre que les chercheurs en sciences sociales comme les acteurs se heurtent au peu de données disponibles sur les enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance et d'une reconnaissance MDPH. Le rapport évalue, globalement à 70 000 le nombre d'enfants âgés de 0 à 18 ans en situation de handicap relevant de la protection de l'enfance (Défenseur des droits, 2016, Fiche n°12). Peu d'études sur le sujet documentent finalement la surreprésentation des enfants reconnus handicapés par la MDPH parmi les enfants placés en protection de l'enfance. C'est davantage du côté des CAMSP et des CMPP, voire du secteur pédopsychiatrique (hôpital, CMP) que pourraient être trouvées les données informant sur les spécificités des publics de moins de 6 ans en protection de l'enfance et accompagnés dans le même temps sur le handicap. Par exemple on constate, dans une étude pour la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2017, à paraître)<sup>8</sup> sur les parcours des jeunes accompagnés en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP), que 44% du public, souvent orienté très jeune en ITEP, bénéficient avant leur entrée d'une mesure de protection de l'enfance, qu'il s'agisse d'un placement ou d'une mesure éducative à domicile. Même si tous ces enfants ne sont pas orientés vers un ITEP avant leurs 6 ans, cette donnée signale qu'il y a ici un enjeu social important pour les politiques publiques.

**Ces trois axes ont permis de sélectionner les sources bibliographiques internationales** (publiées en français ou en anglais) dont nous proposons des fiches pour 44 d'entre elles. Elles émanent de recherches dans les champs de la sociologie, des sciences de l'éducation et de la psychologie. Les fiches visent une présentation synthétique et rendent compte des points significatifs des sources consultées en rapport avec la question de la spécificité de l'accueil des 0-6 ans en protection de l'enfance, ce qui ne rend pas toujours compte de l'intégralité des propositions et résultats de ces recherches, qui dépassent parfois le sujet abordé ici.

---

<sup>7</sup> Défenseur des droits (2016), « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles », Rapport annuel consacré aux droits de l'enfant.

<sup>8</sup> Etude à paraître en 2017, menée conjointement par le Programme Handicaps et Société de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales et l'Association des ITEP et de leurs Réseaux (AIRE) pour la CNSA, sur les parcours institutionnels des publics accompagnés en ITEP.

**La variable de l'âge n'est pas toujours prise en compte dans les travaux. Par ailleurs, les systèmes de protection varient selon les pays autour de bases communes :** les évolutions de la famille, qui se traduisent aussi dans l'évolution des rôles des membres de la famille, non seulement entre le père et la mère dans l'attribution de l'autorité parentale, mais aussi dans le nouveau statut de l'enfant, marqué par le droit et la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), dans un mouvement de démocratisation de la famille.

**Dans ce contexte commun, l'association sphère publique/sphère privée diffère,** selon que l'on considère la famille comme une institution privée, et la vie de l'enfant est centrée sur l'univers familial pendant ses premières années, ou que l'institution fasse très tôt partie de la vie de l'enfant, ouvrant la famille à l'intervention publique, entendue comme un soutien. De plus, selon les pays, la manière de définir la protection de l'enfance, que ce soit en accueil familial ou en établissement, varie plus ou moins fortement. Les définitions et paramètres des types d'accueil ne sont pas toujours concordants. Par exemple, en France, si on considère qualitativement l'accueil en village d'enfants comme un accueil de type familial, il est parfois comptabilisé comme un accueil en établissement. En Allemagne, le placement au domicile d'un éducateur professionnel rémunéré pour cet accueil, est considéré comme institutionnel. Ces modes d'accueil peuvent ainsi être analysés dans des études internationales s'intéressant à toutes institutions accueillant des enfants confondues, sans prise en compte de conditions d'accueil qualitativement diversifiées. Ces précautions prises, l'alternative accueil en famille/accueil en établissement, reste opérante.

#### Encadré 4

##### **Abrégé des principales assises théoriques mobilisées dans les sources quant au développement de l'enfant.**

- La **théorie de l'attachement**, est désormais très répandue parmi les experts du système de protection de l'enfance. Dans les années 1950, John Bowlby va s'intéresser aux effets de carence de soins maternels pour les enfants sans famille et rencontre Myriam David et Genevière Appel en France. Son approche sera complétée par Mary Ainsworth qui s'intéresse à la théorie de la sécurité, puis plus tard par les travaux de Mary Main sur les modes d'attachement des parents (Guedeney & Guedeney, 2006). La théorie de l'attachement renvoie aux liens entre un enfant et une figure principale avec qui il interagit, vers qui il se tourne pour être rassuré et lui offre la sécurité suffisante pour lui permettre de s'en éloigner et d'explorer l'environnement. On distingue les formes d'attachement sécurisées et insécurisées. Les recherches empiriques au prisme de l'attachement concernant les enfants placés suggèrent qu'ils sont plus susceptibles de connaître des modes d'attachement *insécures*. L'environnement de la famille d'accueil ou de l'institution peut influencer ces modes d'attachement. En institution, les enfants sont en contact avec des figures multiples alors que l'accueil de type familial propose une figure principale d'attachement. Eu égard au nombre important de documents faisant référence à la notion de *caregiver* (pourvoyeur principal de soins et d'attention), liée à la théorie de l'attachement, nous avons fait le choix de laisser le mot en anglais dans les fiches.

L'utilisation de la théorie de l'attachement s'est centrée sur la situation d'attachement présente à une figure principale, cependant elle commence à être évoquée dans un contexte pluriel (« constellation d'attachements ») et temporel, prenant en compte les figures d'attachement antérieures.

- Le **développement du cerveau** est un domaine de recherche récent en neurosciences qui a montré que les trois premières années de vie de l'enfant sont cruciales pour la formation du cerveau, mais a aussi montré la plasticité du cerveau après la prime enfance. Les recherches proposent des résultats contrastés mais s'accordent sur le fait qu'un très jeune enfant connaissant une expérience traumatique comme la maltraitance, risque de subir des conséquences sur ses neurotransmetteurs et son système hormonal, pouvant entraîner une incapacité à gérer ses émotions, à se concentrer, mémoriser, apprendre et se contrôler.

- La **résilience** permet de voir les facteurs permettant à un enfant exposé à de grandes difficultés de déjouer les statistiques et d'avoir un développement réussi. Ces facteurs de protection renvoient au QI de l'enfant, son tempérament, sa santé, ainsi qu'une relation parentale chaleureuse, un engagement scolaire, et un soutien hors de la famille (mentor).

La recherche quant à la résilience des enfants placés est encore très ouverte.

- La **théorie écologique** proposée par le psychologue du développement Urie Bronfenbrenner (1979) met l'accent sur des écologies, ou systèmes environnementaux multiples et interdépendants, dans lesquels se développe l'enfant. Dans cette théorie, l'environnement le plus important pour l'enfant est constitué de « microsystemes », c'est-à-dire des relations directes de l'enfant avec les adultes qui s'occupent de lui. Le système de protection de l'enfance est dans ce cas perçu comme offrant à l'enfant ces microsystemes soutenant.

## **Partie I – Synthèse transversale**

## I. Accueillir le jeune enfant en institution ou famille d'accueil ?

### I.1. Les enjeux de l'accueil du jeune enfant

Accueillir les enfants petits, voire tout petits, pose la **question des raisons de la mise en place d'une mesure, autrement dit du diagnostic ou de la prévention, et des modalités de mise en œuvre des différentes solutions d'accueil. Les discussions scientifiques qui s'intéressent à l'alternative entre placement en établissement et placement en institution s'adossent aux analyses sur le développement de l'enfant et à la situation familiale à l'origine de la décision de placement.** Ainsi, l'état de santé physique, mentale et émotionnelle, constitue une base pour déterminer le type d'accueil approprié pour l'enfant, en particulier petit. Les théories du développement montrent en effet combien les premières années, voire les premiers mois de la vie sont décisifs pour le développement de l'enfant. Les besoins de l'enfant (ONPE, 2016a) dans le cadre du placement dépendent fortement des conditions de vie qui ont précédé celui-ci. L'exposition de l'enfant à des maltraitements et négligences directes ou indirectes et leurs conséquences sont donc souvent le prisme par lequel les études posent la question de l'accueil des jeunes enfants en protection de l'enfance. Plusieurs auteurs soulignent que les violences subies sont associées à des troubles de la santé physique, du développement du cerveau, du comportement social et émotionnel, des compétences cognitives et langagières.

#### Encadré 5

**Les étapes du développement dans une perspective relationnelle (Jones Harden, 2014, Fiche n°23).**

- *Les tout-petits* se développent autour de deux piliers qui supposent des environnements stables : l'attachement à une figure principale et l'émergence d'un soi différencié d'une part, l'expression langagière et émotionnelle d'autre part, qui supposent également des relations positives.

- *Jusqu'à 6 ans*, les enfants vivent une période d'autorégulation et d'émergence du sens moral. Ces deux éléments s'acquièrent essentiellement par l'internalisation des comportements et signaux exprimés par les adultes auprès de l'enfant.

- *Le temps de l'enfance* est marqué par l'interaction dans le milieu scolaire et avec ses pairs, et la gestion de son comportement. Une bonne relation avec ceux qui s'occupent de l'enfant est associée à de bons résultats scolaires, de bonnes relations avec les enseignants et ses pairs.

- *L'adolescence* est le temps de la formation de l'identité et la projection dans le futur. Une bonne relation avec les adultes qui s'occupent de lui permet à l'adolescent de gérer l'alternance entre le besoin de se reposer sur eux et le besoin de s'en émanciper.

**Les recherches montrent que les enfants placés ont plus souvent un développement compromis** tant sur le plan de la santé physique que des apprentissages scolaires et cognitifs et dans la sphère sociale et émotionnelle (Berger, 2002, Fiche n°3 ; Jones Harden, 2014, Fiche n°23 ; Fanello & *al.*, 2013, Fiche n°18).

**Emmanuelle Bonneville-Baruchel propose une « clinique de l'enfant placé »** (2016, Fiche n°5) qui suppose de comprendre les enjeux des liens précoces et les besoins fondamentaux du bébé, quel que soit le moment où intervient la mesure de placement. Elle s'appuie notamment sur la théorie de l'attachement et les neurosciences. Les enfants ayant été exposés très tôt dans leur vie à la maltraitance et souffrant d'une pathologie des troubles relationnels précoces (PTRP) se développent avec un enjeu de survie par adaptation à l'environnement et seraient « prêts pour des situations de stress extrême », développant moins de chances de connaître un environnement réconfortant. L'auteur souligne le traumatisme que représente le fait d'avoir vécu ses premières années dans un environnement marqué par l'imprévisibilité. Alors que les enfants présentant une PTRP semblent s'adapter sur le plan intellectuel et du langage, c'est la sphère émotionnelle qui est souvent perturbée, notamment dans les relations individuelles, ce qui participe de son difficile repérage. De fait, l'auteur souligne que ces enfants, qui présentent une adaptation de surface, génèrent souvent des divergences dans les jugements des intervenants, qui se répercutent dans la prise en charge de l'enfant, tant dans l'évaluation que dans la prise de décision.

Cependant, certains auteurs soulignent la **difficulté à démêler**, dans l'état de santé mentale et physique des enfants accueillis, **ce qui relève du placement en lui-même ou des facteurs antérieurs**. La vulnérabilité des enfants s'est souvent ancrée avant le placement, par des expositions préjudiciables pendant la grossesse, des facteurs génétiques ou des problèmes de santé, ou encore les expériences traumatiques dans l'environnement familial. Ainsi pour de nombreux chercheurs, ce sont d'abord les causes du placement qui sont à l'origine des problèmes de développement de l'enfant. Pour Rousseau & *al.* (2016, Fiche n°31), même si la clinique montre placement que la durée d'exposition au danger qui aurait les conséquences les plus marquées. Pour Sempik & *al.* (2008, Fiche n°37), une évaluation de l'état de l'enfant à tous les niveaux de développement et de santé permet justement de prendre la mesure, à l'entrée dans le dispositif, de ce qui relève de l'histoire antérieure au placement tout en permettant de travailler sur des objectifs thérapeutiques concrets. Ces travaux montrent, avec d'autres (Davies & Ward, 2012), que les informations nécessaires à cette évaluation sont souvent disponibles dans les dossiers des enfants mais insuffisamment exploitées lors de la prise en charge.



**Les recherches soulignent que le placement peut être protecteur** et permet de rattraper, dans une plus ou moins grande mesure, certains retards de développement. La plupart des études suggèrent que le placement est plus protecteur lorsqu'il est organisé dans un cadre familial. D'autres études, centrées sur les pouponnières, proposent parfois un point de vue inverse, mais ces travaux restent limités à l'échelle internationale où domine, notamment dans le monde anglo-saxon, l'accueil familial, en particulier pour les enfants petits. En France, selon la Drees<sup>9</sup>, au 31 décembre 2014, plus d'un enfant sur deux confiés à l'ASE vit dans une famille d'accueil.

Ainsi, les recherches internationales de Kevin Browne (2009, Fiche n°6) sur **les effets de l'accueil en institution** tendent à montrer que les enfants vivant en institution présentent de moins bonnes compétences intellectuelles et sociales, ainsi que des difficultés d'apprentissage et de langage, comparés aux enfants en accueil familial. Ils auraient ainsi des scores inférieurs en QI, un moins bonne stimulation des synapses du cerveau par le manque d'interactions régulières avec un *caregiver* stable, conduisant à appauvrir le fonctionnement neuronal, particulièrement dans la zone frontale, sphère sociale et émotionnelle du cerveau. Ne pas avoir eu de figure d'attachement primaire maternelle dans la prime enfance causerait des effets à long terme. La théorie de l'attachement, qui met en évidence l'importance pour le développement de l'enfant, d'avoir une figure d'attachement stable suffit à elle seule, selon Browne, à disqualifier l'accueil en institution, qui aurait tendance à se focaliser sur les besoins physiques plutôt que sur les besoins affectifs de l'enfant. Selon l'auteur, en mesurant l'attachement des enfants placés en établissement par rapport aux enfants accueillis en famille, il apparaît que les premiers présentent plus souvent un mode d'attachement désorganisé, qui n'est pas toujours dépisté bien que leur recherche d'affection non discriminante en soit un indice.

Pour Richard P. Barth (2002, Fiche n°2), qui s'appuie sur une revue de littérature anglophone essentiellement nord-américaine, non seulement l'accueil en institution n'offre pas plus de sécurité, même à long terme, mais il est, de plus, beaucoup plus coûteux que l'accueil en famille. La différence dans l'évolution développementale des enfants entre un accueil familial et un accueil institutionnel tient au manque de contacts physiques, d'interactions individuelles et de contacts prolongés (qui, aux Etats-Unis, sont prohibés par la réglementation).

---

<sup>9</sup> AMAR Élise, BORDERIES Françoise, LEROUX Isabelle (2016), « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014 », *Doucement de travail, Série statistiques*, n°200.

Au contraire, Mascaro & *al.* (2012, Fiche n°25) établissent qu'à condition de garantir des conditions de maternage suffisamment sécurisantes, la prise en charge des bébés négligés en pouponnière permettrait une amélioration de leurs capacités interactives et de leur développement. Ils s'appuient pour cela sur des évolutions à 4 mois, qui montrent que les bébés négligés ou maltraités tirent rapidement profit de l'accueil étudié. Cependant ils alertent sur la nécessité de garantir une relation à un adulte de confiance, pourvoyeur de soins, sans laquelle les bébés ne pourront développer leurs capacités intersubjectives. Le cadre joue aussi un rôle important dans ce développement en proposant : rythmicité, prévisibilité, stabilité, continuité. Cette étude suggère cependant que si les capacités de l'enfant peuvent se rattraper, les divers secteurs de développement n'évoluent pas tous au même rythme. Cette étude peut être rapprochée de celle menée à la pouponnière Saint-Exupéry (Rousseau & *al.* 2016, Fiche n°31), qui propose d'évaluer les effets de l'accueil en pouponnière à long terme sur une cohorte de 129 enfants. Elle fait apparaître que le placement initial à la pouponnière serait globalement profitable aux enfants de la cohorte sur le plan somatique et clinique.

**Une posture réflexive de l'accueillant semble une condition pour la réussite du placement en accueil familial** selon certaines recherches. Constatant que l'accueil familial est considéré comme une base *sécurisée* pour le développement des enfants, et que le nombre d'enfants confiés dans ce cadre augmente, des chercheurs (Cameron & *al.*, Fiche n°7) proposent une théorie de l'éducation en accueil familial (*Theory of upbringing in foster care*). Ils proposent, au-delà de la question de l'attachement, qui réduit l'angle à une vision unidimensionnelle, une vision globale qui inclut l'environnement et l'expérience quotidienne, en s'appuyant sur les théories du pédagogue allemand Klaus Mollenhauer récemment traduites en anglais (2013). Ils définissent les accueillants comme des *experts du quotidien*, comme des *praticiens réflexifs*, compétents pour « être avec » des enfants en étant conscients des opportunités que cela peut leur amener. Cette posture réflexive est à rattacher à l'évolution de l'éducation selon Mollenhauer. Celui-ci souligne que nous sommes passés d'un modèle où l'enfant apprenait par le partage du quotidien de l'adulte qui montre l'exemple, à un modèle où l'adulte propose une "représentation" à l'enfant, en évaluant ce qui peut lui être présenté. La "présentation", intuitive, naturelle, est remplacée par la "représentation", qui suppose évaluation, anticipation et expertise technique. Pour autant, l'implicite continue d'avoir une place importante dans le domaine de l'expérience quotidienne. Les auteurs soulignent l'enjeu, pour les accueillants d'enfants confiés, d'estimer ce qui est présentable à l'enfant selon des étapes, ce qui suppose de **baser leurs jugements sur les droits de l'enfant et les responsabilités de l'adulte**. Cependant, dans cette relation pédagogique, **la société a un rôle à jouer par la reconnaissance du rôle des accueillants**.

D'autres études, comme celle de Séverine Euillet et Hélène Join-Lambert Milova (2013, Fiche n°15), semblent accréditer les bénéfices pour l'enfant accueilli de cette posture réflexive de l'accueillant familial. Dans cette étude, les chercheurs ont mis en regard parentalité d'accueil, développement de l'enfant et relations avec la famille d'origine dans une perspective attachementiste. Elles dégagent trois types de parentalité d'accueil : une parentalité centrée sur le quotidien, une parentalité centrée sur l'organisation du temps partagé avec les familles d'origine et une « parentalité dynamique professionnelle autour de l'enfant ». Ce dernier modèle, où l'accueillant adopte une posture réflexive, reste minoritaire dans l'étude mais concorderait avec des enfants développant moins de problèmes affectifs et une relation d'attachement plus sécurisée.

Ces aspects sont à relier avec la question de la **professionnalisation de l'accueil familial**. Si, en France, les accueillants disposent d'un statut, d'une rémunération, d'une formation et de plus en plus d'un soutien professionnel, les familles d'accueil des autres pays ne sont pas toutes dans cette situation, plus proches du bénévolat pour certaines et sans grande interaction avec les services sociaux qui gèrent l'accueil de l'enfant, alors que la recherche tend à montrer que **le placement est d'autant plus réussi que la famille d'accueil aura tendance à se sentir appartenir à une équipe et travaille en collaboration avec les services de protection de l'enfant** (Jones Harden, 2014, Fiche n°23 ; Reimer, 2009, Fiche n°30). Dans certains cas, les supports proposés aux enfants accueillis en famille reposent sur l'investissement des accueillants, selon Semanchin & al. (2016, Fiche n°36) qui, dans leur étude, montrent que les familles d'accueil rencontrent fréquemment des difficultés pour obtenir des informations, par exemple médicales, ainsi que des rendez-vous.

**La question ne se limite donc pas à trancher entre accueil familial et accueil institutionnel mais bien de savoir de quoi ont besoin les enfants, en particulier petits, et de définir ce qui est mis en place pour satisfaire ces besoins.** L'accueil en établissement semble au défi de faire plus de place au sentiment quand l'accueil familial se conçoit comme une posture professionnelle singulière mais construite sur la connaissance et la réflexivité. Cette posture paraît déterminante pour permettre l'adaptation de l'enfant à son milieu d'accueil (Semanchin & al. (2016, Fiche n°36), voire son affiliation (Wendland, Gaugue-Finot, 2008, Fiche n°41).

Par ailleurs, certains chercheurs ont mis en évidence l'enjeu pour le bien être des enfants que représente la capacité des établissements à s'articuler avec des services et partenaires extérieurs (Barth, 2002, Fiche n°2 ; Sempik & al., 2008, Fiche n°37 ; Davies & Ward, 2012).

**Les études soulignent que penser la qualité de l'accueil dans le contexte familial suppose de s'interroger sur les caractéristiques des familles d'accueil**, en articulation avec les caractéristiques des enfants et de leur milieu d'origine (voir *infra*). Ce qui suppose aussi de prendre en compte d'autres paramètres, par exemple la présence ou non d'enfants de la famille au domicile, qui jouent parfois un rôle important dans la possibilité d'adaptation et d'affiliation de l'enfant accueilli. Si le contexte familial rend plus simple l'établissement d'une relation dans la mesure où l'enfant ne doit pas s'adapter à une multitude de personnes, cette relation peut facilement être remise en cause en cas de conflit et générer des ruptures et des changements de placement (Reimer, 2009, Fiche n°30).

## **I.2. A l'international, un mouvement vers la désinstitutionalisation**

Sur la scène internationale, au niveau des organisations productrices de textes normatifs, le débat semble tranché, et les textes enjoignent clairement à la désinstitutionalisation, c'est-à-dire **l'abolition de l'accueil en établissement, à tout le moins pour les 0-3 ans, sur la base des enjeux de développement de l'enfant** évoqués *supra*. Certains pays appliquent déjà cette orientation et pratiquent finalement très peu d'accueil en établissement. C'est par exemple le cas des Etats-Unis et de l'Angleterre. Au contraire, dans les pays ayant récemment rejoint l'Union Européenne, en Europe de l'Est et en Asie centrale, les enfants sont encore très majoritairement accueillis en institution. C'est aussi le cas au Japon (Human Rights Watch, 2014).

Les lignes directrices pour la protection de remplacement des Nations Unies, adoptées en février 2010, se déclinent dans nombre de programmes internationaux visant à réduire le nombre d'enfants en institution. L'Unicef organise des conférences et produit des documents pour favoriser ce mouvement. En Europe, ces intentions sont principalement visibles dans les **pays de l'ancien bloc de l'Est** (Unicef, 2012, Fiche n°38). **L'accent y est régulièrement mis sur la nécessité d'articuler cet objectif avec la prévention du placement et donc le renforcement des familles.** En Europe de l'Est, les causes du placement sont majoritairement liées à l'abandon et au handicap des enfants, alors que dans le reste de l'Europe, le placement est motivé par des carences ou maltraitements familiales. L'Unicef encourage ainsi les Etats de l'Europe de l'Est à changer de paradigme : le rôle de l'État étant de soutenir les familles pour prendre soin de leurs enfants et non de se substituer à elles. La prévention du placement reste donc indissociable de la question des spécificités de l'accueil, quelles que soient les causes. Le soutien aux familles et la prévention des abandons suppose

parfois des articulations à créer dans des pays où le travail social est tout juste émergent, nécessitant un effort de formation.

Jean-Claude Legrand (2012, Friche n°24) abonde dans ce sens dans l'objectif de réduire le nombre d'enfants placés en institution avant 3 ans. Dans une étude menée au Kazakhstan, les motifs de placement varient fortement selon qu'on interroge à ce sujet les professionnels ou les mères. Ainsi, selon les spécialistes, les trois premières causes de placement sont le manque de ressources de la mère (36%), la déviance de la mère (« style de vie antisocial », 14%), le manque d'aide du père (5%) alors que les mères évoquent d'abord un manque de domicile (37%), des ressources insuffisantes (26%), ou des problèmes de papiers (12%).

**Globalement, le nombre d'enfants en institution a été réduit dans la région, avec des écarts cependant très importants selon les pays.** Ainsi, la Russie représente à elle seule la moitié des enfants âgés de moins de 3 ans accueillis en institution.

**L'accueil institutionnel de la région est mis en lien avec l'abandon des enfants à la naissance ou peu après.** Certains l'expliquent, par exemple en Roumanie (Scorpia Popescu, 2004, Fiche n°34), par l'histoire du pays et une volonté pro-nataliste du régime communiste, suivie d'une augmentation des abandons. En 2004, la Roumanie s'est dotée d'une loi visant à placer la prévention en première ligne, qui stipule que l'enfant de moins de 2 ans ne peut être placé que dans une famille d'accueil ou dans la famille élargie. Pour autant, les enfants roumains de moins de 3, voire 2 ans, restent nombreux dans les institutions : si leur nombre décroît, leur proportion au sein de la population générale n'a pas baissé depuis 10 ans. L'auteur insiste sur une banalisation de l'abandon, qui a du mal à être déconstruite, y compris au sein des structures hospitalières où sont abandonnés les enfants, en particulier à la maternité ou en service de pédiatrie.

**Chou & Browne (2008, Fiche n°9) mettent en regard le nombre d'enfants accueillis en institution en Europe et les chiffres de l'adoption internationale.** Ils concluent à une corrélation entre les deux pour les pays qui confient les enfants à l'adoption. Ainsi, les pays ayant le plus fort taux d'enfants placés en institution sont aussi ceux qui ont la plus forte proportion d'enfants qui quittent le pays pour être adoptés. Pour les auteurs, l'adoption internationale entre en contradiction avec l'intérêt de l'enfant à long terme dans ces pays, car les facteurs d'abandon sont alors peu pris en compte et le *status quo* empêcherait aussi l'amélioration des services prenant en charge ces enfants, dont seulement 4% seraient orphelins. Les enfants handicapés, moins facilement adoptés, resteraient de ce fait confinés dans des institutions qui évoluent peu.

**Le cas de la France** est souvent souligné par les études internationales pour avoir un fort taux d'enfants placés en institution, voire le plus fort taux pour les enfants de moins de 3 ans. La CNAPE<sup>10</sup> a cependant porté à l'attention de la Commission européenne lors des travaux relatifs à la désinstitutionalisation en 2012, une contribution qui insistait sur le fait que leur définition<sup>11</sup> d'une « culture institutionnelle perçue comme tenant les bénéficiaires à l'écart, marquée par la rigidité de la routine, n'offrant ni intimité ni individualisation avec une éthique de soins paternaliste », ne pouvait s'appliquer au modèle français de protection de l'enfance, dont elle rappelait les spécificités (CNAPE, 2012).

### **I.3. Les effets à plus long terme de l'accueil du jeune enfant en protection de l'enfance**

#### **Sur le plan de la santé**

A défaut d'études longitudinales, plusieurs études proposent de regarder le parcours et le devenir des enfants à partir des dossiers : **soit en partant des dossiers d'enfants placés dans leur prime enfance plusieurs années auparavant, pour observer ce qu'ils sont devenus** (Bergonnier-Dupuy & Ganne, 2011, Fiche n°4 ; Fanelllo & al., 2013, Fiche n°18 ; Ganne, 2013, Fiche n°19 ; Milani & al., 2011, Fiche n°26 ; Rousseau & al., 2016, Fiche n°31 ), soit en partant de leur situation actuelle et en recherchant dans leur dossier ce qu'ils ont traversé (Potin, 2012, Fiche n°29).

Ainsi dans l'étude sur le parcours des enfants admis à la pouponnière Saint-Exupéry dans le Maine-et-Loire avant 4 ans pour des motifs de maltraitance<sup>12</sup> (Fanelllo & al., 2013 Fiche n°18 ; Rousseau & al., 2016, Fiche n°31), **le placement à la pouponnière permet certes une amélioration de la santé et un rattrapage de la croissance, mais, pour les enfants exposés à des maltraitements sévères avant 4 ans qui restent dans le dispositif de protection de l'enfance, les troubles psychiques vont perdurer et nécessitent parfois une mesure de protection sociale au titre du handicap** (1 jeune sur 2). Sur un échantillon de 128 enfants, des troubles psychiatriques étaient notés à l'entrée dans le dispositif pour 116 d'entre eux, et à la sortie pour 98 d'entre eux. L'état de santé physique et psychique est mis en lien par les chercheurs avec le délai entre l'alerte et le placement à la pouponnière, en moyenne de

<sup>10</sup> Convention nationale des associations de protection de l'enfant.

<sup>11</sup> Rapport du groupe d'experts ad hoc sur la transition des soins en institution aux soins de proximité, Commission européenne, Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances, septembre 2009.

<sup>12</sup> Ce qui ne représente qu'une partie des motifs d'accueil de la structure, qui fonctionne comme une structure d'évaluation, précisent les chercheurs.

13 mois, alors que 80% des enfants de la cohorte ont été suivis par des services avant leur arrivée (maternité, PMI, services sociaux), suggérant un sous-diagnostic de la maltraitance.

L'étude sur le devenir 8 à 9 ans après **la sortie du centre maternel** d'environ 200 enfants accueillis avant 3 ans avec leur mère (et parfois leurs frères et sœurs) (Bergonnier-Dupuy & Ganne, 2011, Fiche n°4 ; Ganne, 2013, Fiche n°19), montre que **ce dispositif de protection de l'enfance se prolonge parfois à la sortie et peine par ailleurs à conforter la situation sociale de la mère et par là, la vulnérabilité familiale**. Pourtant, l'originalité du centre maternel est d'allier un travail de soutien à la fonction maternelle et à l'établissement de la relation mère-enfant, à un travail sur l'insertion des mères. Ainsi, les sorties du centre sont parfois motivées par un placement judiciaire, ou bien ces placements peuvent survenir quelque temps après. 16,9% des enfants de l'étude connaîtront un placement long sans retour à domicile dans le temps de l'étude et 22,8% auront connu des placements plus courts.

#### *Accueillir les problèmes de santé, les troubles ou le handicap en protection de l'enfance*

Si ces modes d'accueil des très jeunes enfants en protection de l'enfance sont spécifiques, c'est que **ces publics sont spécifiques**. Aussi, la spécificité de l'accueil de ce type de public ne peut se comprendre qu'à la lumière des particularités du public, les moins de 6 ans, et particulièrement ceux qui souffrent de problèmes de santé, ou sont reconnus (ou en voie de l'être) en situation de handicap (MDPH). La problématique de l'accès au soin des jeunes pris en charge au titre de la protection de l'enfance fait l'objet de quelques recherches, plus rares étant celles se centrant sur les moins de 6 ans. Ainsi, tout âge confondu, pour Euillet & al., (2016, Fiche n°16), la prise en charge CMU permet que les enfants bénéficient d'une protection sociale dès leur entrée dans les dispositifs de protection de l'enfance. Or, les auteurs de ce rapport pointent que **les bilans de santé à l'entrée ne sont pas systématiques, les services de PMI et des structures d'accueil n'étant pas toujours coordonnés**. Les auteurs observent une variation importante des pratiques d'accès au soin selon les territoires, qui provient, selon eux, du déficit de connaissance mutuelle entre services trop souvent cloisonnés (MDPH, CPAM, ARS, etc.). D'autres études régionales, comme en Rhône-Alpes, décrivent la problématique de l'état de santé des enfants accueillis, sans toutefois noter de spécificité pour les plus petits (CREAI Rhône-Alpes, 2012, Fiche n°11 ; Bacro et al., 2013, Fiche n°1).

Enfin, s'agissant des études sur la santé des enfants placés, Vicki Welch et son équipe ont produit en 2015 **une revue de littérature intéressante et synthétisant 90 études états-**



**uniennes, anglaises, canadiennes, australiennes, chinoises et néerlandaises sur la question de la santé des enfants en protection de l'enfance.** Un des résultats importants de cette synthèse est que, pour les enfants en situation de handicap relevant de la protection de l'enfance, **il y a deux fois moins de chances qu'un retour en famille soit effectif que pour leurs pairs valides.** Les enfants en situation de handicap sont également ceux qui sont moins souvent adoptés. Enfin, sur la question du handicap, un manque de guides de bonnes pratiques est noté par cette revue de littérature qui relate les discours des professionnels (Welch et *al.*, 2015, Fiche n°39).

### *Des troubles du comportement en protection de l'enfance*

Des troubles du comportement, des troubles de développement ou des déficiences, constituent également des spécificités des modes d'accueil en protection de l'enfance des enfants âgés entre 0 et 6 ans.

Le cas des pouponnières (Casini, 2008, Fiche n°8) ou des centres départementaux de l'enfance, en lien avec les services de pédopsychiatrie et Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) est à regarder avec attention. C'est par exemple le cas d'une étude récente de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Midi-Pyrénées (2015), qui pointe les partenariats entre l'accueil relevant du médico-social et les jeunes enfants en bas-âge en protection de l'enfance. Sur l'échantillon de l'étude des publics des CAMSP, 31 % (n = 102) des enfants accueillis sont concernés par un soutien ASE et PMI, en Tarn et Garonne (ORS Midi-Pyrénées, 2015). Même si dans cette étude exploratoire, les enfants de 0 à 2 ans ne représentent que 6,7 % des enfants accompagnés en CAMSP, il est utile de **pointer le lien existant entre le sanitaire (pédopsychiatrie), le champ du handicap, et celui de la protection de l'enfance.** D'ailleurs, les relais, à la sortie de la prise en charge en CAMSP dans ce département, pour les enfants bénéficiant d'une mesure de protection, se fait vers les CMPP et les CMP, mais également, après leurs 6 ans, vers des ITEP, via une orientation de la MDPH (Dupont, 2016 ; Blatgé, Cervera, Parron, 2016). On trouvera donc **des partenariats spécifiques, selon les territoires, entre l'ASE et ces institutions sanitaires ou médico-sociales, qui construisent des parcours institutionnels pluriels dès le plus jeune âge.**

L'étude des parcours ultérieurs des enfants admis avant l'âge de quatre ans en pouponnière en Maine-et-Loire, comme cité ci-dessus (entrées entre 1994 et 2001, n = 128), montre **des états de santé particulièrement alarmants à l'entrée** (Rousseau & *al.*, 2016, Fiche n°31). L'analyse des trajectoires permet de montrer que les enfants, admis en moyenne à 17 mois, arrivent dans des situations sanitaires dégradée : un « très mauvais état de santé physique



et psychique » est signalé, avec un taux de déni de grossesse 10 fois supérieur à la population générale, un taux de prématurité 2,5 fois supérieur à la moyenne de la population générale et une mortalité infantile 10 fois supérieure à la population générale. Dans un contexte de maltraitance important, **cette étude note que près de quatre enfants sur cinq présentent des troubles psychiatriques à l'admission**. La durée de parcours moyenne dans le dispositif de protection de l'enfance étudié, est de 13,2 années (plus ou moins 4,6 ans). A leur sortie, 9 enfants de l'échantillon bénéficient de l'AAH, alors que seuls 30 jeunes ne présentaient pas de troubles repérables et qu'un diagnostic psychiatrique a été posé pour les 99 autres, selon les auteurs, ce qui suggère des distorsions entre évaluation et reconnaissance du handicap.

**Ces cas de problématiques psychiques sont souvent le fait de trajectoires marquées par la maltraitance et pointent des déficits de formation des médecins pour repérer ces phénomènes** : en effet, l'étude de Céline Greco montre que 57% des médecins estiment leurs connaissances insuffisantes pour la repérer (Greco, 2015, Fiche n°22), mettant alors à mal leur capacité à signaler ces situations.

Rappelons que l'entrée handicap pour les moins de 6 ans est un champ qui reste largement à investiguer, quand le rapport 2015 pour les droits de l'enfant pointe que 20 % des publics de l'ASE, tout âge confondu, ont une reconnaissance par la MDPH (Défenseur des droits, 2016, Fiche n°12).

#### *Des partenariats entre Pmi, médico-social, pédopsychiatrie et protection de l'enfance*

On peut plaider, comme l'a fait récemment le pédopsychiatre Bernadet-Gray, pour une psychiatrie se situant en pivot des relations entre protection de l'enfance et sanitaire (2014). Or, si des expérimentations permettent d'intensifier des liens coordonnés entre les différents opérateurs en la matière pour les « tout-petits », **force est de constater que ce sont plutôt des difficultés, voire des conflits entre hôpital, ASE et PMI qui se développent suite aux réformes successives de la protection de l'enfance**. En effet, pour les plus jeunes (moins de 6 ans), la question de l'identification des problèmes de santé à l'extérieur des dispositifs d'accueil n'est pas à l'ordre du jour, les lieux d'accueil traitant ces questions en interne avec les médecins ou puériculteurs (Samson, 2007, Fiche n°32). Enfin, les problématiques de troubles du langage sont repérées très tôt, comme le montre l'étude de Gianniteli et al. (2011, Fiche n°20), le relais avec les orthophonistes étant dans ce cas activé. L'investigation des spécificités de l'accueil des tout-petits en protection de l'enfance doit également prendre en compte un contexte qui vaut pour les partenariats généraux entre ASE, pédopsychiatrie et PMI. **Des études en psychologie ou des études cliniques, mises en**

**avant par les praticiens, pointent souvent des placements qui concourent également au développement des troubles psychiques** (Welniarz, 2007, Fiche n°40). Ce contexte est également caractérisé par un manque de place pour accueillir les jeunes enfants en situation de handicap et par une difficile adéquation entre besoins et offre d'accueil (Plaisance et *al.*, Fiche n°28). Dans ce contexte, on peut noter que les structures d'accueil de protection de l'enfance doivent faire face à la nécessité d'un travail en réseau avec les partenaires sur la santé et/ou le handicap mais peuvent, avant qu'une solution ne soit envisagée, être les seuls pilotes de l'accueil, du maintien des liens familiaux et de la résolution des problématiques de santé.

Enfin, du côté des services départementaux de protection maternelle et infantile, les professionnels témoignent de modifications dans leurs pratiques du fait de la « souveraineté » des pratiques des structures d'accueil et face à la nécessaire co-construction du signalement et des informations préoccupantes. Différentes injonctions sont faites à la PMI pour mettre en place les alertes vers la protection de l'enfance, sans que cela soit pour autant leur rôle institutionnel (Colombo, 2013, Fiche n°10). On peut se demander, dans ce cas, si le seul recours pour les PMI n'est pas la pédopsychiatrie hospitalière (Ythier, 2013, Fiche n°44).

### **Sur le plan de la stabilité**

L'étude sur les **sorties de centres maternels** (Bergonnier-Dupuy & Ganne, 2011, Fiche n°4 ; Ganne, 2013, Fiche n°19), montre que **l'enfant va connaître des trajectoires marquées par de nombreux changements** au moment de la sortie de ces centres, liées à **l'instabilité résidentielle de leur mère** : soit qu'ils la suivent dans ses changements d'adresse, soit que la mère les confie à des personnes différentes lorsque son hébergement est compliqué. Les enfants sont alors soumis, soit à une instabilité résidentielle, soit à une instabilité de l'adulte avec lequel ils partagent le quotidien. Parfois, aussi, cette instabilité est due au fait d'être placé dans le dispositif de protection de l'enfant.

Brenda Jones Harden (2014, Fiche n°23) montre **qu'aux Etats-Unis, la grande majorité des enfants sont accueillis en famille d'accueil mais connaissent des ruptures de placement**. Cette instabilité est souvent attribuée aux troubles du développement. La plupart des enfants connaîtront un ou deux lieux de placement, mais un tiers, voire deux tiers, selon les études, connaîtront une rupture de placement dans les deux premières années du placement. Celui-ci deviendrait plus stable avec l'âge, faisant dire à l'auteur que plus on entre petit dans le dispositif, plus on a de probabilités de connaître un nombre élevé de

placements. Celle-ci s'interroge sur le lien avec les troubles du développement : causes ou conséquences de cette instabilité ? Aux Etats-Unis, l'objectif de stabilité est clairement énoncé par les autorités mais seulement 40% des Etats atteignent cet objectif, suggérant ainsi que **la priorité à l'accueil familial ne garantit pas forcément la stabilité pour l'enfant**. C'est aussi ce que montrent Euillet & Join-Lambert (2013, Fiche n°15) : les enfants rencontrés ont, pour un quart d'entre eux, connu au moins un changement de placement familial entre les deux phases de l'enquête à six années d'intervalle. Les tests évaluant l'attachement montrent que ces enfants développent plus de troubles affectifs, somatiques et du comportement, que ceux qui sont stabilisés.

**En France, plusieurs études se sont intéressées aux parcours des enfants au cours de leur prise en charge en protection** (Chaieb, 2013). La recherche d'Emilie Potin (2012, Fiche n°29), rassemble en trois types de parcours plusieurs observations. Les enfants qui connaîtront des placements longs et stables sont souvent des enfants confiés avant 10 ans, d'autres enfants vont connaître plusieurs lieux de placements sans pour autant être retourné au domicile de la famille d'origine, et enfin des enfants vont connaître une trajectoire en forme d'allers et retours, entre milieu d'origine et lieux de placement.

### **Sur le plan de la scolarité**

Largement liée aux éléments précédents, **la scolarité des enfants est relevée dans certaines études**. Dans l'étude sur la sortie de centre maternel évoquée *supra*, **les trajectoires scolaires sont dépendantes des trajectoires résidentielles** avec, pour certains enfants, des changements d'école fréquents. Un certain nombre d'enfants de l'étude avaient des difficultés scolaires rapportées par leur mère.

D'autres études soulignent que **l'écart scolaire entre les enfants placés et la population générale (Mainaud, 2013) est à rapprocher de difficultés au niveau du développement cognitif en lien avec le vécu en amont du placement lorsqu'il y a eu des violences au domicile familial** (Jones Harden, 2014 Fiche n°23). Dans l'étude concernant l'évolution des enfants accueillis en pouponnière dans le Maine-et-Loire, un jeune sur deux connaissait des difficultés d'insertion sociale et des échecs scolaires. D'un autre côté, les conditions du placement pourraient également expliquer ces écarts par de moindres attentes et stimulation des enfants par les professionnels de l'accueil (Denecheau & Blaya, 2014).

### **La question de la fratrie**

**Les lignes directrices pour la protection de remplacement de l'ONU précisent que la planification de cette protection doit aussi prendre en compte les relations nouées entre**

**frères et sœurs et éviter leur séparation.** L'intérêt de l'enfant étant de maintenir les liens d'attachement dans la fratrie. Les normes internationales prévoient d'ailleurs que cet objectif peut justifier de déroger à la règle de la désinstitutionalisation, même avant 3 ans. Cet objectif se décline désormais dans la loi française depuis le 14 mars 2016, qui précise que « Le projet pour l'enfant prend en compte les relations personnelles entre les frères et sœurs, lorsqu'elles existent, afin d'éviter les séparations, sauf si cela n'est pas possible ou si l'intérêt de l'enfant commande une autre solution » (art. L.22-1-1).

**En France, l'accueil en village d'enfants est particulièrement spécialisé dans l'accueil de fratries.** Des chercheurs (Scelles & *al.*, 2007, Fiche n°33) ont analysé ce type d'accueil et montrent que la fratrie apporte une certaine sécurité et protection vis-à-vis de l'extérieur, à commencer par des parents maltraitants mais aussi pour faire face à la nouveauté du placement. La recherche souligne que lorsqu'une partie de la fratrie est restée au domicile, ceux qui sont placés peuvent tirer moins de bénéfice du placement car savoir leurs frères et sœurs en danger les insécurise. D'un autre côté, dans certaines situations, le placement conjoint de la fratrie présente des limites. Il faut alors pouvoir évaluer dans quelle mesure elle est une ressource positive pour les enfants ou si au contraire une séparation est préférable, en raison de reproduction de comportements pathogènes antérieurs au placement ou de réactivation, par la simple présence, des traumatismes. D'autres auteurs attirent l'attention sur le fait que le placement redistribue les rôles dans la fratrie, notamment pour l'aîné, qui voit son rôle modifié par la présence d'une personne chargée de le protéger avec ses frères et sœurs (Semanchin, 2016, n°36).

**Une revue de littérature sur le sujet** (Scelles & *al.*, 2007, Fiche n°33) relève qu'il reste finalement peu investigué. Les études sont souvent partielles et se limitent aux dyades ou à des parties de fratrie. De plus, les études s'intéressent aux effets du placement conjoint de fratries, plus rarement aux effets de la séparation des fratries dès le début du placement. En outre, le rôle des adultes semble crucial dans la création d'un lien entre germains et pour qu'il perdure dans le temps (Déchaux, 2012), ce qui interroge le rôle des accueillants en protection de l'enfance. Dans l'étude d'Emilie Potin, (2012, Fiche n°29), un enfant sur deux était placé avec tout ou partie de sa fratrie.

## II. Articuler accueil de l'enfant et milieu d'origine

La loi du 14 mars 2016 est présentée par le législateur comme rompant avec une « idéologie familialiste » et du maintien des liens prévalant depuis une trentaine d'année en protection de l'enfance<sup>13</sup> et recentre le dispositif sur l'intérêt de l'enfant. Pour y veiller, dans l'esprit de ses droits, la protection de l'enfance doit donc trouver un équilibre entre milieu d'origine et nécessité de séparation. L'enfant ayant le droit de vivre dans sa famille, la prévention du placement garde une place importante et se rejoue une fois l'enfant accueilli pour déterminer l'évolution du placement et ses effets sur l'enfant à plus ou moins long terme.

### II.1. Le maintien des liens

**La littérature montre toute la complexité d'articuler l'accueil de l'enfant avec son milieu d'origine, qui tiendrait plus à la manière dont cette articulation est menée qu'à son principe même.** Ainsi, pour Maurice Berger (2002, Fiche n°3), dans l'accueil de l'enfant petit, l'enjeu est de ne pas se situer sur le parent symbolique, mais sur le parent réel. D'un autre côté, les parents eux-mêmes se situent souvent dans l'imaginaire (le parent qu'ils aimeraient être face à un enfant lui aussi imaginaire), alors que le bébé a besoin d'une présence et de soins bien concrets. L'auteur souligne que ces soins concrets sont la condition d'un attachement de suffisamment bonne qualité qui lui permettra, dans une phase secondaire, d'accéder au symbolique. Pour Maurice Berger il ne s'agit pas de maintenir les liens, mais de les travailler, notamment en offrant à l'enfant un espace pour penser le parent tel qu'il est, mais aussi en écoutant l'enfant à travers toutes les formes d'expression, y compris les enfants de moins de 2 ans. Enfin, séparation ne signifie par pour autant rupture, puisque seulement 5% des enfants du service dont les parents sont évalués comme nocifs n'ont plus de contacts avec leurs parents. Ce travail des liens est donc envisagé ici comme un support pour réussir le placement.

**D'un autre côté, l'objectif du placement est aussi parfois de travailler à un retour de l'enfant dans sa famille.** Milani & al. (2011, Fiche n°26) montrent, à partir d'une étude sur des enfants de moins de 6 ans accueillis en établissement en Italie, qu'à des raisons similaires de placement correspondent des issues différentes, ce qui suggère pour eux que le maintien des liens entre famille et enfant, et la prise en charge globale de ces familles, sont des facteurs bien plus déterminants pour l'évolution du placement que la nature des

<sup>13</sup> DINI Muguette, MEUNIER Michelle (2014), « Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant », rapport d'information n°655, commission des Affaires sociales du Sénat ; « Protection de l'enfance. Feuille de route 2015-2017 », ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2015).

problèmes de départ de la famille. Cependant, **l'échec du retour en famille peut être identifié comme un facteur négatif** pour l'avenir des enfants (Rousseau & *al.*, 2016, Fiche n°31).

Des recherches récentes menées au Luxembourg sur les **visites parentales au bébé placé** en institution (Deprez & *al.*, 2011, Fiche n°13 ; Déprez & Wendland, 2013, Fiche n°14), proposent de sortir du débat entre considérer les visites parentales comme positives ou négatives en elles-mêmes et de s'intéresser aux conditions de ces visites et aux réactions individuelles du bébé. Les auteurs ont dégagé trois groupes d'enfants en fonction de leurs réactions : ceux qui vont mieux après les visites, ceux qui manifestent le désir de cette visite mais qui la vivent mal et ceux qui semblent ne pas réagir à la visite. Les variables explicatives par les chercheurs tiennent à la sensibilité du parent pendant la visite et à la fréquence de ces visites. Plus il y a de visites, et plus le parent se montre engagé dans la visite, meilleures sont les relations et mieux va l'enfant. Cependant, les auteurs avancent l'hypothèse que les effets vertueux des visites peuvent tenir au profil des parents, ceux ayant le plus de ressources pouvant davantage tirer profit de ces visites. Les enfants qui ont une durée de placement plus courte sont ceux qui réagissent le plus mal, suggérant une phase d'adaptation. Mais pour ceux dont le placement est de plus longue durée, le phénomène de « mal de placement » défini par Myriam David apparaît davantage, mettant en jeu la question du conflit de loyauté. Les auteurs insistent finalement sur le fait que pour les enfants de moins de 3 ans, **il s'agit moins de maintenir les liens que de les construire**, et que les interactions avec les parents sont cruciales pendant cette période. Les auteurs vont d'ailleurs jusqu'à suggérer que les visites parentales soient quotidiennes pour les bébés, à condition de réfléchir au cadre de ces visites.

**Le cadre de l'accueil familial** pose des questions additionnelles, les parents d'origine pouvant ressentir comme une concurrence avec la famille d'accueil. Scelles & *al.* (2007, Fiche n°33) notent d'ailleurs que **dans le cadre des villages d'enfants, les parents apprécient que l'organisation fasse de la maison d'accueil, la maison des enfants** (souvent accueillis avec d'autres fratries), et non la maison de l'accueillant, dont le domicile privé est distinct. Les liens se vivent plus comme des liens avec des professionnels qu'avec des familles concurrentes, d'autant que leurs interlocuteurs sont plutôt les autres professionnels de l'équipe socio-éducative du village d'enfants.

Les relations entre la famille d'accueil et la famille biologique peuvent être compliquées par des tensions, des frustrations et des ambivalences, avec des conséquences sur le comportement de l'enfant. Pour Semanchin & *al.* (2016, Fiche n°36), **les accueillants doivent**

**permettre aux enfants d'éprouver des sentiments partagés et contradictoires, par exemple en faisant de la place à la famille d'origine en l'invitant à des événements importants de la vie de l'enfant, par exemple à l'école.**

Dans leur recherche sur les dynamiques relationnelles dans l'accueil familial, Euillet & Join-Lambert ont non seulement investigué le développement de l'enfant dans ce cadre (voir *supra*), mais ont aussi interrogé la notion de parentalité d'accueil mise en perspective avec le lien avec les parents d'origine. Si les accueillants constatent des améliorations dans le développement de l'enfant comme effet positif du placement, ils voient peu d'évolution des compétences parentales au bout de 6 ans de placement, alors que les mères interrogées estiment au contraire avoir évolué.

## **II.2. les caractéristiques sociales des familles**

Les études renseignent parfois sur les caractéristiques sociales des familles dont les enfants sont placés. Il s'agit plus souvent de femmes. Dans l'étude de Semanchin & *al.* (2016, Fiche n°36) aux Etats-Unis, elles représentaient 76,5 %. Dans l'enquête d'Emilie Potin (2012, Fiche n°29), 20% des enfants avaient leurs deux parents qui vivaient ensemble. 70% des mères étaient sans profession, seules 11% des mères travaillaient en CDI. Elles étaient près de 30% à connaître un problème de santé ou de handicap. Les caractéristiques sociales des parents s'obtiennent plutôt lors d'entretiens avec eux, car les dossiers renseignent peu sur leurs revenus et situations d'emploi.

Dans leur travail sur le devenir des enfants accueillis avant trois ans en centre maternel, Genevieve Bergonnier-Dupuy et Claire Ganne (2011, Fiche n°4 ; 2013, Fiche n°19), renseignent sur le profil des mères concernées. Elles ont en général moins de 25 ans (moyenne autour de 23 ans) et selon le département d'enquête, elles peuvent être sédentaires ou au contraire avoir connu des parcours de migration. Parmi les migrantes, plus de la moitié d'entre elles sont arrivées en France au cours de leur minorité. A la sortie du centre, leur situation reste fragile voir précaire, et un peu moins de la moitié d'entre elles perçoit des revenus issus du travail au moment de l'enquête, 8 à 9 ans après la sortie du centre. La majeure partie de l'échantillon était suivie par des services sociaux (45 sur 66 femmes) après le centre maternel.

### III. Une alternative, l'externalisation de l'accueil ?

Progressivement font leur entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, des solutions qui en étaient disjointes. L'accueil des enfants, en particulier lorsqu'ils sont petits, se pense désormais en articulation avec de nouveaux partenaires : familles adoptantes (dans le cadre d'adoptions plénière ou simple<sup>14</sup>), familles élargies ou parrainage<sup>15</sup>. Certains pays ont déjà une expérience de cette articulation.

#### III.1. L'adoption

En France adoption et protection de l'enfance étaient liées autour des enfants orphelins ou abandonnés, sachant que les orphelins représentent une faible part des enfants accédant au statut de pupilles et donc adoptables (9%), que les naissances sans filiation et les remises à l'Aide sociale à l'enfance représentent la moitié des motifs d'accès au statut de pupilles, et que 44% des enfants adoptables pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance ont acquis le statut de pupille suite à une décision judiciaire de déclaration d'abandon au titre de l'article 350 du Code civil (38%) ou de retrait total de l'autorité parentale (11%) (ONED, 2016c).

**La loi du 14 mars 2016, précédée par plusieurs rapports visant à rapprocher l'adoption du dispositif de protection de l'enfance<sup>16</sup>**, a abrogé l'article 350 du code civil qui figurait au titre « filiation adoptive », au profit de la « déclaration judiciaire de délaissement parental », figurant au titre « autorité parentale ». La loi prévoit que le délaissement parental soit mieux évalué, par la mise en place d'une commission dédiée dans les conseils départementaux, à partir d'une durée d'un an de placement, et de 6 mois pour les enfants âgés de moins de 2 ans. Le projet de vie pour les enfants accédant au statut de pupilles, prévu par la loi, peut s'orienter vers plusieurs solutions, dont l'adoption.

**Plusieurs pays d'Europe et au-delà ont déjà orienté leurs dispositifs** dans un objectif de permanence à long terme de l'accueil de l'enfant (*permanency planning*), qui se traduit dans certains pays par une accélération des adoptions des enfants protégés (Welch & al., 2015, Fiche n°39). Aux **Etats-Unis**, la loi AFSA (*Adoption and Safe Families Act*, 1997) prévoit qu'au bout de 15 à 20 mois de placement, l'Etat peut accélérer la procédure d'adoption si les critères sont réunis. Une équipe de recherche (Wulczyn & al., 2016, Fiche n°43) s'est

<sup>14</sup> La différence majeure étant que dans l'adoption plénière, une nouvelle filiation remplace celle d'origine, alors que l'adoption simple permet d'articuler parentalité adoptive et filiation d'origine.

<sup>15</sup> Peu d'études portent sur ce sujet, qui semble plutôt concerner des enfants en âge scolaire (Sellenet, 2015).

<sup>16</sup> Notamment les rapports Hesse-Naves (2009), Gouttenoire-Corpart (2014) et Dini-Meunier (2014).



intéressée aux différentes politiques des Etats en la matière, en comparant les politiques plus ou moins volontaristes en matière d'accélération des placements en adoption avec les taux d'adoption de 18 États. Les enfants concernés étaient majoritairement âgés de moins de 6 ans et les bébés à eux seuls représentaient 23% et étaient plus souvent adoptés (41%), sachant que sur l'échantillon total (214 286 enfants de 18 Etats), 1 enfant sur 5 était adopté. L'étude montre *in fine* que les taux et parcours d'adoption ne dépendent pas d'une politique plus ou moins rigoriste en la matière, suggérant la nécessité de dissocier l'étape de la suppression des droits parentaux de celle de l'adoption. Pour autant, 58% des enfants américains placés seront adoptés par leur famille d'accueil (*foster adoptive family*), ce qui par ailleurs crée un problème de recrutement de famille d'accueil selon Semanchin & al. (2016, Fiche n°36).

**Fondre la famille d'accueil et la famille d'adoption est un modèle que l'on retrouve aussi au Québec, modèle dit de la Banque mixte**, objet d'étude de Goubau & Ouellette (2006, Fiche n°21). Ce système propose aux candidats à l'adoption d'accueillir un enfant confié aux services de protection de l'enfance dont on pressent qu'il ne pourra pas retourner dans sa famille. Il est ainsi accueilli dans une famille en attente d'adoption le temps de l'évaluation, sachant que celle-ci peut aboutir au retour de l'enfant chez ses parents d'origine. Cela concerne surtout des enfants de 0 à 2 ans qui seront, pour 90% d'entre eux, selon les auteurs, adoptés. Pour les chercheurs, le système manquerait de transparence et mettrait de fait peu en œuvre le travail de maintien des liens, le temps de l'évaluation servant plus souvent de temps d'attente pendant la procédure. Ces conclusions pourraient être rapprochées de celles de Brenda Jones Harden (2014, Fiche n°23), qui constate que la volonté de raccourcir les durées de placement à l'œuvre aux Etats-Unis se traduit par une augmentation des adoptions, mais pas des retours en familles d'origine, pourtant prévus dans la loi. Certains notent que s'est mis en place une « hiérarchie de la permanence » au sommet de laquelle figure l'adoption, empêchant de penser la permanence en termes de soins (Welch & al., 2015, Fiche n°39). Une troisième solution semble aussi de plus en plus privilégiée aux États-Unis : l'accueil dans la parentèle.

### III.2. La famille élargie

**Plusieurs sources notent qu'aux Etats-Unis, le placement dans la famille élargie s'est nettement développé ces dernières années.** Une revue de littérature a servi de base à une étude comparative du placement en famille d'accueil et de l'accueil dans la parentèle dans le cadre d'un accord avec les services sociaux (Winokur & al., 2009, Fiche n°42). Les résultats

de cette comparaison seraient favorables au placement dans la famille sur les indicateurs d'un moindre recours aux services de santé mentale pour les enfants et moins de problèmes de comportements rapportés. Cependant les auteurs s'interrogent sur : d'une part, le seuil de tolérance des personnes de l'un et l'autre type d'accueil quant aux écarts de comportements des enfants confiés ; d'autre part sur le fait qu'ils ont plus d'interactions avec les services sociaux et une meilleure connaissance des services de santé auxquels ils accèdent plus facilement. Néanmoins, les enfants accueillis dans la parentèle auraient plus de chances de ressentir du bien être et de connaître la stabilité de l'accueil. Les chercheurs n'excluent pas la possibilité que l'accueil dans la parentèle soit proposé aux enfants les moins en difficulté, et l'accueil familial privilégié dans les situations plus complexes, relativisant ces résultats.

**En France, la loi permet de confier l'enfant à un tiers digne de confiance** dans le cadre de la protection de l'enfance. Cette solution semble peu connue en France et concernerait moins de 10% des placements (Tillard & Mosca, 2016). Une étude sur un service de soutien à ces aidants (Sellenet & L'Houssni, 2013, Fiche n°35) montre que, si l'accueil chez un tiers digne de confiance apporte à l'enfant le bénéfice de vivre dans un « chez soi » et d'éviter le stigmatisme de l'enfant placé, la situation des aidants est complexe, car peu soutenue. Ces aidants portent une culture partagée par l'enfant, puisque 60% des personnes interrogées dans l'étude sont des grands-parents maternels. Pour une part, les aidants étaient déjà mobilisés avant le placement. C'est souvent de haute lutte qu'ils obtiennent qu'on leur confie l'enfant, dont le placement est souvent décidé à la suite d'un événement dramatique au sein de la famille. Les enfants ont subi ou été témoins de violence dans leur milieu familial et 20% des enfants concernés avaient moins de 6 ans.

## Conclusion et perspectives

**À l'international, malgré les écarts d'échelle, les droits de l'enfant constituent le fil conducteur** pour l'ensemble des politiques de protection de l'enfance. Ils alimentent la réflexion sur la prise en charge des enfants protégés en prenant en compte la spécificité due à leur âge, avec **une attention particulière pour les enfants de moins de 6 ans, et encore plus pour ceux de moins de 3 ans, eu égard à leur vulnérabilité et dépendance à l'égard de l'adulte pour créer les conditions de leur développement.**

À la lecture de la littérature sur l'accueil des enfants, en particulier petits, dans le dispositif de protection de l'enfance, **le débat entre accueil en institution et accueil familial semble moins tranché que dans les normes internationales** où la désinstitutionalisation est énoncée en règle, notamment parce que la notion d'institution renvoie finalement à des réalités diverses selon les pays. Les chiffres indiquent en France une tendance à privilégier l'accueil familial. Cependant, l'accueil en pouponnière, notamment des bébés négligés, reste une question débattue dans la littérature. **Le débat sur l'alternative en termes de mode d'accueil semble donc se jouer davantage pour les tout petits.** La question de l'adaptation de l'offre et des besoins, mais aussi celle du coût de l'accueil, défavorable à l'accueil en structure, est aussi à prendre en compte dans discussion.

**La réflexion porte aussi parfois moins sur le lieu que sur les besoins des enfants et les moyens d'y répondre.** En ce sens, plusieurs recherches proposent de prendre en compte ce qu'Emmanuelle Bonneville appelle une « clinique de l'enfant placé ». Celle-ci suppose des connaissances partagées par les équipes pluridisciplinaires qui interviennent auprès de l'enfant. A cet égard, **la littérature se présente en miroir de la pratique : les recherches, souvent spécialisées sur un dispositif, produisent peu de données croisées. Cela reflète le manque d'articulation des services de protection de l'enfance avec d'autres institutions, notamment de la santé, de la prévention et de la psychiatrie.** Alors que les modes d'accueil, tant en établissement qu'en famille, sont repérés comme plus positifs pour l'enfant lorsqu'ils sont ouverts sur l'extérieur et les partenariats, les conditions de cette ouverture ne semblent pas facilitées par l'organisation publique de la protection de l'enfance. **Un fonctionnement en « tuyau d'orgues » des politiques départementales, comme de l'ensemble des politiques publiques, semble toujours agir en défaveur des partenariats.** Le lancement d'études sur l'accueil et la prise en charge des publics se situant au croisement des dispositifs du handicap, du soin et de la protection de l'enfance, selon l'évolution et les profils des enfants de moins de 6 ans, semble aujourd'hui indispensable. L'accès aux droits sociaux élémentaires, comme ceux de la couverture santé, n'est pas effectif dans toutes les

pratiques d'accueil et d'accompagnement, malgré l'accentuation des cadres légaux en la matière. Les conditions garantissant la santé et le bien-être de l'enfant accueilli dépendent de facteurs multiples dans l'organisation mise en place (Dickson & *al.* 2010).

En regard des besoins de développement, largement décrits dans la littérature, **l'accent est surtout mis sur les conséquences des violences intrafamiliales, que l'enfant en soit victime ou témoin. Au-delà même de la nature du danger, plusieurs auteurs insistent sur l'aggravation des conséquences de cette violence avec la répétition du danger et la durée d'exposition.** Ces conséquences sont particulièrement aiguës lorsqu'elles s'exercent au cours de la prime et petite enfance. Certains chercheurs soulignent que l'exposition répétée résulte aussi d'un retard de décision, le délai entre l'alerte et le placement pouvant être très long, y compris pour des enfants qui seront accueillis avant 3 ans, à l'exemple de ce que montre la recherche à la pouponnière Saint-Exupéry, où ce délai était de plus d'un an en moyenne.

**Ces constats posent donc moins la question du dépistage des situations où le placement du jeune enfant s'impose, que celle de la prise de décision en lien avec la spécificité de ses besoins. La prise de décision pose cependant bien des défis car elle suppose de mettre en balance plusieurs paramètres affectant la famille, les enfants comme les parents (Munro & Ward, 2008).** Ce qui peut suivre cette prise de décision, suivant l'organisation de la protection de l'enfance et la manière dont on se la représente, influe aussi sur cette magistrature sociale (Anderson, 2013).

**Un autre débat, portant sur les troubles que présentent certains enfants, s'articule autour de la question de savoir s'ils résultent du vécu en amont de l'accueil ou des conditions du placement.** Des études, en s'appuyant sur les données disponibles dans les dossiers des enfants à l'entrée dans le placement, ont montré que des données significatives sont pourtant accessibles dès l'arrivée de l'enfant mais ne sont pas assez mobilisées dans la prise en charge. Elles préconisent de systématiser les examens cliniques des enfants à leur arrivée afin de connaître leur état général, pour **prendre en compte les besoins de soins, tant physiques que psychiques et affectifs, afin que le placement soit véritablement thérapeutique pour les enfants accueillis. Cela permettrait de plus de voir dans quelle mesure les conditions de placement peuvent exacerber ou apaiser les troubles et difficultés de l'enfant.**

**Les recherches anglo-saxonnes sur les familles d'accueil s'intéressent à la manière concrète dont celles-ci arrivent à remplir la mission qui leur est confiée. Dans une philosophie plus**

pragmatiste, leur démarche vise à comprendre si les présupposés concernant l'accueil en famille se réalisent dans le concret. Cette méthode complète l'approche française, davantage portée sur les représentations et les discours. Elle renouvelle ainsi l'idée de la professionnalisation. Dans un contexte où la recherche montre que famille d'accueil n'est pas synonyme de stabilité, et où les ruptures de placement sont souvent explicitées par le comportement de l'enfant, les familles d'accueil à même de prendre en charge un enfant sur la durée semblent être celles qui adoptent une posture réflexive sur leurs positionnements, leurs pratiques et leurs motivations, capables d'accueillir l'enfant tel qu'il est et dans une optique de transformation. L'approche concrète de l'accueil familial suppose de **s'intéresser aux caractéristiques des familles et de leur environnement**, ce qui paraît un champ encore ouvert. Une étude qualitative commandée par le Drees sur les conditions d'exercice du métier d'assistant familial, qui portera sur 60 professionnels de cinq départements et quatre associations, devrait apporter un éclairage sur ce sujet. On sait peu de choses sur ce qui constitue l'éthos professionnel de ces intervenants sociaux singuliers. Des auteurs soulignent que la société a un rôle à jouer dans la reconnaissance de ce professionnel intégré dans une équipe et doté de compétences particulières. **En somme, la spécificité de l'accueil supposerait une spécificité de l'accueillant selon certains.**

Cette réflexivité des accueillants renvoie à la professionnalité mais pourrait aussi être mise en regard avec la sociologie de la famille qui **interroge les transformations de la famille démocratique et les modes d'échanges et de transmissions qui s'y jouent et la redéfinition de l'être parent.**

D'un autre côté, partout s'observe **un mouvement d'externalisation de l'accueil**. Alors que les familles d'accueil se font plus spécialistes, de nouvelles solutions sont envisagées en dehors du dispositif avec des familles de la société civile. Par exemple **la solution de l'adoption**, en particulier pour les plus petits. Plusieurs études, notamment nord-américaines, tendent à montrer que, d'une part cette solution peut conduire à certaines dérives éthiques, d'autre part, pour les enfants plus grands, que la suppression des droits parentaux n'est pas forcément à relier avec un projet d'adoption. Ces études soulignent que l'idée et la recherche de permanence ne renvoient pas nécessairement à l'adoption.

D'autres solutions émergent timidement en France mais sont déjà courantes outre Atlantique. **L'accueil dans la parentèle ou tiers bénévoles apparaît comme une possibilité d'accueillir l'enfant dans une communauté de culture et d'histoire, avec l'avantage pour l'enfant de vivre dans un vrai « chez soi »**, sans limite d'âge ou de dispositif. Cependant, ces solutions semblent devoir être accompagnées et soutenues, notamment sur le plan

financier, mais la recherche renseigne encore assez peu sur cette modalité d'accueil. Elle pourrait prolonger les travaux sur les proches aidants initiés dans le champ du handicap et de la dépendance. De plus, on note un déficit de recherches sur les fratries, notamment sur les effets de leur séparation et du rôle des adultes dans le soutien des liens fraternels.

*In fine*, bien que **la variable de l'âge ne soit pas toujours explorée dans les recherches**, l'accueil des enfants de moins de 6 ans, et encore plus des moins de 3 ans, est bien spécifique du fait des besoins de l'enfant dans cette période de développement. Ces spécificités vont concerner des variations liées au bas âge de ces enfants, comme par exemple le recours à des opérateurs de soin ou de protection maternelle, l'âge impactant la nature des partenaires de l'institution de placement ou de l'accueil (pédiatre, puériculteur, pédopsychiatres, par exemple). Elles vont également concerner, dans le cas des médiations avec les parents d'origine, des approches cliniques mettant l'accent sur les processus d'identification ou de mise à distance, tout en maintenant le lien, comme lors des visites en pouponnières dans les lieux destinés à cet effet.

L'argumentation se situe donc souvent sur le terrain de la psychologie, voire de la psychiatrie. **L'écoute de l'enfant, cruciale pour sa participation aux mesures le concernant en fonction de son âge s'oriente, pour les plus petits, vers l'écoute des expressions du corps. La santé physique, psychique et comportementale semble donc l'indice privilégié** pour entendre les jeunes enfants dans l'état actuel de la recherche. Celle-ci s'accorde sur la **nécessité d'offrir à l'enfant une stabilité de l'accueil. Pour autant, aucune solution ne semble pouvoir vraiment garantir cette stabilité**, ce qui conduit à s'interroger aussi sur les moyens de créer de la continuité pour l'enfant dans ce contexte incertain, par exemple en garantissant des passerelles et des transitions entre les mondes que traverse l'enfant. A cet égard, **la relation des services de protection avec les parents d'origine reste un nœud difficile à démêler au regard de la littérature axée sur l'accueil du jeune enfant**. Certains préfèrent alors parler de travail du lien plutôt que de maintien des liens, ce travail se déroulant aussi dans la séparation. Les travaux sur la protection de l'enfant semblent finalement souvent dissocier approche par l'enfant et approche par les parents, reflétant ainsi la difficulté à articuler les deux dans la pratique, au moment de la prise de décision comme dans l'accompagnement du placement, mais aussi à penser la normalité de l'enfant sans sa famille et la normalité de la vie sans enfants des parents d'origine.

L'accueil dans l'enfance et la prime enfance en protection de l'enfance pose plus largement des questions de redistribution socioéconomique, face à des politiques publiques dont le dogme souverain reste celui de la responsabilité individuelle. Les nouvelles recherches

devraient davantage prendre en compte ce contexte. Elles participeraient alors d'un travail sur l'alternative au placement en permettant d'améliorer le soutien aux familles et la prévention des séparations familiales.

## Bibliographies

### 1) Références citées ne faisant pas l'objet de fiches

AMAR Élise, BORDERIES Françoise, LEROUX Isabelle (2016), « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014 », *Doucement de travail, Série statistiques*, n°200.

ANDERSON Beth (2013), « Early intervention, decision making in local authority Children's Services », Rapport du Social Care Institute For Excellence.

BARREYRE Jean-Yves, FIACRE Patricia, JOSEPH Vincent, MAKDESSIS Yara (2008), « Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits "incasables" », recherche réalisée pour l'Observatoire national de l'enfance en danger, le Conseil général du Val-de-Marne et le Conseil général du Val-d'Oise.

BAUDURET Jean-François, JAEGER Marcel (2005), *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une rénovation*, Paris, Dunod.

BERNADET-GRAY Claude (2014), « Pour une pédopsychiatrie médicale et sociale. Un dispositif pour la santé mentale des tout-petits : " Le Fil... " », *Empan*, 2014/1, n°93, p.24-32.

BLATGÉ Marion, CERVERA Melaine, PARRON Audrey (2016), « Les publics du médico-social au prisme du genre : Le cas des jeunes en Institut Thérapeutique Éducatif et pédagogique », *Sciences et Actions Sociales*, n°4, 16p. [en ligne].

CAPELIER Flore (2014), *Revue de littérature : l'accompagnement vers l'autonomie des jeunes sortant du dispositif de protection de l'enfance*, Paris, Observatoire national de l'enfance en danger.

CHAIÉB Sarra (2013), *Revue de littérature. Les recherches francophones sur les parcours de placement, la transition à l'âge adulte et le devenir des enfants placés*, Paris, Observatoire national de l'enfance en danger.

CNAPE (2012), « Contribution de la CNAPE aux travaux européens relatifs à la désinstitutionalisation de la protection de l'enfance ».

DAVIES Carolyn, WARD Harriet (2012), *Safeguarding Children Across Services. Messages from Research*, Londres-Philadelphie, Jessica Kingsley Publishers.

DÉCHAUX Jean-Hugues (2012), « La place des frères et sœurs dans la parenté au cours de la vie adulte », *Informations sociales*, n° 173, p. 103-112.

Défenseur des droits (2015), « La mise en œuvre des dispositions législatives relatives aux "projets pour l'enfant" (PPE) par les conseils départementaux », *Études & résultats*, juin, 4 p.

DENECHÉAU Benjamin, BLAYA Catherine (2014), « Les attentes des éducateurs sur la scolarité des enfants placés en France et en Angleterre. Une estimation des possibles *a minima* », *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, vol. 47, p. 69-92.

DICKSON Kelly, SUTCLIFFE Katy, GOUGH David, STATHAM June, MORRIS Marian (2010), 'Improving the emotional and behavioural health of looked after children and young people',



rapport du Centre for Excellence and Outcomes in Children and Young People's Services (C4EO).

DINI Muguet, MEUNIER Michelle (2014), « Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant », rapport d'information n°655, commission des Affaires sociales du Sénat.

DUPONT Hugo (2016), « *Ni fou, ni gogol !* ». *Orientation et vie en ITEP*, Fontaine, Presses universitaires de Grenoble.

FRECHON Isabelle, DUMARET Anne-Camille (2008), « Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, n°3, p. 135-147.

GIAMPINO Sylviane, (2016), « Développement du jeune enfant, modes d'accueil, formation des professionnels », rapport remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'enfance et des Droits des Femmes.

GUEDENEY Nicole, GUEDENEY Antoine (2006), *L'attachement. Concepts et applications*, Paris, Masson.

GOUTTENOIRE Adeline, CORPART Isabelle (2014), « 40 propositions pour adapter la protection de l'enfance et l'adoption aux réalités d'aujourd'hui », Paris, la Documentation française.

HESSE Catherine, NAVES Pierre (2009), « Rapport sur les conditions de reconnaissance du "délaissement parental" et ses conséquences pour l'enfant », Paris, la Documentation Française.

Human Rights Watch (2014), 'Without dreams. Children in alternative care in Japan'.

JUNG Céline (2010), *L'Aide sociale à l'enfance et les jeunes majeurs. Comment concilier protection et pratique contractuelle ?*, Paris, L'Harmattan.

LEGROS Michel (2013), « Démarche de réflexion et d'expertise en vue d'un consensus sur le périmètre de l'observation de la population prise en charge dans le dispositif de protection de l'enfance », Rapport à la ministre déléguée chargée de la Famille.

LIÉBERT Philippe (2015), *Quand la relation parentale est rompue. Dysparentalité extrême et projets de vie pour l'enfant*, Paris, Dunod.

MAINAUD Thierry (2013), « Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance », *Études et résultats*, n°845, Drees.

MOLLENHAUER Klaus (2013), *Forgotten Connections. On Culture and Upbringing*, New York, Routledge (1<sup>ère</sup> parution en Allemagne en 1983).

MUNRO Emily R., WARD Harriet (2008), 'Balancing parent's and very young children's rights in care proceedings: decision making in the context of the Human Rights Act 1998 », *Child & Family Social Work*, Vol. 13, n°2, p.227-234.

Observatoire national de l'enfance en danger (2009), « Entrer dans l'âge adulte. La préparation et l'accompagnement des jeunes en fin de mesure de protection », Rapport thématique.

Observatoire national de l'enfance en danger (2015a), « Le projet pour l'enfant : état du questionnement », *Note d'actualité*, Avril.

Observatoire national de l'enfance en danger (2015b), « Dixième rapport annuel au Parlement et au Gouvernement », Paris, La Documentation française.

Observatoire national de la protection de l'enfance (2016 a), « Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance », *Note d'actualité*, Octobre.

Observatoire national de la protection de l'enfance (2016 b), « Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? », Onzième rapport au rapport annuel au Parlement et au Gouvernement.

Observatoire national de l'enfance en danger (2016c), « La situation des pupilles de l'Etat. Enquête au 31 décembre 2004 », La documentation Française.

ORS Midi-Pyrénées (2015), « Étude Exploratoire. Le repérage et la prise en charge des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent dans le CAMSP, les CMP et CMPP du Tarn et Garonne », juin.

PLIQUET Emmanuel (2016), « Aide sociale à l'enfance et adolescents hébergés en établissements », *Études et résultats*, n°0974, Drees.

RAPPOPORT Danièle (2004), « De la reconnaissance de la maltraitance à l'émergence de la bientraitance », in : de SINGLY François (dir.), *Enfants, Adultes, vers une égalité de statut ?* Universalis, p. 89-97.

ROSSIGNOL Laurence (2015), « Protection de l'enfance. Feuille de route 2015-2017 », ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

SAVARD Nathalie (coord.) (2010), « La théorie de l'Attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance », Dossier thématique, Paris, l'Observatoire national de l'enfance en danger.

SCHOFIELD Gillian, BEEK Mary (2011), *Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives. La théorie en pratique*, Paris, Elsevier Masson, 2011.

SELLENET Catherine (2015), « Parentèle, tiers dignes de confiance et parrains : des solidarités autour de l'enfant en protection de l'enfance », *Informations sociales*, n°188, p. 88-95.

TILLARD Bernadette, MOSCA Sarah (2016), « Enfants confiés à un proche dans le cadre de la protection de l'enfance », rapport à l'Observatoire national de la protection de l'enfance.

UNICEF, Résolution A/RES/64/142 adoptée le 24 février 2010 par l'Assemblée générale des Nations Unies, Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants.

## 2) Références fichées

- (1) BACRO Fabien, RAMBAUD Angélique, HUMBER Caroline, SELLENET Catherine (2013), « La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire Atlantique », Rapport à l'Observatoire national de l'enfance en danger.
- (2) BARTH Richard P. (2002), *Institutions vs. Homes: The Empirical Base for a Second Century of Action*, Chapel Hill, NC, University of North Carolina, School of Social Work, Jordan Institute for Families.
- (3) BERGER Maurice (2002), « L'échec de la protection de l'enfance en danger, ou l'impossible changement », *Devenir*, vol. 14, p. 197-238.
- (4) BERGONNIER-DUPUY Geneviève, GANNE Claire (2011), « Le devenir des enfants accueillis avec leur mère en centre maternel au cours de leurs premières années de vie », Rapport à l'Observatoire national de l'enfance en danger.
- (5) BONNEVILLE-BARUCHEL Emmanuelle (2016), *Les traumatismes relationnels précoces. Clinique de l'enfant placé*, Toulouse, Erès.
- (6) BROWNE Kevin (2009), 'The Risk of Harm to young Children in Institutional Care', Rapport pour Better Care Network-Save the Children.
- (7) CAMERON Claire, REIMER Daniela, SMITH Mark (2015), 'Towards a theory of upbringing in foster care in Europe', *European Journal of Social Work*, vol. 9, Issue 2, p. 152-170.
- (8) CASINI Monique (2008) « Grandir à la pouponnière : l'accompagnement de Winny dans les rencontres avec sa mère », in : MAUVAIS Patrick, *La parentalité accompagnée*, Erès, p.111-140.
- (9) CHOU Shihning, BROWNE Kevin (2008), 'The relationship between institutional care and the international adoption of children in Europe', *Adoption & Fostering*, vol. 32, p. 40-48.
- (10) COLOMBO Marie-Christine (2013), « Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants », *Enfances & Psy*, 2013/2, n°60, p. 91-101.
- (11) CREAM Rhône-Alpes (2012), « La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance », Etude conjointe CREAM Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes et Département de la Haute-Savoie.
- (12) DEFENSEUR Des DROITS (2016), « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles », Rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant.
- (13) DEPREZ Alexandra, CORINNE Antoine (2011), « L'effet des visites parentales chez le bébé placé : une étude exploratoire des réactions du bébé avant, pendant et après une visite médiatisée », *Devenir*, Vol. 23, p. 239-270.
- (14) DÉPREZ Alexandra, WENDLAND Jacqueline (2013), « La visite chez l'enfant placé, une revue de littérature », *Annales médico-psychologiques*, n° 173, p. 494-498.

- (15) EUILLET Séverine, JOIN-LAMBERT MILOVA Hélène (2013), « L'accueil familial à long terme : quelle évolution des dynamiques relationnelles et individuelles ? », rapport dans le cadre de l'appel d'offre 2011 de Observatoire national de l'enfance en danger.
- (16) EUILLET Séverine, HALIFAX Juliette, MOISSET Pierre, SEVERAC Nadège (2016), « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », Rapport final au Défenseur des droits et Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.
- (17) FALK Judith (1990), « Le rapport enfant-adulte en pouponnière : respect, sécurité, autonomie », *Enfance*, tome 43, n°1-2, p. 45-49.
- (18) FANELLO Serge, TANGUY Maurice, DUVERGER Philippe, ROUSSEAU Daniel, ROZÉ Mireille, NGUYEN Sylvie (2013), « 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 », rapport à Observatoire national de l'enfance en danger .
- (19) GANNE Claire (2013), *Le devenir des enfants accueillis en centre maternel. Approche écologique du parcours et de la qualité de vie des enfants sept ans après la sortie d'un hébergement mère-enfant*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
- (20) GIANNITELI. M, PLAZA M., GUILLEMONT F., HINGANT A., BODEAU N., CHAUVIN D., JAUNAY E., DENIAU E., CONSOLI A., GUILÉ J.-M., COHEN D., (2011), « Troubles du langage oral et écrit chez des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et bénéficiant de soin hospitalier », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, p. 492-500.
- (21) GOUBAU Dominique, OUELLETTE Françoise-Romaine (2006), « L'adoption et le difficile équilibre des droits et des intérêts : le cas du programme québécois "Banque mixte" », *McGill Law Journal/Revue de Droit de McGill*, vol. 51, p. 1-26.
- (22) GRECO Céline (2015), « Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni », *Ethics, Medicine and Public Health*, vol 1, p. 11-18.
- (23) JONES HARDEN Brenda (2014), 'Safety and Stability for Foster Children: A Developmental Perspective', *The Future of Children*, Vol. 14, n°1, p. 31-47.
- (24) LEGRAND Jean-Claude (2012), 'Child Care Systems Reforms in Eastern Europe and Central Asia. Why we need to focus on children below three year', Communication lors de la Conférence Internationale de Sofia, UNICEF.
- (25) MASCARO Rosa, DUPUIS-GAUTHIER Catherine, JARDRI Renaud, DELION Pierre (2012), « Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière », *Médecine et Hygiène*, Vol. 24, n°2, p. 69-115.
- (26) MILANI Paola, DA RIN Véra, CANALI Cinzia, (2011), « La prise en charge de 115 enfants séparés de la famille d'origine et placés en foyer d'accueil », In : ZAOUCHE GAUDRON Chantal (dir.), *Précarités et éducation familiale*, Toulouse, Érès, p. 198-204.
- (27) NAVES Pierre, CATHALA Bruno (2000), « Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille », Rapport de l'IGAS.

- (28) PLAISANCE Eric, BOUVE Catherine, SCHNEIDER Cornelia (2006), « Petite enfance et handicap. Quelles réponses aux besoins d'accueil », *Recherches et Prévisions*, n°84, p. 53-66.
- (29) POTIN Emilie (2012), *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance*, Toulouse, Erès.
- (30) REIMER Daniela (2009), « L'accueil familial en Allemagne. Organisation et orientations des recherches », *La revue internationale de l'éducation familiale*, n° 26, p. 55-74.
- (31) ROUSSEAU Daniel, RIQUEIN Elise, ROZÉ Mireille, DUVERGER Philippe, SAULNIER Patrick (2016), « Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'aide sociale à l'enfance », *Revue française des affaires sociales*, n°5, p. 343-374.
- (32) SAMSON Brigitte (2009), « Comment prendre en compte la santé des enfants relevant des dispositifs de protection de l'enfance ? Protection de l'enfance », *Archives de pédiatrie*, Vol. 16, n°6, p. 904-905.
- (33) SCELLES Régine, DAYAN Clémence, PICON Ingrid (2007), « Accueil conjoint des enfants d'une même fratrie dans le cas du placement : intérêts et limites », *Revue internationale de l'éducation familiale*, n°22, p. 117-135.
- (34) SCORPIA POPESCU Rebeca, (2004), 'The Situation of 0-3 Years Old Temporary Abandoned Children, in Romania, during 2003—2013. Causes, Consequences and Alternatives', *International Journal of Social Science and Humanity*, Vol. 6, n° 5, p. 347-350.
- (35) SELLENET Catherine, L'HOUSSENI Mohamed (2013), « Autour d'un enfant : accueil dans la parentèle ou chez des tiers digne de confiance », Recherche réalisée pour le Défenseur des droits.
- (36) SEMANCHIN JONES Annette, RITTNER Barbara, AFFRONTI Mélissa (2016), 'Foster Parent Strategies to Support the Functional Adaptation of Foster Youth', *Journal of Public Child Welfare*, Vol. 10, n° 3, p. 255-273.
- (37) SEMPIK, J., WARD, H. and DARKER, I.T. (2008), 'Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care', *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 13, n° 2, p. 221-233.
- (38) UNICEF (2012), 'Ending the placement of children under three in institutions: support nurturing families for all young children', Rapport de la Conférence Internationale de Sofia.
- (39) WELCH Vicki, JONES Christine, STALKER Kirsten, STEWART Alasdair (2015), 'Permanence for disabled children and young people through foster care and adoption : a selective review of international literature', *Children and youth services review*, vol. 53, p. 137-146.
- (40) WELNIARZ Bertrand (2007), « Pédopsychiatrie et service de protection de l'enfance : quels liens? », *Perspectives Psy*, 2007/1, vol.46, p. 9-10
- (41) WENDLAND Jacqueline, GAUGUE-FINOT Justine (2008), « Le développement du sentiment d'affiliation des enfants placés en famille d'accueil pendant ou après leur petite enfance », *Devenir*, vol. 20, n° 4, p. 319-345.

- (42) WINOKUR Marc, HOLTAN Amy, VALENTINE Deborah (2009), 'Kinship care for the Safety, and well-being of children removed from the home for maltreatment', *Campbell Systematic Reviews*, n°1, The Campbell Collaboration.
- (43) WULCZYN Fred, VESNESKI William, HUHR Scott, MONAHAN-PRICE Kerry, MARTINEZ Zach, VERHULST Christian, WEISS Ava (2016), 'The Value-Added Impact of Fast-Track Adoption Policy on Adoption Rates', *Global Social Welfare*, n°3, p. 97-106.
- (44) YTHIER Hubert (2013), « L'enfant en danger peut et doit être protégé à l'hôpital », *Enfances & Psy*, 2013/3, n°60, p. 102-106.

## **Partie II : Fiches synthétiques**

**Fiche n°1**

**BACRO Fabien, RAMBAUD Angélique, HUMBER Caroline, SELLENET Catherine (2013), « La santé des enfants accueillis en établissements de protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique », Rapport à l'Observatoire national de l'enfance en danger.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

La santé des enfants pris en charge et leur bien-être sont inscrits dans la loi. Pour autant, les auteurs font le constat du faible nombre de travaux dans ce champ. Jusqu'à 6 ans, le suivi médical de tous les enfants passe à travers 3 examens mais qui sont réalisés de manière inégale selon les départements, ce qui peut faire craindre une situation encore plus dégradée pour les enfants placés.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Non défini dans l'article.

**Méthodologie**

Les auteurs recensent dans un premier temps les études existantes.

Leur enquête suit 3 étapes :

- une étape statistique à partir des données médicales enregistrées au sein du CG de Loire-Atlantique avec une attention particulière pour les enfants orientés en MDPH.
- une étape statistique auprès des référents de chaque enfant dans tous les établissements d'accueil du département (28 lieux d'accueil) par un questionnaire de 87 items.
- une auto-évaluation de leur santé et leur bien-être par des enfants de 2 établissements.

Attention, les auteurs insistent sur le manque de données et leur fiabilité limitée.

**Résultats et conclusions**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, 266 000 mineurs (1,9%) et 21 400 jeunes majeurs (0,9%) bénéficiaient d'au moins une mesure de protection de l'enfance. La moitié fait l'objet d'un placement et les autres d'une mesure en milieu ouvert.

Les études recensées convergent vers le constat d'une plus grande fragilité des enfants accueillis.

Au 31 décembre 2011, en Loire-Atlantique, 4 994 enfants sont suivis au titre de la protection de l'enfance (+10% depuis 2008). Les moins de 3 ans ont connu une forte progression : +28% soit 77 enfants. Les enfants de moins de trois ans représentent seulement 3,45% de l'effectif. Les 3 à 6 ans représentent 5,38%.

Globalement, 37% des enfants du département sont accueillis en établissement et 42% en accueil familial.

Chapitre 3. Données de santé sur un échantillon des 525 enfants (non représentatif de la population placée).

Contrairement aux résultats d'autres études, les enfants de l'enquête ne présentent pas plus de troubles et semblent globalement dans un état de santé physique équivalent à la moyenne des



enfants en population générale de la région, et bénéficier d'une réelle vigilance pour tout ce qui concerne le médical strict : vaccinations, allergies, poids, vision, soins dentaires.

Les scores obtenus sont même supérieurs à la moyenne nationale pour les soins des caries et le port des lunettes. Les enfants ne s'écartent pas des moyennes sur ce registre. Le panorama catastrophique décrit dans des études antérieures ne se retrouve pas ici.

#### Chapitre 4. Questionnaires (87 items) aux référents des enfants dans les établissements

Les moins de 6 ans représentent 7,1% de l'effectif des enfants accueillis en établissement, un chiffre qui traduit à la fois les réticences à séparer précocement mais aussi le choix de la famille d'accueil pour les enfants les plus jeunes.

#### **Les 0-6 ans sont une tranche d'âge relativement peu investiguée.**

Les interventions précoces, en périnatalité, concernent 11,6% des 0-1an ; 22,2% des 2-4 ans, des âges de grande fragilité dans la construction des enfants. Les 5-9 ans représentent 25,3% de l'effectif.

Les enfants les plus jeunes sont toujours repérés à partir des violences physiques, mais la maltraitance sexuelle est absente à cet âge, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'existe pas mais qu'elle reste impensable et non dite. Dès 6-11 ans, toutes les formes de maltraitance, y compris sexuelles, sont présentes. Si les 6-11 ans enregistrent le plus fort taux de maltraitance sexuelle suspectée (13%), c'est à partir de 12-15 ans que cette forme de maltraitance devient avérée.

Les moins de 6 ans ont une santé jugée bonne à 83% par les référents. Idem pour leur développement psycho moteur et la santé psychique.

Selon les professionnels, dès 3-5 ans, soit dès le début des apprentissages, on peut noter que 24% des enfants sont en retard et que 3,4% sont en difficulté ou nécessitent une prise en charge quotidienne. Entre 6 et 11 ans, ils ne sont plus qu'un peu plus du tiers à présenter des acquisitions normales.

#### Chapitre 5. Auto-évaluation de leur santé par les enfants

Interviews d'enfants de 4 à 14 ans. 6 enfants de 4 à 6 ans.

Les enfants de 3 à 6 ans :

Lorsqu'on considère la moyenne obtenue à l'ensemble des items, ceux-ci apparaissent plutôt satisfaits de leur qualité de vie.

D'après les scores obtenus aux différentes dimensions, ce sont les loisirs qui constituent la plus grande source de satisfaction. Le domaine de l'autonomie, dont certains items renvoient à des situations de séparation avec les parents, apparaît le plus problématique du point de vue des enfants. Lorsqu'on s'intéresse aux scores obtenus aux différents items du questionnaire, ce sont les questions renvoyant aux activités et aux relations sociales (« quand tu bouges », « le jour de ton anniversaire », « quand tu es avec tes grands-parents », « quand tu fais un dessin ») qui recueillent le plus d'avis positifs de la part des enfants (score moyen supérieur ou égal à 2,5). En revanche, les sources d'insatisfaction (score moyen inférieur ou égal à 1,5) relèvent des relations familiales (« quand tu penses à ta maman »), des relations avec les autres enfants (« quand tes copains parlent de toi ») et surtout des problèmes de santé (« quand tu prends tes médicaments », « quand tu restes à l'hôpital »).

Les auteurs préconisent une approche de la santé telle qu'elle est perçue par les enfants.

**Fiche n°2**

**BARTH Richard P. (2002), *Institutions vs. Homes: The Empirical Base for a Second Century of Action*, Chapel Hill, NC, University of North Carolina, School of Social Work, Jordan Institute for Families.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Ce rapport propose de prolonger l'ouvrage *Institution or Foster Family. A Century of Debate*, de Wolins et Piliavin, paru en 1964, qui indiquait qu'il y avait intérêt aux deux formes d'accueil, en établissement ou en famille, de façon à adapter la réponse aux besoins des enfants accueillis. Pour l'auteur, depuis cette publication, le débat s'est enrichi de nouvelles données. Cependant les études comparatives rigoureuses entre les deux modes d'accueil et leurs effets sur les enfants sont rares. Quelques travaux comparent ces modes d'accueil de manière floue à partir de la situation des enfants sortis du dispositif d'accueil, mais presque aucun ne s'intéresse aux effets d'un placement jeune dans les établissements, tandis que les établissements sont souvent valorisés pour leur capacité à prendre en charge les enfants qui mettent les familles d'accueil en difficulté par leurs comportement. Si l'auteur veut souligner la différence entre une entrée dans le dispositif d'accueil directement dans un établissement, et le fait d'y séjourner plus tard, dans un parcours de placement.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'auteur prend en compte plusieurs types d'accueil proposés dans le système de protection états-unien. Tout accueil en institution est considéré de manière globale, considérant que le soutien et les soins sont apportés par plusieurs éducateurs, contrairement à l'accueil en famille, où il n'y a qu'un *caregiver* impliqué dans une relation, partageant le même toit que l'enfant accueilli. L'auteur prend en compte l'âge des enfants accueillis et dissocie l'accueil d'urgence, axé sur la mise à l'abri et l'observation, et le placement éducatif, axé sur la protection et le changement de comportement. Par ailleurs, l'auteur s'intéresse aux modes d'accueil alternatifs, au-delà de l'institution ou de la famille d'accueil : placement dans la famille élargie, accueil familial spécialisé ou thérapeutique, centres de recueil<sup>17</sup>.

**Méthodologie**

Sur la base d'une revue de littérature anglophone (essentiellement nord-américaine), le rapport cherche à mettre en évidence les différences de ces divers modes d'accueil au regard des besoins de l'enfant et de leurs effets.

**Résultats et conclusions**

L'auteur souligne la difficulté de traiter la question de l'accueil en institution dans la mesure où cela recouvre une diversité de situations, que ce soit dans les conditions même d'accueil (petites et grandes structures), que dans leur mode de fonctionnement. Par exemple, les centres d'accueil d'urgence accueillent des enfants de quelques heures à quelques jours, ou quelques mois voire une année. Dans certaines municipalités, les accueils en établissement réservés aux accueils

<sup>17</sup> Centres qui fonctionnent comme un sas de quelques heures (23 heures maximum) pour les enfants qui viennent d'être retirés de leur environnement familial : l'enfant reçoit des soins de toilette, de nourriture, de réconfort et de repos, avant d'être accueilli sur le lieu de placement proprement dit, recherché par l'équipe du centre de recueil (*receiving center*).

thérapeutiques de santé mentale, sont quasi systématiquement la porte d'entrée dans le système de protection. Les études ont ainsi montré que le choix du mode d'accueil est plus souvent adossé à des logiques de disponibilité de places qu'à une évaluation des besoins de l'enfant.

La différence entre accueil en établissement et en famille est souvent justifiée par les profils différents des enfants accueillis, notamment en termes de comportement. Cependant les études peuvent être biaisées par les différences d'âge dans les deux types d'accueil, les enfants en institution étant plus âgés que ceux accueillis en famille. Après une régression permettant de contrôler l'âge, l'origine ethnique, et les résultats à des tests cliniques, les enfants qui ont les scores les plus élevés à ces tests se retrouvent davantage dans les établissements. Un certain nombre d'études attribuent ce désavantage au mode de prise en charge en établissement plutôt qu'aux profils des enfants. A cet égard, dans une étude les associant, les professionnels de ces établissements en Californie dénoncent eux-mêmes une mauvaise qualité de l'accueil et un manque de moyens permettant de couvrir les besoins des enfants. Certaines études suggèrent que pour les troubles psychiques, l'accueil en établissement n'est pas probant, notamment par l'effet de contagion qu'il produit.

D'un autre côté, des études ont au contraire mis en évidence des effets positifs de l'accueil thérapeutique en établissement, notamment en termes de relation avec la famille, d'accès à l'éducation, de plan d'action thérapeutique et de l'influence positive des pairs et du projet à long terme. Ces données semblent liées à la capacité de coordination avec des services extérieurs à l'établissement.

L'enquête *National Survey of Child and Adolescent Wellbeing* (NSCAW) de 2002, met au jour une différence entre le profil des *caregivers* des établissements et de l'accueil familial : ainsi, dans les institutions, 76% d'entre eux sont âgés de moins de 40 ans, alors que 72% des accueillants familiaux ont plus de 40 ans.

Plusieurs études montrent que pour les enfants petits, sans que l'âge soit ici précisé, les évolutions de l'enfant sont moins bonnes en institution qu'en famille d'accueil. L'auteur cite une étude, contemporaine du rapport, comparant l'évolution d'enfants chinois élevés dans des familles adoptives ou d'accueil avec celle d'enfants élevés dans un orphelinat, montrant un meilleur développement moteur et mental des enfants élevés dans un cadre familial. Cette différence s'expliquerait par le manque de contacts physiques, d'interactions individuelles et de contacts prolongés dans les institutions, qui sont d'ailleurs le reflet des réglementations et pratiques en vigueur dans les institutions aux Etats-Unis.

L'auteur cite les résultats d'une étude<sup>18</sup> sur les taux de réadmission des enfants selon l'âge et le mode d'accueil :

Âges	Placement en établissement	Placement familial	Placement dans la famille élargie
0-2 ans	22%	14%	10%
3-5 ans	23%	20%	12%
6-12	34%	23%	13%
13-18	25%	22%	12%

Le placement dans la parentèle à tous âges donnent moins lieu à des réadmissions, tandis que le placement en institution avant 6 ans donne davantage lieu à des réadmissions.

<sup>18</sup> Wulczyn, F., K. Hislop, & Goerge, R. (2000). *Foster care dynamics: 1983-1998: an update from the multistate foster care data archive*, Chicago, The University of Chicago, The Chapin Hall Center for Children.

L'auteur s'intéresse à l'évaluation des coûts. Une étude datant de 1999 établit qu'en 1996, en Californie, le placement institutionnel pour un enfant coûte 6,6 fois plus que le placement en accueil familial, et 2 fois plus qu'en accueil familial thérapeutique. Alors que les enfants accueillis en institution représentent 8,4% des enfants placés en Californie, contre 76,7 % en famille d'accueil ou confiés à un tiers, les dépenses pour l'accueil en établissement y sont supérieures à celles des autres modes d'accueil.

Le rapport conclut que vu le coût et les limites du placement en institution, il ne devrait être utilisé que lorsqu'il est prouvé que ses effets pour l'enfant sont plus bénéfiques que dans des modes d'accueil familiaux. Il souligne que certains États et certaines villes américaines ont d'ailleurs proscrit, dans leur législation, le recours aux établissements pour l'accueil des plus petits. Cependant, alors que *l'International Development Corporation* a appelé à mettre fin au placement institutionnel, certains États encouragent au contraire dans leur législation le recours aux établissements, qui seraient plus à même de répondre aux besoins des enfants. Pourtant, l'auteur souligne que la revue de littérature ne permet pas de conclure que les établissements offrent plus de sécurité ni un cadre plus favorable au développement de l'enfant, pas plus qu'ils n'offrent plus de stabilité, ni de meilleurs résultats à long terme, pour un coût nettement plus élevé que les autres modes d'accueil. En conclusion, l'auteur suggère que l'accueil en établissement devrait être réservé aux enfants présentant des troubles mentaux sévères et se mettant eux-mêmes en danger.

**Fiche n°3**

**BERGER Maurice (2002), « L'échec de la protection de l'enfance en danger, ou l'impossible changement », *Devenir*, vol. 14, p. 197-238.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article du pédopsychiatre Maurice Berger, également professeur en psychopathologie de l'enfant, interroge la protection de l'enfance concernant les enfants exposés à des violences directes ou indirectes dans leur famille ou à des négligences importantes, et met en contexte sa pratique et celle de ses équipes auprès de ces enfants, en soulignant combien elle reste marginale dans les pratiques courantes de protection de l'enfance. Pour l'auteur, cette réflexion s'inscrit dans un contexte où le repérage des enfants est relativement satisfaisant, mais les résultats de leur prise en charge sont médiocres, dus à l'absence de travail sur le développement des capacités de penser de l'enfant lorsqu'une séparation est décidée.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'article ne distingue pas le type d'accueil ni l'âge des enfants.

**Méthodologie**

L'article s'appuie sur les pratiques du service en psychiatrie de l'enfant du CHU de Saint-Etienne. L'étude de cas permet de servir une démonstration quant à la prise en charge des enfants victimes de mauvais traitements dans leur famille pour leur permettre de grandir.

La situation de Carine sert de fil rouge à la démonstration.

Carine, âgée de 10 ans et scolarisée en CM2, a été placée à la naissance et a été adressée au service pour des troubles de la personnalité. Les motifs du placement relèvent de la négligence maternelle et absence du père. Le lien avec la mère a été maintenu. Celle-ci ne présente a priori pas de troubles particuliers en dehors de sa difficulté à penser à son enfant.

Cette situation a été choisie ici pour montrer le contraste entre sa banalité apparente et la complexité de la vie psychique de l'enfant.

**Résultats et conclusions****L'importance de la continuité des équipes intervenant auprès des enfants**

L'expérience montre que sans la permanence des personnes au sein des équipes autour de l'enfant, la continuité de la prise en charge est impossible, faisant souvent basculer les enfants placés dans une succession de décisions sans cohérence. Or, les institutions ont souvent du mal à s'engager dans cette continuité qui permet de proposer un repère constant dans le temps pour l'enfant placé.

**Le travail avec Carine**

Le travail a consisté à modifier la représentation qu'elle avait de sa mère, afin de la libérer des angoisses d'abandon apparaissent chaque fois que celle-ci ratait un rendez-vous, ou la peur d'être frappée, suite à des scènes observées entre sa mère et son concubin, ou encore son désir de vivre avec sa mère malgré l'incapacité de celle-ci à s'occuper de sa fille.

Maurice Berger souligne en effet que l'enfant soumis à des violences ou négligences est envahi d'images angoissantes qui l'empêchent d'être bien en présence de ses parents, alors que s'il a la capacité de les voir tels qu'ils sont, il sera moins inquiet de leurs comportements inadaptés. Les contacts avec les parents jouent donc un rôle dans les représentations qu'a l'enfant de ses parents, d'où l'importance de les reprendre dans un dispositif d'écoute. L'enjeu pourrait être que pour les parents, l'évolution de l'enfant est alors perçue comme un éloignement.

« L'histoire de l'enfant commence quand on l'écoute », écrit Maurice Berger, précisant que l'écoute doit d'abord être individuelle et peut s'avérer indispensable, y compris pour des enfants de moins de 2 ans, avec des dispositifs spécifiques, sachant que l'écoute concerne toutes les formes d'expression (langage parlé, langage du corps, comportement) et suppose continuité, discrétion et maintien d'un cadre protecteur.

Ce travail ne relève pas d'une psychothérapie classique, selon l'auteur, qui n'est pas la plus adaptée, et les travailleurs socio-éducatifs peuvent l'effectuer à condition d'être préparés et accompagnés.

### **La place du parent**

Maurice Berger rappelle que certains parents restent des parents partiels et que la souffrance du parent se situe bien souvent dans l'imaginaire : le parent qu'il voudrait être avec un enfant imaginaire. Ainsi, c'est l'enfant imaginaire qui manque à ses parents, mais s'il récupère l'enfant réel, la déception et les comportements inadéquats se répètent.

Cependant les enfants cherchent souvent à innocenter leurs parents, car le lien avec eux est par nature fort, il n'est pas donc pas à entretenir mais à travailler pour qu'il cesse d'être pathologique, en permettant à l'enfant de se représenter le parent tel qu'il est.

Pour Maurice Berger, dans l'accueil de l'enfant petit, il ne s'agit pas de travailler sur la place symbolique des parents : un bébé ne vit pas avec des parents symboliques et seul compte pour lui un maternage adéquat, qui ne dépend pas du lien biologique. Lorsque l'enfant n'a pas eu accès à des soins de maternage permettant un processus d'attachement de suffisamment bonne qualité pour permettre une séparation, il n'aura pas, dans une phase secondaire, accès au symbolique.

### **Ecouter l'enfant pour prendre des décisions**

Sans écoute adéquate, on ne peut comprendre ce que désirent ou craignent réellement les enfants et ce qu'ils peuvent affronter, ni comprendre leurs mouvements affectifs. Les visites médiatisées sont souvent analysées superficiellement sans prendre en compte l'influence du cadre dans le déroulement de la visite et la manière dont l'enfant peut penser la rencontre, pour l'auteur. Celui-ci dénonce par ailleurs une idéologie du lien biologique qui empêche les intervenants d'évaluer la situation du point de vue des besoins de l'enfant. L'auteur souligne que la séparation ne signifie pas nécessairement une rupture : seulement 5% des enfants de parents nocifs dans son service n'ont plus de contacts avec leurs parents.

L'auteur pointe l'incapacité des politiques à centrer le dispositif sur l'enfant et milite pour que les conditions de protection nécessaires pour développer une capacité de penser adaptée au monde réel, soient perçues comme un droit de l'enfant. Il renvoie à des expériences étrangères qui permettent de remettre en cause les représentations françaises du lien parent-enfant : il cite notamment la Banque mixte québécoise (cf. **Fiche n° 21**). A travers l'exemple d'un long travail avec Carine pour l'accompagner dans ses visites à sa mère en lien avec sa manière de manifester ses réactions, l'auteur veut montrer combien c'est le dispositif d'écoute de l'enfant qui est le meilleur guide pour les décisions, et non les principes généraux sur la famille et le lien parent-enfant.

**Fiche n°4**

**BERGONNIER-DUPUY Geneviève, GANNE Claire (2011), « Le devenir des enfants accueillis avec leur mère en centre maternel au cours de leurs premières années de vie », Rapport à l'Observatoire national de l'enfance en danger.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Ce rapport remis par des chercheurs du Centre de Recherche en Education et Formation de l'université de Paris-Ouest Nanterre La Défense à l'ONED-ONPE dans le cadre d'un appel d'offre datant de 2008, vise à mieux connaître les spécificités de la prise en charge et le devenir des enfants accueillis avec leur mère en centre maternel, dispositif spécifique d'hébergement et de protection de l'enfant. Il propose une description de la population accueillie et une analyse des parcours d'enfants dans une perspective écologique.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Les enfants accueillis avec leur mère en centre maternel sont âgés de moins de 3 ans. Ce type d'accueil vient répondre à deux besoins : le besoin d'hébergement et le besoin d'un soutien à la fonction maternelle et à la relation mère-enfant, articulés à un travail sur l'insertion socio-professionnelle de la mère. Les enfants accueillis bénéficient de l'intervention de professionnels, notamment en crèche, mais la mère garde ses fonctions de maternage et l'autorité parentale tout au long de l'accueil.

Selon l'enquête ES de la Drees, au 15 décembre 2014, 131 établissements sont concernés, hébergeant 4 479 personnes dont 2 412 enfants (et adolescents, lorsque les mères sont mineures).

**Méthodologie**

Le recueil de données de la recherche est basé sur :

- une étude sur 260 dossiers des services de l'Aide sociale à l'enfance, permettant de décrire les caractéristiques des familles accueillies, le déroulement des séjours et les conditions de sorties.
- une enquête par questionnaire auprès de 66 femmes retrouvées 8 à 9 ans après leur sortie de centres maternels dans deux départements, le Nord et les Hauts-de-Seine, quelle que soit la durée de séjour. Ce volet permet de retracer les trajectoires des mères et des enfants.

Le croisement de ces deux sources a permis de reconstituer environ 200 trajectoires après la sortie d'un centre maternel.

**Résultats et conclusions****Caractéristiques des mères des enfants accueillis en centre maternel**

Les enfants accueillis en centre maternel vivent en hébergement dans une famille monoparentale, pauvre, et ils bénéficient d'une mesure de protection de l'enfance.

Sur la base de l'étude de dossier, la moyenne d'âge des mères à l'entrée est de 23,18 ans (22,77 dans le Nord et 23,62 dans les Hauts-de-Seine).

Les femmes nées en France représentent 90% des dossiers étudiés dans le Nord, 39% des dossiers consultés dans les Hauts-de-Seine, où il y a donc une forte proportion de femmes migrantes. Parmi

elles, 2 sur 5 sont arrivées en France alors qu'elles étaient encore mineures (1/5 avant 13 ans, et 1/5 entre 14 et 17 ans). Plus de la moitié des migrantes arrivées majeures étaient âgées de moins de 26 ans lors de leur arrivée, et la plus âgée avait 38 ans.

### **Caractéristiques des enfants**

Certaines mères sont hébergées avec deux, voire trois enfants.

30 dossiers sur les 260 étudiés concernent des accueils de fratrie :

- 22 fratries de deux enfants (44 enfants),
- 6 fratries de trois enfants (18 enfants),
- 2 fois des jumeaux (4 enfants).

Pour plus d'un tiers des enfants, la naissance est postérieure à l'accueil de la mère au centre maternel. Plus d'un quart est accueilli soit dès la sortie de la maternité ou au plus tard à l'âge de trois mois.

60,38% des enfants ont été reconnus par un homme au cours de leur première année de vie, dans des proportions proches dans les deux départements.

### **Parcours des enfants 8 à 9 ans après la sortie du centre maternel**

Les enfants enquêtés connaissent des situations familiales diversifiées. Dans les deux départements, environ 1/3 des mères cohabite avec le père de l'enfant, 1/3 avec un nouveau compagnon, et 1/3 n'a pas noué de nouvelle union. Les trois quarts des femmes ont eu d'autres enfants depuis la sortie du centre maternel.

Le nombre important d'installations avec le père de l'enfant, ou avec un nouveau compagnon, va dans le sens d'associer davantage le père (ou le compagnon de la mère) au soutien réalisé dans les centres maternels.

Du fait du parcours résidentiel relativement instable de la mère à la sortie du centre maternel, une part importante des enfants a connu de nombreux changements d'école.

Un autre tiers a connu une trajectoire « intermédiaire » : les enfants ont connu une école pour deux ans maximum de scolarité (par exemple, 4 écoles différentes en 8 ans).

Le dernier groupe a connu une trajectoire instable, avec plus d'une école pour deux années de scolarité, le maximum étant une école pour une année (7 écoles différentes en 7 ans de scolarité). Ce maximum est atteint par 5 enfants (Hauts-de-Seine).

Le niveau scolaire des enfants a été évalué par les mères interrogées. Celles-ci rapportent davantage de difficultés scolaires dans le Nord, où 1/4 des enfants a déjà redoublé au moins une fois au cours de sa scolarité.

Par ailleurs, 1 enfant sur 5 est suivi par un orthophoniste, ce qui est plus fréquent dans le Nord que dans les Hauts-de-Seine, ce qui va dans le sens des difficultés scolaires rapportées par les mères.

1/4 des enfants de l'étude, tous scolarisés en primaire, ont redoublé au moins une fois (1/3 des enfants dans le Nord). Dans la moitié des cas, cela concerne des enfants ayant connu une trajectoire scolaire particulièrement instable (plus d'1 changement d'école tous les 2 ans).

Les trajectoires des enfants sont plus instables dans les Hauts-de-Seine sur le plan résidentiel et scolaire, et plus instables dans le Nord sur le plan de l'adulte vivant au quotidien avec eux.

Pour les 2/3 des familles observées, une période d'instabilité importante suit les deux années après la sortie, avec une fréquence plus importante de déménagements. Selon la perception des femmes ayant accédé à un logement, la période suivant la sortie semble difficile à vivre sur le plan psychique. Cela pose la question de l'adaptation des dispositifs d'accompagnement et des relais mis en place au moment de la sortie.

**Certains enfants de l'étude connaîtront un placement au cours des 8 à 9 années suivant la sortie du centre maternel** : 16,87% de placements longs sans retour au domicile et 22,86% de placements plus courts.



Les mesures de protection de l'enfance sont beaucoup plus nombreuses dans le Nord que dans les Hauts-de-Seine. Dans le Nord, 1 enfant sur 7 fait l'objet d'un placement judiciaire long, et 1 enfant sur 5 a connu un placement court mais souvent avec un accueil provisoire (administratif) à l'entrée et une mesure d'AEMO à la sortie (dans les 2 départements).

Les enfants accueillis dans les Hauts-de-Seine seraient moins nombreux à avoir connu des hébergements séparés de leur mère que les enfants accueillis dans le Nord.

L'étude permet de dégager trois groupes de mères : les migrantes adultes, les femmes adultes en grandes difficultés psychosociales, et les jeunes femmes adolescentes ou jeunes majeures. Ces trois groupes développent un rapport différent aux institutions auxquelles elles sont confrontées.

Les enfants des femmes les plus jeunes sont davantage placés au moment de la sortie du centre maternel, mais souvent avec un retour au domicile et une situation qui évolue plus favorablement dans le temps que pour les mères les plus âgées.

Ainsi, l'étude a dégagé une grande stabilité résidentielle des enfants dans un département, et une plus grande stabilité de l'adulte de référence dans l'autre département. Les caractéristiques des mères ne sont pas les mêmes dans ces deux départements, et les pratiques départementales sont aussi différentes. La question reste posée de savoir si l'évaluation par les travailleurs sociaux de l'impact de la situation d'instabilité de la mère sur le développement de l'enfant dépend plutôt des caractéristiques de la mère, du regard porté sur le groupe auquel elle appartient, ou des pratiques et politiques départementales.

**Fiche n°5**

**BONNEVILLE-BARUCHEL Emmanuelle (2016), *Les traumatismes relationnels précoces. Clinique de l'enfant placé*, Toulouse, Erès.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Il s'agit de la deuxième édition d'un ouvrage dans lequel l'auteur, psychologue clinicienne et maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique, propose de mieux définir les troubles relationnels et comportementaux des enfants exposés dans leur prime enfance aux maltraitements parentaux, pour mieux en mesurer les enjeux et proposer des pistes de travail pour un accueil adapté.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Ce n'est pas tant un type d'accueil en fonction d'un âge qui est ici analysé, que les troubles de certains enfants placés et de leurs origines dans leur prime enfance, où ils ont été exposés à la violence parentale. Cette exploration vise à comprendre les spécificités de la prise en charge de ces enfants lorsqu'ils sont accueillis en protection de l'enfance et améliorer les conditions de leur accueil.

**Méthodologie**

L'ouvrage s'appuie d'une part sur des observations auprès d'enfants concernés, dans un service ASE et dans un hôpital de jour en service de pédopsychiatrie, d'autre part sur des témoignages reçus de personnels éducatifs intervenant auprès de ces enfants (familles d'accueil, éducateurs de lieux d'accueil, éducatrices référentes à l'hôpital de jour).

**Résultats et conclusions**

Après un rappel de repères théoriques psychanalytiques, l'auteur propose quelques outils pour comprendre les enjeux des liens précoces et les besoins fondamentaux du bébé en s'appuyant notamment sur la théorie de l'attachement et les neurosciences. L'auteur souligne en particulier l'enjeu de survie par adaptation à l'environnement : l'enfant qui a vécu des traumatismes relationnels précoces de façon prolongée est « prêt pour des situations de stress extrême » et a ainsi moins de chance de reconnaître un environnement réconfortant.

Les enfants présentant une pathologie des troubles relationnels précoces (PTRP) ont tous subi des négligences et des violences psychologiques très importantes dans leur toute petite enfance de manière continue ou discontinue. Le développement des premières années s'est déroulé dans un environnement marqué par l'imprévisibilité, incapable de s'adapter aux besoins de l'enfant ou, selon l'auteur, lorsque les enfants ont été confiés trop longtemps en pouponnière sans pouvoir s'appuyer sur une figure d'attachement (syndrome d'hospitalisme de Spitz). Malgré leur capacité à se développer sur le plan intellectuel et du langage, ils ont un fonctionnement pathologique dans la sphère des relations interindividuelles, et leurs troubles peuvent donc passer inaperçus en dehors d'une relation prolongée. Ils ont une adaptation de surface. Ils génèrent souvent des divergences d'appréciation chez les intervenants, ce qui retarde aussi la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée.

Plusieurs situations sont à l'origine des PTRP : violence, abus sexuel, délaissement, chaos, implication dans la folie parentale ou dans des relations perverses, confrontation prolongée à une séduction narcissique pathologique : la liste n'est pas exhaustive. Les enfants n'ont pas toujours été directement violentés et ont pu être témoins d'échanges violents entre les personnes dont ils dépendent, mais cela n'induit pas de différence a priori quant à l'ampleur et la gravité des troubles, car c'est la précocité de l'exposition et sa répétition qui sont en cause, à un stade où l'enfant ne se différencie pas encore de son entourage. A travers plusieurs vignettes cliniques, l'auteur explicite les conduites parentales pathogènes.

Les troubles observés chez l'enfant sont de plusieurs ordres qui demandent un croisement de regards avant toute évaluation de détresse, notamment pour ce qui concerne les troubles somatiques : par exemple, hyper vigilance du bébé (insomnie), un retard de poids chez les tout petits, des troubles digestifs..., au-delà de 4 ans l'énurésie et l'encoprésie. Chez le bébé, l'hypertonie est un signe important. Le gel et l'évitement font partie des signes. Les enfants concernés sont souvent peu curieux, on constate qu'ils ont souvent un QI bas.

L'auteur propose de travailler avec l'échelle du développement psychomoteur de Brunet-Lézine. L'observation montre qu'après quelques mois d'accueil la dynamique du développement augmente, puis stagne, remonte avant de stagner à un niveau qui va rester inférieur à la moyenne de la classe d'âge. De plus le développement est dysharmonieux : ce sont davantage l'investissement du corps et l'activité autonome qui se développent (enfants « débrouillards », « agiles »), et moins les catégories sociales et relationnelles (langage). Des recherches sur la continuité entre QI et quotient de développement (QD) sont encore à mener mais l'hypothèse est crédible pour l'auteur.

Selon le tableau clinique présenté dans l'ouvrage, les troubles ont pour conséquence pour l'enfant de mobiliser, au détriment des fonctions d'organisation et de construction, ses propres ressources pour trouver une contenance qui ne venait pas de l'extérieur, pour se protéger, créant des mécanismes de défense pathologiques précoces.

L'auteur propose des pistes pour le diagnostic des PTRP avant d'exposer ses effets sur le long terme. L'auteur souligne que « la perception de la disponibilité de l'autre, de sa sensibilité, de sa solidité, ainsi qu'une certaine disposition première à l'empathie, constitue un "signal" autorisant l'enfant à investir cet autre en "super-objet-maternant" et à engager une communication projective des vécus traumatogènes, demeurés en souffrance d'élaboration ». En somme, « plus que tout autre chose, c'est la relation qui soigne ». Et le plus important n'est pas avec qui, mais que cela s'inscrive dans la permanence.

La question de l'attachement est primordiale pour restaurer le développement de l'enfant mais dans ces situations, l'attachement se heurte à des difficultés, d'une part dans les représentations de l'aidant, d'autre part dans l'intégration par l'enfant d'une relation pathologique. Elles peuvent s'alimenter l'une l'autre et donner lieu à des relations très perturbées et éprouvantes, les enfants dépensant beaucoup d'énergie à se défendre contre la relation qui permet le traitement des expériences passées.

Ainsi la difficulté dans la pratique auprès de ces enfants est de penser à la fois leur réalité externe et leur réalité interne. La démarche psychothérapeutique promouvant d'emblée la mise en représentation des traumatismes précoces ne convient pas aux enfants présentant une PTRP. Selon l'auteur on peut proposer un processus thérapeutique en 3 étapes : mise en place d'un espace permettant la rencontre ; proposer aux enfants des dispositifs intermédiaires diminuant l'effet anxiogène de l'entrée en relation (jeux, dessins...) ; « mise en condition psychique », l'espace thérapeutique permettant un travail de contention et de différenciation. Pour l'auteur, la position la

plus adaptée face aux enfants présentant une PTRP est celle de « témoin engagé » développée par l'équipe du Dr Berger, c'est-à-dire une figure d'attachement capable de reconnaître la détresse de l'enfant et les événements passés, une figure capable d'accepter les sentiments extériorisés par l'enfant pendant cette période. Cette posture thérapeutique suppose des interactions fréquentes voire quotidiennes entre l'enfant et le thérapeute. Cela suppose aussi patience et persévérance, une fermeté bienveillante sans faille et des soins individualisés.

**Fiche n°6**

**BROWNE, Kevin (2009), 'The Risk of Harm to young Children in Institutional Care', Better Care Network-Save the Children.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Ce rapport rédigé à la demande de deux organisations internationales du champ de la défense des droits de l'enfant, rassemble les données et conclusions de plusieurs recherches internationales de l'auteur du rapport sur l'accueil des enfants, notamment âgés de moins de 3 ans, dans les institutions (cf. Fiche n° 9). Kevin Browne est professeur de psychologie légale (*forensic psychology*) et santé de l'enfant à l'*Institute of Work, Health & Organisations* de l'Université de Liverpool et Birmingham et a été consultant pour le secrétariat général des Nations Unies.

Ses travaux abordent la question d'une diversité de situations, sans que ces différences soient toujours prises en compte dans les analyses.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'accueil en établissement des enfants de moins de 3 ans sur une base internationale.

**Méthodologie**

Le rapport s'appuie sur plusieurs enquêtes dirigées par l'auteur, en particulier en Europe et dans les pays accédant à l'Union Européenne au début des années 2000. Il s'appuie également sur la littérature.

**Résultats et conclusions****Effectifs**

Le nombre d'enfants de moins de 3 ans en institution est particulièrement élevé en Russie (10 411), Roumanie (4 564), Ukraine (3 210), France (2 980) et en Espagne (2 471).

**Coûts**

Les institutions coûtent plus cher que les accueils en famille, coûts attribuables à des professionnels qui n'ont pas de contact avec les enfants (soit 33% à 50% des professionnels des institutions).

**Motifs d'accueil**

En 2003, les enfants placés en institution dans l'Europe économiquement développée l'étaient suite à des maltraitance ou négligences, alors que dans les zones en transition économique en Europe, ils l'étaient essentiellement suite à un abandon ou un handicap. Globalement, 27% des enfants présents dans une institution avaient un handicap à l'admission mais 1/3 des enfants à la sortie ont un handicap qui nécessite un suivi.

**Effets sur le développement physique et moteur**

En lien avec le mode d'accueil (surpopulation, routines rigides, nombre de *caregivers* insuffisant par rapport au nombre d'enfants, équipe avec peu d'interactions), l'auteur décrit des effets proches de l'hospitalisme : balancements, retards de développement physique, problèmes de vision et d'ouïe dus à la malnutrition, mais aussi des problèmes de système immunitaire dus aux rares sorties à l'extérieur, à jouer par exemple dans la terre.

## Effets psychologiques

### ➤ Besoins affectifs

Les enfants vivant en institutions présentent de moins bonnes compétences intellectuelles et sociales et des difficultés d'apprentissage et de langage, comparés aux enfants en accueil familial, d'après les recherches. Ils présentent également des troubles de la concentration et des désordres émotionnels, recherchant souvent l'attention. Ne pas avoir eu de figure d'attachement primaire maternelle dans la prime enfance causerait ces effets à long terme. La théorie de l'attachement, développée dans les années 1960 par Bowlby, a mis en évidence les conséquences négatives de l'accueil en institution au regard de l'importance, pour le développement de l'enfant, d'avoir une figure d'attachement stable. Cela a conduit à abolir l'accueil en institution dans le monde anglo-saxon, explique l'auteur. Dans d'autres pays, plutôt que les besoins affectifs de l'enfant, ce sont ses besoins physiques qui ont été privilégiés et le contrôle de son environnement.

D'autres études ont cherché à mesurer l'attachement des enfants placés en établissement par rapport aux enfants accueillis en famille. Les premiers présentent plus souvent un mode d'attachement désorganisé. Y compris dans les établissements de qualité (petite structure, ratio adultes/enfants élevé), des difficultés affectives sont repérées plus fréquemment qu'en accueil familial, et d'autant plus que l'enfant a été accueilli en institution tout petit. Certains ont l'air d'aller bien mais leur recherche d'affection non discriminative est un indice d'attachement désorganisé, dû au manque de soins chaleureux et d'une relation continue avec un *caregiver* à l'écoute.

### ➤ Langage et apprentissages

Les enfants en institution ont des scores inférieurs aux tests de QI, mais qui se rattrape si l'enfant est accueilli dans un environnement familial assez tôt (avec une période particulièrement critique avant 18 mois). Les enfants en institution auraient de moins bonnes compétences en lecture et écriture, qui se rattraperaient lors d'un accueil en famille avec une influence cependant du milieu socio-économique et culturel de la famille.

### ➤ Développement du cerveau

Récemment, la neurobiologie apporte des éclairages nouveaux sur les besoins de l'enfant utiles pour réfléchir sur les effets de l'accueil en institution des enfants les plus petits. Le bébé né avec 100 milliards de neurones, formant chacun 15 000 synapses dans ses deux premières années de vie. Or le cerveau s'adapte en fonction des réponses de son environnement (neuroplasticité) et les synapses les plus utilisées sont maintenues alors que celles qui ne le sont pas sont « élaguées ». Ce sont donc les interactions qui vont favoriser ce processus, et en particulier les interactions avec un *caregiver* stable et bienveillant qui parle et stimule l'enfant. Sans cette relation individuelle de qualité le développement est tronqué, et ce sont en particulier les lobes frontal et temporal les plus exposés, affectant la sphère sociale et émotionnelle de l'enfant.

Selon l'auteur, le manque d'opportunité de développer un lien d'attachement spécifique avec une figure parente est caractéristique de l'accueil en institution, où la culture est d'abord tournée vers le soin physique des enfants et l'organisation de règles, avec une moindre place au jeu, aux interactions sociales et aux soins individuels. C'est pourquoi, selon l'auteur, l'accueil en institution des jeunes enfants de moins de 3 ans pourrait avoir un effet préjudiciable sur le fonctionnement du cerveau, au moment le plus crucial pour le développement du cerveau, avec des effets à long terme dans la sphère sociale et comportementale. L'auteur fait également le lien avec des maltraitances institutionnelles que l'on a pu observer dans toute l'Europe, et en particulier en Roumanie.

En conclusion, l'auteur propose une feuille de route pour la désinstitutionalisation.

**Fiche n°7**

**CAMERON Claire, REIMER Daniela, SMITH Mark (2015), "Towards a theory of upbringing in foster care in Europe", *European Journal of Social Work*, vol. 9, Issue 2, p. 152-170.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article présente une première exploration de l'accueil familial à travers 11 pays d'Europe avec l'originalité de les relier aux différentes traditions en termes d'éducation et de protection de l'enfance, ainsi qu'à leur système d'aide sociale.

Cette étude prend place dans un contexte européen où l'on assiste de plus en plus à une préférence pour l'accueil familial par rapport à l'accueil en institution, ainsi que dans la famille élargie de l'enfant, en particulier pour les plus petits. L'accueil en famille est réputé offrir une base sécurisée pour le développement de l'enfant. Or, le nombre d'enfants accueillis est en hausse à l'échelle européenne, posant un défi d'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants accueillis, alors même que l'accueil familial reste peu théorisé.

**Type et âges d'accueil étudiés**

La place faite à l'accueil familial dans les 11 pays est ici visée et replacée dans la notion plus large d'éducation. C'est donc la conception de l'éducation en situation de placement familial qui est interrogée.

**Méthodologie**

Pour les auteurs, l'accueil familial remplit des éléments que l'on peut considérer comme une mission relevant de la société. L'article s'appuie sur la théorie d'un pédagogue social allemand, Klaus Mollenhauer, afin de proposer un modèle d'éducation permettant de résoudre certains problèmes soulevés par le placement. L'article s'appuie sur les constats issus d'une recherche comparative sur le placement familial dans 11 pays européens.

En s'appuyant sur la classification de Esping-Andersen, considérant que cela éclaire sur la manière dont les Etats distribuent les ressources en termes d'aide et d'éducation, l'article prend en compte les modalités de protection de l'enfance en lien avec les types de régimes sociaux des pays : "libéral" (Angleterre, Ecosse), "social-démocratique" (Danemark, Suède), "conservateur corporatiste" (Allemagne, Autriche, Suisse, France) et les pays d'Europe centrale et de l'Est (Croatie, Lituanie et Pologne)

En 2012, un projet a permis de rassembler les experts et chercheurs dans le champ de la protection de l'enfance de 12 pays (dont un s'est retiré). Avant cette réunion, ils avaient dû proposer un court exposé sur l'accueil familial par rapport à d'autres modes de placement et notamment les recherches et questionnements en cours. Un autre exposé portait sur la définition de l'éducation d'un enfant, en général et dans le cadre du placement en particulier. Ces informations constituent les données explorées dans cet article. Les analyses ont été soumises aux experts pour leur permettre d'y réagir.

## Résultats et conclusions

Si les systèmes de protection européens sont différents selon les pays, on trouve des bases communes : les évolutions de la famille, qui se traduit aussi dans l'évolution des rôles des membres de la famille, non seulement entre le père et la mère dans l'attribution de l'autorité parentale, mais aussi dans le nouveau statut de l'enfant, marqué par le droit et la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). C'est ce que certains appellent aussi un mouvement de démocratisation de la famille. Cependant, ce mouvement s'accompagne paradoxalement d'un renforcement de la dépendance de l'enfant à sa famille, plus ou moins longue selon les pays.

Pour autant, les familles alternent entre une conception de l'éducation basée sur la participation de l'enfant et une autre fondée sur la discipline et l'obéissance.

De plus, l'association sphère publique/sphère privée, diffère. Par exemple, en Allemagne, on estime que la famille est une institution privée, et la vie de l'enfant est centrée sur l'univers familial pendant ses premières années, alors qu'en France, l'institution fait très tôt partie de la vie de l'enfant, ouvrant la famille à l'intervention publique, entendue comme un soutien.

Enfin, selon les pays, la manière de définir la protection de l'enfance, que ce soit en accueil familial ou en établissement, varie plus ou moins fortement. Dans ces conditions on imagine les difficultés pour définir ce qu'est « élever un enfant ».

Les réponses des 11 experts reflètent les approches différentes selon les pays, en termes d'organisation, de politique et d'orientation de la recherche et donc des données disponibles.

### Place et motif de l'accueil familial dans les 11 pays

L'accueil familial comme option de placement varie de 40% au Danemark et en Autriche, à 75% en Suède et en Angleterre.

La préférence pour l'accueil familial s'explique parfois plus par une tradition historique que par le régime social : par exemple, la Suède a une forte proportion d'enfants en accueil familial alors que le Danemark en a une faible, l'accueil familial étant essentiellement réservé aux enfants les plus petits. Dans d'autres pays, l'accueil familial est préféré de manière idéologique de plus ou moins longue date. En Angleterre, le *Curtis Committee* de 1946 en marque le début. Pour certains analystes, la préférence pour l'accueil familial dans les pays libéraux n'est pas étrangère à son moindre coût pour l'Etat.

Dans nombre de pays, l'accueil familial est adossé à une orientation en termes de développement (notamment en France), tandis que d'autres évoquent la stabilité et la normalité (par exemple en Allemagne). Certains experts nationaux appuient aussi l'accueil familial à partir du point de vue de l'enfant et des opportunités d'expression et de décision que cela lui apporterait.

### Elever un enfant : quelles caractéristiques

Ce concept reste largement sous-développé à la fois dans les recherches et les politiques familiales. L'éducation des enfants placés reste prise dans des conceptions larges de l'implication de l'Etat dans l'éducation, par exemple en Ecosse et en Croatie, mais la plupart des experts nationaux se sont référés au modèle privé de la famille sans exploration poussée. Globalement, élever un enfant est présenté comme l'une des tâches des parents. Ainsi, non-directive, elle peut être assumée par les parents ou d'autres qui les remplacent.

### L'éducation selon Mollenhauer

C'est finalement sur le concept d'éducation qu'il y a le moins de consensus dans la littérature, la politique et la législation des 11 pays ici considérés, en particulier sur l'éducation en situation de placement familial.



Les auteurs proposent de relier cette question à la théorie de Mollenhauer à travers 3 dimensions : les accueillants comme experts du quotidien, comme praticiens réflexifs, comme compétents pour « être avec » des enfants, conscients des opportunités que cela peut leur amener.

- *experts du quotidien* :

L'accent mis sur l'aspect environnemental de l'accueil et de l'expérience quotidienne, peut être adossé à deux concepts allemands : *Erziehung* et *Bildung*<sup>19</sup>, qui permettent une prise en compte globale de l'éducation : école-maison, personnel-global pour le premier, et la socialisation comme processus interactif intégrant plusieurs contextes pour le deuxième, ce qui amène à penser la tâche d'élever un enfant de manière plus complexe qu'avec une argumentation uni-dimensionnelle, par exemple axée sur la sécurité, en lien notamment avec la théorie de l'attachement.

- *praticiens réflexifs* :

Elever un enfant pour Mollenhauer dépend de dimensions personnelles et subjectives. Chacun peut remettre en question ses propres parents. Cela suppose pour les accueillants familiaux d'adopter une posture réflexive sur leur propre éducation et sur l'impact qu'elle peut avoir sur leur manière d'élever les enfants qui ne sont pas les leurs. Ce qui amènerait moins à formuler des bonnes pratiques qu'à apporter de bons soins effectifs.

- « être avec » :

Le seul fait d'« être avec » les enfants implique les accueillants dans la manière de les élever. De ce fait, ils doivent être attentifs aux messages qu'ils envoient au quotidien et comment cela peut avoir une influence positive. La transmission passe autant par ce que les adultes font consciemment et implicitement, ce que Mollenhauer appelle respectivement la représentation et présentation. Pour lui, dans les sociétés post-modernes où adultes et enfants vivaient de manière indifférenciée, les adultes présentaient simplement un modèle en partageant le quotidien avec les enfants. Mais depuis, il y a eu dissociation des vies adultes et de l'enfant, avec une dissociation de ce qui peut être présenté à l'enfant qui est alors sujet à une interprétation menant à une représentation, et ce qui doit être filtré. Ce qui a conduit à de plus en plus de techniques et méthodes pour évaluer ce qui était valable culturellement, conduisant à l'essor d'institutions éducatives spécialisées (école bien sûr, mais aussi protection de l'enfance). Ce qui conduit à séparer l'éducation formelle du processus global de l'éducation de l'enfant. La présentation, sur le mode de l'implicite, de l'intuitif et en quelque sorte du naturel, est remplacé par la représentation, qui repose sur l'anticipation, la programmation, l'évaluation et l'expertise technique.

Ce qui amène à s'interroger sur ce que les accueillants doivent représenter et comment. Et de ce fait, ce qui doit être filtré. L'estimation de ce de quoi l'enfant doit être protégé selon des étapes, suppose de juger en fonction des droits des enfants et des responsabilités des adultes. Dans la vie de tous les jours, cela se joue par exemple sur avoir un langage approprié, des tenues appropriées, un rapport sain à l'alcool etc... Cela dit, l'implicite dans la vie quotidienne sera autant, sinon plus fort que l'explicite, et ce inconsciemment, tant pour l'adulte que pour l'enfant.

La relation pédagogique précède donc les méthodes et théories de l'éducation. Cette relation pédagogique suppose un cadre sécurisant dans lequel l'adulte peut prendre une place reconnue par la société. Cette relation est basée sur la solidarité et le long terme et suppose des objectifs.

L'éducation s'effectue dans l'espace commun mais aussi dans l'espace privé. La relation pédagogique se déroule dans les activités de la vie quotidienne ou spéciales : faire du sport, manger ensemble, les rituels du soirs, etc.

En grandissant, la dissymétrie s'efface et l'enfant peut prendre ses propres décisions et les relations

<sup>19</sup> Enseignement et formation.

se déroulent sur un plan d'égalité.

Mais l'éducation en accueil familial pose bien des défis, car elle met en jeu plusieurs contradictions : la vie de famille suppose un théâtre privé, alors que la famille d'accueil est aussi une famille publique et peut impliquer des rapports importants avec la famille d'origine et les professionnels socio-éducatifs. Il faut aussi prendre en compte que les accueillants, les enfants, les enfants biologiques des accueillants et la famille d'origine, qui tous construisent leur biographie dans des conditions difficiles : pas d'histoire en commun, comportements difficiles, orientation vers la fin de prise en charge plutôt que sur le long terme et très peu de notions sur la normalité du quotidien dans la famille d'accueil, et sur la normalité de la vie sans enfants des parents d'origine.

Pour les auteurs, la théorie de Mollenhauer permet de créer des ponts à travers l'Europe où se développe l'accueil familial dans des contextes très différents, en lui donnant une assise théorique au-delà du « réductionnisme » psychologique ou le caractère prescriptif des bonnes pratiques, en s'intéressant aux dimensions culturelle et intergénérationnelle au cœur de la relation éducative. Cela apporterait du point de vue de l'enfant davantage de stabilité dans le placement et de continuité éducative.

**Fiche n°8**

**CASINI Monique (2008) « Grandir à la pouponnière : l'accompagnement de Winny dans les rencontres avec sa mère », in MAUVAIS Patrick, *La parentalité accompagnée*, Toulouse, Érès, p. 111-140.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

L'article présente l'accueil en pouponnière à partir de l'étude d'une trajectoire d'une petite fille et du maintien du lien avec sa mère. L'auteur est psychologue en foyer départemental de l'enfance.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Il s'agit d'un accueil en pouponnière d'une petite fille âgée de 7 mois au moment des observations supports aux analyses de cette monographie. L'objectif de l'accueil est la poursuite du développement de l'enfant de manière réfléchie et le maintien du lien avec sa famille.

**Méthodologie**

Le chapitre d'ouvrage analyse les trois mois de rencontres médiatisées entre la mère et l'enfant, dans un parcours de 17 mois à la pouponnière.

Trois lieux de la pouponnière sont identifiés pour étayer l'analyse : les lieux des enfants, le lieu des parents, les lieux spécialisés. Reprenant des concepts issus de la psychologie comme « la psychopathologie de la parentalité », l'étude est une étude de cas, qui concerne à la fois la situation de l'enfant (à 7 mois) et la situation de sa mère, cette dernière connaissant une problématique de l'ordre du trouble psychique. Ce travail est illustré à travers quatre situations d'accueil et d'accompagnement de la relation mère-enfant : celle dite du « pouce » ; celle dite de la « tolérance » (tolérance aux protestations de l'enfant aux soins que lui apporte sa mère) ; celle dite de la « douceur » (poser un cadre permettant à l'affectuosité de se développer) ; et enfin celle associée au « mal être » de la mère, les professionnels de la pouponnière mettant en avant dans cette dernière illustration la problématique psychopathologique de la mère.

**Résultats et conclusions**

Le placement a été vécu comme « une trahison » par la mère au moment du signalement effectué par le PMI. La mère est appréhendée par les professionnels comme une personnalité de « structure psychotique ». La relation de la mère à son enfant est teintée de processus d'identification. Le cadre de l'accueil est abordé comme ayant deux fonctions fondamentales : la fonction de « contenant » et la fonction de « médiation ». Cette dernière conférant au professionnel éducatif la position de tiers. La relation mère/enfant trouve à se développer dans des moments privilégiés et accompagnés comme celui du bain.

Enfin, progressivement, en fin d'accueil à la pouponnière, le parcours gradué de l'enfant protégé est concrétisé par des espaces extérieurs à la pouponnière, pour faciliter le passage entre la structure d'accueil et la famille d'accueil. L'étude de cette trajectoire insiste sur la mise en place du « travail psychique » de l'enfant.

Ce chapitre d'ouvrage met en avant la nécessité de la permanence du cadre que représente la pouponnière pour prévenir les potentielles discontinuités liées à « l'état psychique » de la mère. De

manière réflexive, la posture et l'adaptabilité des accompagnants sont déterminantes dans le maintien du lien entre mère et fille, figurant l'engagement renouvelé de l'institution dans son ensemble, qui légitime l'intervention des professionnels en contexte hostile. Le chapitre conclut, en reprenant les travaux de Didier Houzel sur l'accompagnement comme intervenant dans un « espace psychique, spatial et temporel », que les accueils en pouponnière doivent être analysés plus intensément afin de comprendre les problématiques de mauvais traitements ou de bientraitance des enfants accueillis.

**Fiche n°9**

**CHOU Shihning, BROWNE Kevin (2008), "The relationship between institutional care and the international adoption of children in Europe", *Adoption & Fostering*, vol. 32, p. 40-48.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article rend compte d'une recherche sur le lien entre accueil en institution des jeunes enfants et adoption internationale, menée dans 33 pays européens, sur la base d'études précédentes (cf. **Fiche n°6**), conduisant à souligner les mauvais effets de l'accueil prolongé en institution sur les jeunes enfants en Europe et Asie Centrale. Certains pensent que l'adoption internationale est une solution pour le grand nombre d'enfants placés en institution, et l'adoption d'enfant dans les pays en voie de développement a justement été encouragée en ce sens.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'accueil des enfants de moins de 3 ans en institution en Europe.

**Méthodologie**

En 2003, une enquête a permis de faire une cartographie des enfants de moins de 3 ans en institution à travers l'Europe et de mieux connaître leurs caractéristiques. Deux questionnaires étaient envoyés au ministère compétent dans chacun des 33 pays de l'enquête (qui ne comprend pas les pays de langue russe) : il s'agissait d'abord de recueillir des informations quant au nombre, caractéristiques et raisons du placement concernant les enfants de moins de 3 ans accueillis en institution pendant plus de 3 mois. Ensuite, il s'agissait de connaître dans chaque pays, la proportion d'adoption, nationale et internationale, de placements et de soutien aux familles.

Ces données officielles ont pu être recueillies quant à la proportion d'adoptions nationales et internationales dans 25 pays sur les 33 visés par l'enquête.

Seuls les pays présentant des données sur l'adoption internationale et le placement en institution d'enfants de moins de 3 ans ont été inclus dans l'analyse. Ceux qui avaient moins d'un enfant sur 10 000 âgé de moins de 3 ans en institution ont cependant été exclus de l'analyse (Norvège et Grande Bretagne). Ce sont finalement 21 pays qui ont donc été analysés.

Ont été recherchés deux types de corrélation :

- entre le nombre officiel d'enfants de moins de 3 ans en institution et la proportion d'enfants sortant du pays pour une adoption à l'international (établie pour 7 pays) ;
- entre le nombre officiel d'enfants de moins de 3 ans en institution et la proportion d'enfants entrant dans le pays pour une adoption à l'international (établie pour 14 pays).

**Résultats et conclusions**

En 2004, les pays européens ayant majoritairement accueilli des enfants adoptés à l'étranger étaient l'Espagne (5 541), la France (4 079), l'Italie (3 398), les Pays-Bas (1 307) et la Suisse (1 109).

Les Etats-Unis, à eux seuls, en accueillent autant que l'Europe (22 884), un chiffre qui a presque doublé entre 1991 et 2006.

La France fait partie des pays ayant un fort taux d'enfants de moins de 3 ans placés en institution (plus de 10 pour 10 000) avec : République Tchèque, Belgique, Lettonie, Bulgarie, Lituanie, Hongrie,

Roumaine, Slovaquie, Finlande, Malte, Estonie, Espagne, Pays-Bas, Portugal et Luxembourg. Cela vient immédiatement relativiser l'opinion selon laquelle le placement en institution ne concerne que les pays en grave difficulté économique, selon les auteurs.

En revanche les sorties vers l'adoption à l'international viennent de Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Roumanie, Slovaquie. Les pays avec plus de 25% de proportion d'adoption internationale étaient la Belgique, Chypre, Finlande, France Allemagne, Islande, Italie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Norvège, Espagne et Suède. Les plus petites proportions (moins de 10%) d'adoption internationale se retrouvaient en Autriche, Slovaquie, Turquie et Grande-Bretagne.

L'étude conclut à une corrélation entre institutionnalisation des 0-3 ans et adoption internationale pour les pays qui confient à l'adoption. Les pays avec un taux élevé d'enfants de moins de 3 ans en institution sont aussi ceux qui ont la plus forte proportion d'enfants quittant le pays via l'adoption internationale.

Dans les pays en difficulté économique, le revenu issu de l'adoption internationale bénéficie à tous les secteurs de la société, mais rarement aux enfants et aux familles en difficulté. Cela a plutôt pour effet de normaliser l'adoption internationale et de réduire les dynamiques de réforme des services d'aide à l'enfance et le développement de l'accueil familial ou de l'adoption nationale.

Dans les pays en transition économique, les professionnels de l'enfance considèrent l'adoption internationale comme une solution au même titre que le placement dans le pays d'origine, malgré les recommandations de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) stipulant que l'adoption internationale doit être envisagée quand toutes les solutions nationales ont été tentées et n'ont pu aboutir. De plus, les services pour soutenir les familles et les enfants sont, du même coup, souvent inexistantes, en contradiction avec la CIDE, et il n'y a que peu de travail pour permettre aux parents en difficulté de rétablir leur situation et permettre ainsi le retour de l'enfant dans sa famille d'origine après avoir été placé en institution.

La rémunération directement offerte aux parents et personnels intervenant dans le processus d'adoption internationale contribue également à décourager les actions en faveur du développement de l'accueil familial.

Le plaidoyer en faveur de l'adoption internationale comme une action dans l'intérêt de l'enfant entre en contradiction avec le fait que l'adoption internationale ne permet pas d'amélioration des services s'occupant des enfants dans ces pays. Les facteurs conduisant à l'abandon des enfants petits sont rarement pris en compte, de sorte que les enfants sortant des institutions pour être adoptés à l'étranger sont remplacés par d'autres enfants, les mères abandonnant leurs enfants en pensant leur offrir une meilleure vie à « l'Ouest ». De plus, les enfants porteurs d'un handicap physique, ou psychique qui sont moins facilement admis à l'adoption, ne bénéficient d'aucun service spécialisé et sont de fait confinés toute leur vie en institution. Seulement 4% des enfants en institution seraient orphelins.

L'adoption via internet ajoute une pression supplémentaire conduisant à des pratiques frauduleuses d'incitation à l'abandon. Dans une étude précédente, les auteurs ont constaté que tous les enfants adoptés en Roumanie par des parents américains ne venaient pas d'institution et certains sont adoptés directement.

Le cas de la France est souligné pour avoir le taux le plus fort de l'Union Européenne en 2003 (et non Europe au sens continental) d'enfants de 0-3 ans placés en institutions, avec une proportion d'adoption internationale élevée, qui conduit à une difficile adoption en France des enfants plus âgés, handicapés, malades ou issus de minorités ethniques, qui restent placés plus longtemps dans les institutions, selon les auteurs.

**Fiche n°10**

**COLOMBO Marie-Christine (2013), « Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants », *Enfances & Psy*, 2013/2, n°60, p. 91-101.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

L'auteure est une praticienne médecin-chef d'un service départemental de PMI. D'une part, l'auteure questionne l'invisibilité pour les familles des services de PMI et la difficulté pour les familles d'accorder leur confiance aux professionnels. D'autre part, elle analyse les difficultés de croiser deux dispositifs nationaux mis en place au niveau départemental : ceux de protection et de promotion de la santé de l'enfant dans une visée d'accueil généraliste (PMI) et ceux de la protection de l'enfance visant à résoudre ou à compenser les carences éducatives, de soin, et les dangers de maltraitance (ASE). L'article analyse des évolutions après la loi de 5 mars 2007 et tente d'identifier les effets de la réforme de la protection de l'enfance, particulièrement en matière de prévention, sur les services de PMI.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Un des points intéressants est l'analyse du rôle de la PMI lorsque l'ASE refuse la mise en place d'une mesure éducative. L'auteur aborde la question des partenariats. Les modalités d'accueil des jeunes enfants ne sont pas différenciées par catégorie dans l'analyse. Les enfants concernés sont âgés de 9 jours à 24 mois.

**Méthodologie**

Approche historique et étude de cas par l'observation participante professionnelle.

Après un rappel des missions de la PMI (planification et éducation familiale (i) ; suivi médical et préventif des femmes enceintes et des enfants (ii) ; suivi des modes d'accueil du jeune enfant (iii)), l'auteure, elle-même professionnelle de l'institution concernée, insiste sur l'universalité de l'accueil organisé par la PMI, datant de 1945, ne se concentrant plus seulement sur les « classes populaires », ni sur la « surveillance sanitaire » réservée jusqu'ici aux enfants bénéficiant de l'aide sociale. Ensuite, l'article met en jeu les points de tension entre opérateurs lorsqu'une mesure de protection de l'enfance est mise en place.

L'article s'appuie pour cela sur le cas d'une famille issue de la « communauté rom », composée de 4 enfants. Les premiers suivis se font à la PMI. La mère de la famille adhère très peu aux propositions des accompagnants de la PMI. De ce fait, à la suite d'une mesure d'investigation judiciaire, l'aîné est placé à l'âge 11 ans, une mesure AEMO est mise en place tout d'abord puis la mère, enceinte, et ses deux cadets font l'objet d'un placement judiciaire en centre maternel (âgés tous deux de moins de 6 ans). Lorsque le retour au domicile s'avère envisagé, le travail avec la PMI va s'imposer, articulé au renouvellement de l'AEMO.

**Résultats et conclusions**

S'appuyant sur les apports connus de Neyrand (2013), le ciblage des populations côté accompagnement social, aide sociale ou protection de l'enfant est aujourd'hui accentué et met selon

l'auteur en péril le principe de l'universalité de l'accueil en PMI. L'universalisme devient « proportionné » en matière de lutte contre les inégalités avec une accentuation de l'intensité de l'accompagnement selon les besoins sociaux constatés. Du côté de la santé des enfants et des familles, ce sont le dépistage et les protocoles de prévention sur lesquels cet axe de protection sociale insiste.

L'auteure est critique des interventions en protection de l'enfance qui viennent, plutôt qu'en complément comme attendu de la part des services de PMI, brouiller les suivis déjà enclenchés. Elle insiste sur la pression (ou le « poids ») des informations préoccupantes à transmettre sans délais aux services de protection de l'enfance dans le contexte de la réforme de 2007. *« Cette extension du champ de la protection de l'enfance a eu des conséquences lourdes sur l'ensemble des services départementaux de PMI : sommés de contribuer davantage à la protection de l'enfance, les professionnels doivent aider à l'évaluation des informations préoccupantes »* (p.97). C'est donc aussi une évolution des métiers de la PMI qui doivent s'adapter à l'évolution impliquée par les législations. De fait, c'est encore une critique de l'ASE qui est mise en avant sur sa « souveraineté » à gérer l'entrée dans les dispositifs de protection sans prendre en compte l'impact de ces mesures sur le périmètre d'action des professionnels de la PMI, qui brise brutalement le lien avec les familles, ce qui est regrettable pour la prise en compte de la continuité des parcours d'usage pour l'auteur.

Enfin, l'idée est de proposer des voies permettant une articulation entre services de PMI et protection de l'enfance qui ont des champs d'action en commun.

*« Le public pris en charge dans le dispositif de protection de l'enfance est nécessairement ciblé, le dispositif de PMI est porteur d'un droit pour toutes les femmes enceintes et en âge de procréer et tous les enfants de moins de 6 ans. Ils ont en référence deux corpus de droit différents, le Code de l'action sociale et des familles d'un côté, le Code de la santé publique de l'autre. Conformément aux textes qui les régissent respectivement, les deux services sont appelés à travailler en lien. Ils partagent une caractéristique commune : le dispositif est constitué d'un réseau plus ou moins formalisé de partenaires, mais c'est un service départemental qui met en œuvre des actions qui lui sont propres : le service de l'ASE assure la protection de l'enfance »* (p.100).

L'auteure insiste sur l'effort à avoir sur la définition des champs d'intervention de chacun des secteurs pour assurer l'amélioration de leur complémentarité par la coopération, et la qualité des services et des accueils offerts aux enfants et aux familles.



**Fiche n°11**

**CREAI Rhône Alpes (2012), « La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance, Etude conjointe CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes », IREPS Rhône-Alpes et Département de la Haute-Savoie.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Les auteurs constatent que les recherches portant sur la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance présentent souvent des résultats en termes de santé contradictoires. Leur objectif est en outre de croiser des perspectives objectives et subjectives autour de la perception de la santé par les jeunes.

L'étude a trois objectifs : produire de nouveaux éléments de connaissance épidémiologiques sur santé des jeunes et des enfants confiés à l'ASE. Leur perception subjective est ensuite analysée. Enfin l'article tente de faire des préconisations pour améliorer l'accès au soin, le suivi et la santé des enfants confiés à l'ASE.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Évaluation de l'état de santé des jeunes confiés à l'ASE. L'étude a été menée en 2 temps : en 2008/2009 pour les jeunes placés en famille d'accueil, en 2010/2011 pour les jeunes placés en établissement. Les jeunes sont issus de 3 territoires (Genevois, arve et annecy Est) mais sont placés sur l'ensemble des territoires

1/3 des jeunes sont en famille d'accueil et 2/3 en établissement. Il y a environ 200 familles d'accueil.

L'étude concerne les jeunes de 0 à 18 ans.

**Méthodologie**

2 200 jeunes de 0 à 21 ans bénéficient de l'ASE en Haute Savoie. On constate une stabilité voire une baisse des mesures de placement à temps complet et une augmentation des mesures à domicile, (liée à l'augmentation des mesures alternatives – accueil de jour et AEMO avec hébergement).

Première partie.

Pour les jeunes placés en établissement, une différence est faite selon la taille de l'établissement. Dans les établissements de moins de 30 places, tous les jeunes ont été vus pour un bilan alors que c'est le cas de 40% des jeunes dans les établissements plus grands (refus des parents, empêchement des jeunes ou turn-over).

328 jeunes ont été vus sur 800, soit 48 demi-journées de bilan. Les données ont été redressées afin de rendre les résultats comparables avec ceux de la population générale.

Deuxième partie.

Entretiens qualitatifs avec 14 jeunes de 8 à 19 ans (6 garçons et 10 filles), (6 enfants en famille d'accueil, 6 à la maison de l'enfance, 4 en foyer associatif) : 5 enfants en situation de prise en charge courte ou récente, 4 entre 6 mois et 2 ans, 5 supérieure à 2 ans. 8 enfants en situation de « placement » et 6 de « déplacement ». Entretiens semi-directifs puis passage de deux questionnaires :

- l'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham ISPN (Nottingham Health Profile- NHP),
- le questionnaire de soutien social perçu (QQSP Brunchon-Schwartz, 2003).

*Note* : Le questionnaire auto-administré a permis de limiter ou de contrebalancer le biais de désirabilité sociale de l'entretien.

Troisième partie : entretiens avec des professionnels afin de définir un ensemble de préconisations dans la prise en charge des enfants. L'entretien se déroulait avec les thèmes suivants :

- représentations que les professionnels ont de la santé,
- connaissances que les professionnels ont de la santé des enfants,
- actions mises en œuvre pour la santé de l'enfant (éducation pour la santé et prise en charge de problèmes de santé), prise en compte de la tenue d'un focus groupe.

## Résultats et conclusions

Les auteurs décrivent les enfants vus en bilan. Plus de filles que de garçons sont en famille d'accueil et ces enfants sont plus jeunes en moyenne. Plus d'une fois sur 2, la mesure de placement concerne plusieurs membres de la fratrie. Le parcours des jeunes est marqué par un accueil en maison maternelle fréquent pour les jeunes accueillis en famille alors que pour les jeunes en établissement on retiendra la multiplicité des lieux d'accueils et des mesures, témoignant de ruptures dans les parcours.

La présence ou non des parents donne des informations sur les antécédents familiaux des enfants. Beaucoup de données sont manquantes à ce niveau ainsi que sur le déroulement de la grossesse des mères.

Quelques résultats descriptifs :

- Taux plus élevé de prématurés en famille d'accueil.
- Beaucoup de dossiers non renseignés sur la sortie de maternité.
- On retrouve les motifs classiques d'hospitalisation dans les familles en difficulté (hospitalisation de ces enfants plus fréquente car les soins ne sont pas toujours effectués correctement et régulièrement).
- Les prises en charge de type psychologique concernent 1/3 des jeunes quel que soit leur lieu de placement.
- Recours à l'orthophoniste 5 fois plus importante que chez les enfants de Haute Savoie.

Ces deux derniers constats s'expliquent également par une meilleure prise en charge de ces enfants.

- Plus de jeunes ont un traitement neuropsychiatrique (plus d'états d'agitation aigüe, de comportements agressifs et de troubles des conduites).
- Nombre important d'insuffisance pondérale (souvent lié au retard de poids à la naissance) et nombre important de surpoids en établissement (souvent liée à la prise de neuroleptiques).
- Peu de pathologies dépistées mais en famille d'accueil, fréquence des caries dépistées.
- Fréquence des troubles de règles non pris en compte chez les jeunes filles en établissement.
- Forte fréquence d'anomalies visuelles dépistées en établissement.
- Fréquence des troubles alimentaires, du sommeil ou du comportement avec les trois à la fois parfois.

Les problèmes de vie quotidienne (sommeil, alimentation et comportement) sont très présents dans cette population mais peu accompagnés en dehors des troubles importants du comportement entraînant des difficultés au quotidien.

- Les apprentis sont bien plus nombreux chez les enfants placés que les enfants de 15-19 ans de Haute-Savoie (27% versus 8%) et à l'inverse les jeunes en formation professionnelle sont

moins nombreux parmi les enfants placés que chez les jeunes sortis du système scolaire en Haute-Savoie (27% versus 44%).

- 14,9% des jeunes placés en établissement sont déscolarisés. Il s'agit de jeunes sous traitement neuropsychiatriques ou en rupture scolaire.
- Les taux de redoublement sont plus importants.
- 21 % des jeunes en famille d'accueil et 26 % des jeunes en établissement ont un dossier à la MDPH 74. Les enfants placés sont proportionnellement beaucoup plus nombreux à fréquenter les IME, IMP, ITEP et SESSAD par rapport aux jeunes de Haute-Savoie. De même, le taux des bénéficiaires de l'AEEH est 4 fois plus important chez les enfants placés que chez les jeunes de la population générale.

## 2<sup>e</sup> partie

Les enfants interrogés donnent leur définition de la santé. Plus précise que l'absence de maladie chez les plus âgés. Les auteurs notent un souci de correspondre à la normalité, ce qui contraste avec les données recueillies par le questionnaire auto-administré. Une analyse statistique globale des 16 questionnaires montre que les problèmes identifiés sont composés pour 32,6 % de problèmes liés à l'énergie, pour 19,3 % de difficultés liées à l'isolement social, pour 19 % de problèmes de sommeil, pour 12,5% de douleurs, pour 12,3% de difficultés de mobilité, pour 10,1 % de réactions émotionnelles.

Les deux préoccupations majeures des enfants et adolescents rencontrés, qui leur cause soucis et inquiétudes, et la famille et l'éducation-orientation. Ce qui caractérise également leur récit, c'est la solitude et l'isolement auxquels ils font face dans le traitement de ces problèmes.

C'est peut-être ce qui fait la spécificité de leur rapport à la santé, leur rationalité propre. Pour Giraud, les enfants placés tentent par leur mutisme « de se mettre hors d'atteinte de manières éducatives incapables de les comprendre. (...) Leurs manières d'être, de dire et de taire, sont en fait les produits logiques de leur incertitude d'être à autrui, à l'espace, au monde social ».

### 3 types de discours liés au parcours de prise en charge et à la durée et la nature du placement :

- Première catégorie : les enfants dont les supports principaux sont les professionnels. Tout se passe comme si les enfants et les jeunes avaient identifié différents registres de pratique de la parentalité et s'adressaient aux différents professionnels partageant ces tâches de suppléance à la fonction parentale. Il semblerait néanmoins que parmi les domaines identifiés, certains besoins restent pour certains jeunes non couverts. Il faut que les adultes soient identifiés comme de confiance.
- Deuxième catégorie : les enfants pour lesquels la famille biologique reste le support principal. A *contrario* pour les enfants placés depuis une plus courte période, la famille biologique reste le support principal dans l'activation des ressources pour la santé.
- Troisième catégorie : les enfants isolés sans support social perçu, ni de la famille, ni de l'institution. Certains enfants apparaissent être entre deux rives, placés récemment ou déplacés et replacés, ils ne paraissent plus percevoir de soutiens ni du côté la famille ni du côté de l'institution. Ils sont contraints alors de se débrouiller par eux-mêmes dans l'activation des ressources pour leur santé. Les auteurs identifient trois modèles du rapport à l'aide : le recours et la satisfaction par rapport à l'aide reçue, le recours à l'aide et le fatalisme et la méfiance et l'évitement de l'aide.

## 3<sup>e</sup> partie

### Les représentations

Certains professionnels ont une vision cloisonnée de la santé, d'autres moins. La santé est vue non pas comme une finalité mais comme un moyen, une potentialité.

### Les connaissances

Le degré de connaissances dépend du parcours initial du jeune (plus il a été placé, moins l'information est bonne) et selon les catégories socio-professionnelles du professionnel. Dans de nombreux cas, les professionnels ont fait part du manque d'information concernant les événements

de santé antérieurs au placement ; l'histoire médicale de l'enfant reste incomplète, ce qui leur apparaît pénalisant pour la prise en charge qui va suivre. Seuls des entretiens avec les parents peuvent combler ces manques, mais là encore cela n'est pas toujours possible. Ce manque d'information peut poser des problèmes dans l'accueil et le suivi, la difficulté d'anticiper des situations et l'accueil en urgence.

Leur connaissance de l'état de santé des enfants accueillis ne leur semble pas suffisante et rencontrer différents obstacles, en premier lieu celui de l'absence de suivi systématique, ainsi que leur confrontation régulière à des situations d'urgence. Ils expriment eux aussi un sentiment de malaise sur ces questions, malaise induit par la tension entre leur prise de conscience et leur propre analyse de leur pratique.

#### Les pratiques

Définition des rôles des différents professionnels.

#### Analyse

Les professionnels rencontrés font référence à la définition globale de la santé de l'OMS, « un bien-être physique, mental et social ». Cependant le discours théorique est rejoint par une réalité plus restreinte. La notion de « bien-être » est souvent remplacée par le terme de « santé ». Une séparation est faite entre la « santé physique » et la « santé morale/mentale/psychique », rompant la globalité de la définition initiale. La notion de « bien-être général » de l'enfant revient lorsque les deux sont réunis. La santé est majoritairement vue sous l'angle curatif.

Les problèmes de santé mentale semblent tellement prégnants que le moindre signe a tendance à être interprété comme une aggravation de cette santé. Dans cette logique apparaît donc un risque de médicalisation du problème.

Dans le discours des professionnels, il est parfois difficile de faire la différence entre un trouble d'origine psychiatrique entraînant l'enfant dans une situation de handicap et un trouble d'origine psychologique résultant de la complexité des situations sociales vécues.

#### Préconisations

Un environnement favorable pour l'enfant est un environnement suffisamment sécurisant qui permettra son processus de maturation.

Les situations qui permettraient aux éducateurs d'être dans l'attention (care) sont mises à distance.

La question des retours de week-end dans les familles est posée. Le poids de la collectivité également.

La santé de l'enfant, et par conséquent son développement, peut également être soutenue par le renforcement de l'action communautaire. Ce terme est à entendre ici comme la recherche d'implication et de participation de tous les acteurs autour du projet de l'enfant. Le renforcement de l'action communautaire pourrait aussi se concevoir avec la mise en place d'une meilleure collaboration entre les services et leurs professionnels et les professionnels extérieurs aux structures accueillantes.

Le bien-être global de l'enfant, y compris les questions de santé, est du ressort en premier lieu de l'éducateur. Or les éducateurs n'ont pas de compétence sur les soins bien qu'ils doivent en garantir la mise en œuvre (observance des traitements, visites chez les soignants, ...). Dans l'ensemble, les professionnels se déclarent peu formés sur les déterminants de santé. Leurs discours s'orientent plus vers le soin que vers la santé globale, qui n'est pas perçue comme une ressource au bon développement de l'enfant.

Que l'exercice professionnel se pratique de manière individuelle (assistant familial) ou au sein d'une équipe (éducateur, infirmière...), on constate que les professionnels n'ont pas tous les mêmes repères quant à la notion de partage d'informations à caractère secret. En effet, certains pensent que les informations dont ils disposent ne doivent pas être communiquées alors que les autres pensent le contraire. Les professionnels considèrent que le partage de l'information peut aller à l'encontre du « principe éducatif du respect de l'autre ».

Un déficit de l'offre : au regard du nombre croissant d'enfants diagnostiqués avec un handicap psychique qui sont orientés vers des structures de protection de l'enfance, il est possible de se demander si cette orientation se fait par défaut de places ou structures plus adaptées.

Si chaque soin est individuellement adapté, l'ensemble semble manquer de cohérence et ne traduit pas une approche par projet. Organiser les agendas « de ministres » des enfants peut être, pour les professionnels, un vrai casse-tête accentué par de possibles problèmes d'organisation générale des groupes et des établissements (gestion des activités et des rendez-vous de chacun, disponibilité des véhicules, des personnes,...). Les choix se font alors au détriment d'autres objectifs que personne ne semble vouloir nommer mais qui concernent sans doute le bien-être de l'enfant. Il résulte de cette situation un sentiment de déception de la part des professionnels quant au rapport temps passé /résultats obtenus.

Propositions de recommandations :

- Un suivi sanitaire cohérent sur l'ensemble du territoire.
- La formation continue des professionnels.
- Le développement de l'enfant : démarche de santé dans le quotidien, développer des actions qui facilitent les relations de confiance de l'enfant.
- Renforcer le lien avec les parents et leurs compétences en matière de santé.

**Fiche n°12**

**DEFENSEUR DES DROITS (2016), *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*, Rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

70 000 enfants confiés à l'ASE auraient un handicap plus ou moins lourd. Ces enfants sont à l'intersection de politiques distinctes et passent entre les mailles.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Non spécifique.

**Méthodologie**

30 questionnaires complétés sur 43 par les départements et auditions auprès d'experts.

**Résultats et conclusions**

A partir de 18 questionnaires, environ 17% d'enfants sont confiés à l'ASE et porteurs d'un handicap (contre 2 à 4% dans la population générale), soit près de 70 000 enfants sur 308 000 enfants confiés à l'ASE (juin 2015). 3,71% des enfants ont moins de 6 ans.

On observe surtout des handicaps psychiques et mentaux avec une surreprésentation des troubles du comportement. Dans près de 66 % des cas, les enfants ayant fait l'objet d'une saisine de la commission « situations critiques », sont des enfants qui font l'objet d'un suivi en protection de l'enfance, avec de fortes variations selon les territoires, le taux pouvant atteindre jusqu'à 100%. S'agissant des parcours d'enfants en protection de l'enfance et reconnus par la MDPH, les réponses à l'enquête permettent de constater que, pour moitié environ, ces enfants sont suivis dans le cadre d'une mesure en milieu ouvert (AEMO et AED) et pour moitié dans le cadre d'une mesure de placement (judiciaire ou administratif). La majorité des prises en charge se fait dans des structures principalement non-spécifiques (Maisons d'enfants à caractère social [MECS] et familles d'accueil, publiques ou associatives).

Les auteurs insistent sur l'importance de la prise en charge en réseau, du dépistage précoce et d'un meilleur accompagnement des parents lors de l'annonce du handicap. L'accompagnement doit se faire en collaboration avec la famille et avec des professionnels. Il est régulièrement noté le fait que le handicap n'est souvent dépisté qu'en cas de problèmes de santé et ne relève pas d'une volonté première de dépistage du handicap. À l'inverse, les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance peuvent évoquer une méconnaissance du dispositif de protection de l'enfance de la part des professionnels du monde sanitaire, médical et médico-social.

Le fort pourcentage d'enfants handicapés parmi les bénéficiaires de l'ASE, tel qu'estimé plus haut, ne peut qu'interroger sur les parcours de ces enfants, avant et au moment de leur arrivée dans le dispositif de protection de l'enfance : il s'agit de savoir si le handicap est en soi un motif, direct ou indirect, justifiant d'une intervention à ce titre, et si oui, pour quelles raisons.

Sur les 43 réponses reçues, une écrasante majorité indique que le handicap peut être un motif d'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, seules 5 % d'entre elles ne l'identifiant pas comme tel. Les auteurs soulignent une nouvelle fois le manque de données statistiques concernant les informations préoccupantes, clef de voûte aujourd'hui du dispositif de repérage des situations de danger ou de risque de danger.

La pénurie en pédopsychiatrie peut entraîner des défauts de prise en charge, des prises en charge inadaptées, l'absence de diagnostics ou des diagnostics erronés. Le nombre de lits en pédopsychiatrie est réduit, ce qui peut, par ailleurs, limiter la possibilité de mettre en place un soutien adapté aux « aidants familiaux » (les parents et la fratrie). Sans possibilité de répit dans les situations particulièrement lourdes et complexes, comment tenir à distance et prévenir les troubles du lien d'attachement ? Pour pallier la défaillance en pédopsychiatrie, les ARS ont mis en place des équipes mobiles ou des plateaux techniques, mais ils sont encore peu nombreux.

La diversité constatée dans l'appréhension même du projet pour l'enfant (PPE) conduit indéniablement à une problématique territoriale liée à la continuité de l'action autour de l'enfant. Aucun département aujourd'hui ne prévoit une articulation entre le PPE et les documents relatifs au handicap de l'enfant dans les cas où le PPE a effectivement été mis en place.

La fréquence des partenariats entre L'ASE et les autres structures (ARS, hôpitaux de jour, éducation nationale, ESMS, associations, etc.) et leur nature apparaissent toutefois très diversifiées selon les départements et selon les acteurs. Deux types de coordination peuvent être identifiés :

- une coordination en externe consistant à formaliser les relations du département avec les partenaires du social et du médicosocial, ainsi que du sanitaire et de l'éducation nationale ;
- une coordination en interne consistant à définir par voie de convention de fonctionnement ou de protocoles internes, les modalités de collaboration entre les services de l'ASE et les services de la MDPH.

Sur ce point, certains départements ont indiqué avoir fait le choix, par exemple, de fiches navettes entre la MDPH et l'ASE. D'autres ont fait le choix de désigner des référents ASE et MDPH au sein des institutions respectives afin de faciliter les relations entre les institutions et la connaissance réciproque des dispositifs. Ces initiatives apparaissent pertinentes et mériteraient d'être évaluées précisément, avant d'être diffusées.

Il apparaît pertinent de mettre en place des actions de formations communes entre les acteurs institutionnels et professionnels. Ces actions de formations pourraient porter soit sur la connaissance réciproque des dispositifs, soit sur des thèmes transversaux autour du handicap.

Les enfants concernés, à la marge de différents dispositifs de prise en charge, ont longtemps été identifiés sous le vocable de « borderline », ou d'« incasables ». Les départements soulignent le manque d'opposabilité des décisions, même pour des situations critiques : qui assurera l'animation et le suivi des décisions de la commission afin de les rendre exécutoires et opposables ?

Schématiquement, les enfants en protection de l'enfance font l'objet, pour moitié d'entre eux, de mesures de placement, soit dans un cadre administratif « négocié » sur demande des parents, soit

dans un cadre judiciaire « imposé » même si le juge recherche l'adhésion de la famille à la mesure envisagée.

En cas de handicaps, ces enfants vont être accueillis dans une structure ASE : MECS, famille d'accueil ou foyer de l'enfance pour un accueil d'urgence, mais également dans des structures handicap, tels les ITEP ou les IME, être accompagnés par un SESSAD ou bénéficier d'une prise en charge en hôpital de jour. Les conséquences sont à la fois une pluralité d'équipes éducatives et thérapeutiques qui vont intervenir auprès de lui avec des différences importantes d'approches et d'évaluation clinique de leur situation et de leurs besoins, ainsi que des lourdeurs administratives.

Les conseils départementaux, dans leurs réponses à l'enquête, relèvent que les enfants handicapés pris en charge à l'ASE feraient l'objet d'un traitement différencié qui constitue à proprement parler une rupture d'égalité des droits entre enfants concernés. Ils mettent en avant plusieurs motifs pour expliquer cette différence de traitement :

- les représentations négatives qui restent associées aux familles de la protection de l'enfance (pauvreté, violence, absence de suivi des parents, notamment) ;
- une « *responsabilité de la prise en charge de l'enfant systématiquement renvoyée à l'ASE par les acteurs du soin et du médico-social lorsqu'il n'y a pas de réponse immédiate* », ou une prise en charge différée ou allégée car ils sont « *déjà pris en charge par l'ASE* ». Les troubles du comportement associés étant souvent importants, les structures médico-sociales « *laissent aux services de protection de l'enfance seuls le soin de gérer ces difficultés* » ;
- enfin, les troubles du comportement, plus importants dans le cas des enfants pris en charge par l'ASE, peuvent mettre plus facilement en échec les différentes structures.

Les difficultés sont amplifiées pour les enfants ASE (manque de places en établissement spécialisé, discontinuités de prise en charge). La pluralité des prises en charge sociale, sanitaire et médico-sociale, procéderait davantage de raisons institutionnelles et financières que de l'intérêt de l'enfant.

L'accès aux soins serait rendu difficile en raison de la complexité des démarches administratives et du nombre d'intervenants auprès de l'enfant. Notamment, lorsque l'enfant fait l'objet d'une mesure de placement sans délégation d'autorité parentale, l'accès aux soins peut être complexifié du fait de la distinction juridique des actes usuels et non usuels relevant, selon le cas, du service d'ASE ou des parents. Il faut y ajouter les prises en charge limitées en CAMSP ou en CMPP à corréliser avec une absence de prises en charge adaptées sur les lieux d'accueil de la protection de l'enfance. Plus généralement, les départements notent une prise en charge psychologique insuffisante pour les jeunes accompagnés par les services de protection de l'enfance, ce qui peut contribuer, à terme, à développer des troubles, voire des handicaps psychiques.

Le suivi socio-éducatif devient difficile dès lors que le suivi thérapeutique n'est plus lui-même assuré. En raison de ce manque de lieux de soins, et notamment de prises en charge de droit commun, les départements sont conduits à faire appel au secteur privé libéral avec des prises en charge financières qui sont alors assurées par le département (psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, psychiatre, notamment). Or, en étant contrainte de faire appel à des consultations en libéral, l'Aide sociale à l'enfance participe elle-même au morcellement du parcours de soins, notamment lorsque le recours à ce type de consultations conduit à des pertes de temps accentuées entre les prises en charge et des difficultés de transports, ce qui participe à une dégradation de la situation dans laquelle le jeune se trouve.

Liste des propositions du rapport du défenseur des droits :



1. Mise en place de fiches de liaison ASE-MDPH, création d'un référent de chaque dans chacune des structures ; mise en place d'un système de recensement des besoins et d'informations sur l'offre institutionnelle, accompagner la création de places en établissements spécialisés, mécanismes de suivi des décisions d'orientation des MDPH, définir des critères objectifs de gestion de listes d'attente, assurer une égalité territoriale dans l'accès, mesures visant à réduire les inégalités dans l'accès aux soins pédopsychiatriques sur l'ensemble du territoire, à renforcer la formation des professionnels du milieu médical aux problématiques de santé mentale, et à garantir l'accueil des mineurs dans un service qui leur soit spécifiquement destiné avec des personnels spécialisés ; mise en cohérence des évolutions de l'offre de service relevant tant des départements que des ARS, afin d'éviter des ruptures préjudiciables à l'intérêt des enfants.
2. Renforcer les liens entre la médecine scolaire et les services de la PMI ; sensibiliser les acteurs de l'Education nationale au handicap ; mise à la disposition généralisée, pour les enseignants, de guides pratiques contenant des informations relatives aux différents partenaires.
3. Que les outils de recueil des informations préoccupantes intègrent l'item « handicap » de manière systématique ; d'inclure la question du handicap dans le référentiel national ; de sensibiliser les acteurs de l'évaluation du danger aux spécificités liées au handicap ; d'encourager le recours à des experts du handicap.
4. Que l'ensemble des travailleurs sociaux soit sensibilisé aux troubles du spectre autistique ; de veiller à ce que les organismes et experts qui interviennent auprès des juridictions répondent aux conditions de conformité fixées par les recommandations HAS/ANESM ; de mettre en place un réseau d'experts identifiés et formés en partenariat avec les centres de diagnostic ; que les questions d'opposabilité et d'invocabilité des recommandations de bonnes pratiques HAS/ANESM soient clarifiées.

**Fiche n°13**

**DEPREZ Alexandra, CORINNE Antoine (2011), « L'effet des visites parentales chez le bébé placé : une étude exploratoire des réactions du bébé avant, pendant et après une visite médiatisée », *Devenir*, Vol. 23, p. 239-270.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article présente les résultats d'une étude sur les effets des visites parentales pour les bébés accueillis en placement. L'objectif premier des visites parentales aux enfants placés est de maintenir le lien parent-enfant, et avec le reste de la famille, pour prévenir le sentiment d'abandon et en minimiser les effets pour l'enfant placé. La littérature sur les enjeux des visites entre un enfant placé et ses parents est essentiellement anglo-saxonne et a occupé une place importante dans la recherche au cours des années 1980 autour de deux controverses principales : la valeur positive ou négative de ces visites en elles-mêmes, et les problèmes apparaissant chez certains enfants, en réaction à ces visites.

Les conclusions de la recherche semblent donc toutes aller dans le même sens et il existerait un effet positif de la visite parentale pour l'enfant placé. Cependant, émergent la critique de ces conclusions et une contestation des méthodologies sur lesquelles est sont bâties. Certains chercheurs concluent ainsi qu'en l'état actuel, rien ne permet de trancher sur la question d'un éventuel effet positif ou négatif de ces visites. D'autre part les corrélations observées dans ces recherches ne sont pas en elles-mêmes suffisantes. De plus, les effets doivent être regardés à partir des conditions des visites et des biais à prendre en compte. Désormais, au-delà de toute généralisation, il s'agit plutôt de savoir comment l'enfant, et en particulier le bébé réagit, et pourquoi.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'étude présentée porte sur les effets des visites parentales pour les bébés âgés de 5 à 33 mois accueillis en pouponnière.

**Méthodologie**

L'étude compare les réactions de 12 bébés âgés de 5 à 33 mois à la visite parentale, accueillis dans une pouponnière du Luxembourg (accueillant en tout 18 enfants). Le « projet de vie » initial des enfants accueillis est toujours le retour au domicile et dans cette optique sont mises en place des visites parentales qui sont l'objet d'évaluation de l'équipe.

Les enfants ont été sélectionnés en fonction de leur âge et de leur développement afin de répondre aux critères (ne pas maîtriser le langage) de l'échelle Alarme Détresse Bébé (ADBB). Seuls 3 enfants ont plus de 24 mois. Les enfants ont été filmés 10 minutes avant la visite, puis avec le parent entre 15 et 20 minutes (c'est-à-dire une partie seulement de la visite), et encore 10 minutes 24 heures après la visite parentale au sein de la pouponnière. Ces matériaux ont été analysés à l'aide du mini Q-sort de sensibilité maternelle (Moran et Pederson, 1995) adapté pour l'analyse de courtes séances vidéos. Par ailleurs, une grille d'évaluation des comportements était remplie par les éducatrices pour renseigner les manifestations problématiques (sommeils, alimentation, pleurs, symptômes physiques, etc.).

## Résultats et conclusions

### Le groupe des enfants qui vont mieux

Pour certains enfants, une amélioration moyenne du comportement perdure après la visite et à 24 heures. Dans ce groupe, la sensibilité exprimée par le parent au cours de la visite est significativement supérieure à celle exprimée par les autres parents des autres groupes. C'est le groupe où la fréquence des visites est la plus élevée. Cependant, l'auteur souligne qu'on pourrait appliquer le même protocole lors d'une heure d'interaction spécifique avec une éducatrice, afin de dégager de façon plus certaine l'effet de la visite parentale.

### Le groupe des enfants qui vont moins bien au cours de la visite

L'aggravation du comportement de retrait relationnel au cours de la visite ne perdure pas lorsque l'enfant réintègre le groupe à la pouponnière. Pour ce groupe, la sensibilité exprimée par les parents est significativement plus basse que pour le groupe précédent. Les enfants manifestent leur désir de voir leur parent en souriant ou en lui tendant les bras au moment de la visite, pour autant, ce sont des enfants qui semblent manifestement soulagés et contents de revenir au sein de la pouponnière. Ce sont des enfants plus grands, avec une durée de placement moyenne assez courte. Leurs comportements démontrent qu'ils font face à un stress, et que pour certains enfants la visite parentale est une épreuve, suggérant qu'il serait pertinent pour eux de médiatiser systématiquement les visites.

### Le groupe des enfants qui semblent ne pas réagir

Ces enfants ne manifestent pas de variation de retrait au cours de la visite, et peu ou pas du tout après.

### Effet des différentes variables

Deux variables semblent particulièrement explicatives ici : la sensibilité du parent envers son enfant pendant la visite et la fréquence des visites.

La durée du placement semble avoir un impact : dans l'étude, les enfants qui réagissent le plus mal sont aussi ceux qui ont la durée moyenne de placement la plus courte ; les résultats mesurés ici pourraient donc être en fait le reflet d'une phase d'adaptation au placement. Alors, l'effet positif des visites pourrait être plus important que démontré ici.

L'âge des enfants et les effets du développement peuvent aussi avoir un effet sur la réaction des enfants et leur capacité à se faire une représentation de la régularité et de la continuité des visites, de les anticiper, et donc d'en tirer un bénéfice qui perdure d'une fois sur l'autre.

### Le cercle vertueux : l'effet positif des visites

L'étude confirme des résultats d'autres études : plus il y a de visites, meilleures sont les relations entre parent et enfant, et mieux l'enfant va. Cependant ces parents sont peut-être aussi ceux qui ont le plus de ressources et sont donc mieux à même de tirer profit des visites.

### L'effet de contamination

L'étude n'a pas mis en évidence d'effet de contamination tel que défini par Maurice Berger. Cependant les enfants de l'étude sont plus souvent placés pour des négligences que suite à de la violence ou des abus, et le contexte de la visite au sein de l'institution est fortement étayant avec des visites qui durent entre une heure et une heure et demie alors que les visites de trop courte durée peuvent désorganiser durablement l'enfant.

Les auteurs suggèrent enfin l'hypothèse que l'attachement à une personne étant plus difficile en pouponnière, l'enfant en institution, comparé à l'enfant en famille d'accueil, pourrait mieux s'adapter à des modalités différentes d'interaction.

Enfin, il faudrait évaluer le comportement de l'enfant plus longtemps après la visite (48h, 3 jours après) pour voir si ces effets se confirment à moyen terme.

**Fiche n°14**

DÉPREZ Alexandra, WENDLAND Jacqueline (2013), « La visite chez l'enfant placé, une revue de littérature », *Annales médico-psychologiques*, n° 173, p. 494-498.

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article rend compte d'une revue de littérature sur les enjeux de la visite parentale lors d'un placement d'enfant en institution et met au jour les bénéfices et effets négatifs des pratiques. Partant de ces résultats, l'article dégage aussi des pistes de réflexion et de recherche, dans un contexte où le maintien, voire la construction du lien parent-enfant, représente un enjeu majeur dans le placement, dans un équilibre entre les contacts avec les parents et la nécessité de protection. Cependant, les effets de ces visites sont assez peu documentés, selon les auteurs.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'article s'intéresse à la visite parentale pour les enfants placés en institution sans précision d'âge, mais prend aussi appui sur une recherche sur la visite parentale d'enfants placés en pouponnières (cf. Fiche n°13), donc âgés de moins de 3 ans.

**Méthodologie**

L'article se base sur une revue de littérature.

**Résultats et conclusions****Effets positifs de la visite parentale**

Les enfants recevant des visites régulières de leurs parents montreraient davantage de capacité d'adaptation au placement et de gestion de la séparation. Ces enfants présenteraient aussi moins de troubles émotionnels et du comportement. De plus, ils correspondent aux situations où la durée de placement est plus courte, avec des retours dans la famille biologique plus fréquents. La revue de littérature montre donc un effet globalement positif des visites parentales lorsqu'elles sont fréquentes et régulières.

**Relativisme**

Certains chercheurs contestent les résultats, tant négatifs que positifs sur l'effet des visites parentales, au motif que la recherche en la matière ne serait pas assez fiable (mauvais contrôle des variables, échantillons non représentatifs, outils de recherche peu ou pas valides, biais rétrospectif).

Les auteurs proposent, sur la base d'autres recherches, d'interroger différemment la causalité des effets positifs observés chez les enfants : les parents qui font ces visites régulières et fréquentes pourraient en fait avoir de meilleures capacités parentales.

**Effets négatifs**

Certains ont observé des effets négatifs des visites parentales pour des enfants placés à long terme, suggérant que la durée du placement serait un facteur influençant l'effet de la visite, alors que d'autres études ont interprété ces effets au prisme du conflit de loyauté qui serait plus important

pour les enfants placés sur des longues durées, devenant à la fois attachés à leurs parents et à leurs accueillants. Cela corrobore d'autres études, suggérant finalement que la visite parentale pourrait, pour un groupe d'enfants encore à mieux définir, rendre difficile l'adaptation au placement et à la séparation des parents biologiques, et développer ce que Myriam David appelait « le mal de placement ». Les enfants de moins de 3 ans y seraient particulièrement exposés, notamment lorsque le donneur de soin principal (caregiver) manifeste de l'anxiété face à la visite et en anticipe les effets négatifs.

### **Perspectives**

La question n'est pas tant de savoir si ces visites parentales à l'enfant placé sont positives, mais dans quels cas elles le sont, et pour qui, mais aussi de s'entendre sur la définition de ces visites et de leur cadre, qui n'est pas toujours bien défini, même lorsqu'il est ordonné par un juge. La question serait donc d'abord l'évaluation de la visite parentale permettant des décisions éclairées. Il faudrait alors mieux comprendre les facteurs influençant les résultats de ces visites, par exemple l'influence des motifs de placement mis en lien avec le cadre du placement et le cadre de la visite. Par exemple, le cadre des visites médiatisées, contraint, est-il adapté à des placements consentis ou demandés par les parents, s'interrogent les parents. Il faudrait aussi vérifier si ce sont seulement les visites régulières et fréquentes qui sont positives.

L'âge de l'enfant apparaît aussi comme une variable majeure à prendre en considération. Par exemple pour les enfants de moins de 3 ans, intensifier et encadrer les visites pourrait s'avérer utile dans cette période de construction du lien, à dissocier du maintien du lien parent-enfant. La recherche doit pouvoir permettre de mieux délimiter ce cadre des visites pour les enfants de moins de 3 ans pour soutenir le lien d'affiliation permettant à l'enfant de trouver sa place. Concernant les bébés, l'auteur va jusqu'à suggérer des visites quotidiennes pour favoriser des interactions répétées permettant de développer la relation.

Une meilleure connaissance des facteurs influençant la visite parentale et ses effets permettrait de se concentrer sur les situations nécessitant le plus de médiation et de programme thérapeutique.

**Fiche n°15**

**EUILLET Séverine, JOIN-LAMBERT MILOVA Hélène (2013), « L'accueil familial à long terme : quelle évolution des dynamiques relationnelles et individuelles ? », rapport dans le cadre de l'appel d'offre 2011 de l'ONED (ONPE).**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Ce rapport rend compte d'une étude longitudinale (données collectées à 6 années d'écart) concernant 40 enfants accueillis en famille d'accueil et visant à déterminer la qualité des liens d'attachement des enfants et leurs compétences sociales, en lien avec l'implication des parents et celle des assistants familiaux.

**Type et âges d'accueil étudiés**

La recherche étudie l'évolution du développement psycho-affectif de l'enfant entre l'âge de 3-4 ans et celui de 9-10 ans (6 ans plus tard), mise en regard avec les postures parentales des parents d'origine et des parents d'accueil.

**Méthodologie**

L'étude porte sur 22 enfants accueillis en famille d'accueil (8 garçons et 14 filles), dont l'âge moyen à leur premier accueil était de 22 mois. L'assistant familial, auprès duquel ils sont accueillis autour de leur 10<sup>ème</sup> année, est leur lieu d'accueil depuis 6,5 ans (6 enfants ont changé récemment de famille d'accueil).

8 parents et 18 assistants familiaux ont été rencontrés.

Le développement de l'enfant et la qualité de ses liens d'attachement ont été investigués par le l'IAPA (Inventaire d'Attachement Parent-Adolescent, Larose & Boivin, 1991) et le QANRA (Questionnaire d'Attachement Non-Résolu de l'Adolescent, Thibaudeau, 2006), ainsi que par un entretien avec l'enfant analysé avec le MDI-C (Echelle composite de dépression pour enfants, Berndt & Kaiser, 1999). Par ailleurs, les assistants familiaux ont renseigné le CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach, 1991) portant sur le développement général de l'enfant.

L'implication des parents de l'enfant placé a été évaluée à l'aide d'un questionnaire utilisé lors de la première étape de la recherche à destination des parents, des assistants familiaux, de l'intervenant référent.

La parentalité d'accueil a été évaluée lors d'un entretien semi-directif portant sur la professionnalisation, la relation avec l'enfant, la place des parents, le rôle de la famille de l'accueillant.

## Résultats et conclusions

### Attachements sécurisés mais troubles anxieux

Les chercheurs relèvent une forte proportion de problèmes extériorisés à travers le renseignement du CBCL par les assistants familiaux mais que ceux-ci observent directement peu d'anxiété chez les enfants, pourtant importante dans les résultats du MDI-C renseignés par les enfants. Entre les deux périodes de test, les problèmes intériorisés ont baissé (crainte, isolement, anxiété, déprime) avec une adaptation positive, mais la proportion d'enfants présentant des problèmes extériorisés est équivalente, suggérant que les enfants trouvent là le moyen d'exprimer leurs ressentis. La relation d'attachement à la mère, et encore plus au père, a du mal à s'apaiser dans l'intervalle de 6 ans. En revanche l'attachement à l'assistant familial apparaît comme sécurisant pour la plupart des enfants. Ces résultats confirment la coexistence de liens d'attachement de qualités différenciées chez l'enfant. L'âge de l'enfant au placement est à prendre en compte, les enfants placés avant 6 mois présentant le moins de troubles, ainsi que la durée du placement, l'enfant développant davantage un attachement sécurisé si la durée d'accueil est longue.

### Compétences parentales

Les différents répondants (parent, assistant familial, référent de la situation) aux questionnaires font émerger des représentations discordantes quant aux compétences des parents, et ce aussi bien au premier questionnaire que 6 ans plus tard. Les professionnels voient un meilleur développement comme un effet positif du placement long. Ils évaluent peu d'évolution des compétences parentales au bout de 6 ans, alors que les mères interrogées estiment au contraire avoir évolué.

### La parentalité d'accueil : émergence de 3 types

- « parentalité éducative quotidienne », c'est-à-dire centrée sur le quotidien (5) ;
- « parentalité temporelle complémentaire avec la famille de l'enfant », où l'enfant circule entre famille d'accueil et famille biologique (10) ;
- « parentalité dynamique professionnelle autour de l'enfant », reflétant une posture réflexive d'accueil du professionnel (3).

Entre les deux moments d'enquête, la préoccupation quant à l'enfant évolue de la question de sa place dans la famille d'accueil, à la question de sa circulation entre la famille biologique et la famille d'accueil.

Les enfants développeraient moins de problèmes affectifs et une relation d'attachement d'autant plus sécurisée que l'assistant familial développe une « parentalité dynamique professionnelle autour de l'enfant », minoritaire dans les résultats.

### Changement de lieu d'accueil

Placement long n'est pas synonyme de placement stable, et 27% des enfants de l'étude ont connu au moins un changement de placement dans l'intervalle de 6 ans. Les tests montrent qu'ils développent davantage que les enfants stabilisés dans leur lieu d'accueil, des troubles affectifs et somatiques et du comportement.



**Fiche n°16**

**EUILLET Séverine, HALIFAX Juliette, MOISSET Pierre, SEVERAC Nadège (2016), « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », Rapport final au Défenseur des droits et Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Les auteurs font le constat de la faible connaissance et information autour de la question de la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance. Ils se posent la question des conséquences du manque d'information sur le développement de l'enfant. Ils partent également du constat des fortes inégalités existant entre les catégories socio-professionnelles.

Trois thématiques sont abordées dans ce rapport. Un premier niveau concerne les institutions qui garantissent l'accès au droit à la santé des enfants. Le second concerne le rôle des acteurs et les pratiques. Le troisième niveau renvoie à la perception de la santé par les parents et les enfants eux-mêmes.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'article se concentre sur les enfants placés par l'ASE. L'ASE finance les mesures de placement, quelles qu'en soit l'origine. Les catégories d'âges ne sont pas un point d'entrée du rapport.

**Méthodologie**

Deux enquêtes ont été menées, qualitatives et quantitatives. L'enquête quantitative consistait en l'envoi d'un questionnaire à toutes les CPAM, les DTPJJ et les services départementaux de l'ASE. Les taux de réponses pour la partie quantitative sont relativement bons.

L'enquête qualitative a consisté à réaliser 41 entretiens auprès de tous les acteurs, les parents et les enfants dans 5 départements (Gironde, Nièvre, Pas de Calais, Haute-Saône, Hauts-de-Seine). Les entretiens se sont déroulés selon le plan suivant pour le cadre ASE, le directeur territorial PJJ, l'éducateur référent, l'éducateur du foyer ASE ou PJJ et l'assistant familial, l'enfant, et le parent. L'enquête concerne l'accès aux soins, l'organisation institutionnelle et la dimension éducative de la santé.

**Résultats et conclusions**

Les principaux résultats :

L'affiliation

Les enfants protégés bénéficient d'une couverture santé dès leur prise en charge (CMU le plus souvent), grâce à des mesures de simplification de la CPAM (conventions et protocoles entre les institutions : ASE et CPAM ou PJJ et CPAM). Les jeunes sont majoritairement affiliés en tant qu'ayant droit sur la couverture santé de leurs parents. Pour la PJJ, une part importante de mineurs n'a pas de complémentaire santé (liée à la méconnaissance des droits des populations plus précaires). Les

services de l'ASE ont plus souvent une politique d'affiliation systématique et explicite. Les temps au service de la PJJ sont généralement plus courts. Malgré un tiraillement des institutions entre le fait de laisser la gestion aux parents ou à l'inverse, la simplicité liée à leur démission, les parents interviennent fortement dans le degré d'automatisation de l'affiliation.

Du côté de la CPAM, les difficultés tiennent aux obstacles dans l'obtention de certaines pièces administratives. Pour les services ASE et PJJ, certaines difficultés tiennent au fonctionnement de la CPAM et notamment à la longueur du traitement des dossiers. Du côté de la PJJ, tous les professionnels ne savent pas constituer les dossiers. Certaines difficultés de couverture santé apparaissent à certaines périodes : passage à la majorité et retour en famille. Les auteurs constatent alors des manques de communication entre les institutions et un manque de préparation des jeunes et des familles. 1 service ASE sur 6 (16,4 %) et 1 direction territoriale PJJ sur 5 (20,5 %) déclarent ne pas du tout préparer le passage à la majorité des enfants placés du point de vue de leur santé, ce qui constitue des proportions relativement importantes.

#### L'information

Les bilans de santé à l'entrée ne sont pas systématiques. Les services de l'ASE oscillent en outre entre le fait de le réaliser par les médecins de PMI ou de laisser ces consultations à la discrétion des différents lieux d'accueil. Est constatée l'absence de politique globale cohérente. 69% des services ASE ont finalisé l'élaboration d'un projet pour l'enfant mais il est appliqué dans seulement 16% des départements. Le recueil d'informations santé existe au service PJJ mais il est peu renseigné. Les soignants regrettent le manque d'information sur la santé des enfants.

#### La perception

Une conscience de l'importance d'un suivi est présente chez ces jeunes, même si certains ne se sentent pas suffisamment informés sur le choix des examens, sur le diagnostic. Majoritairement, les jeunes rencontrés ont participé à des actions de prévention. Aucun jeune ne mentionne un refus de se soigner. Il est même possible d'entendre dans leurs discours un phénomène de sur-consultation. Il semble que les jeunes rencontrés se sentent davantage concernés par la santé que dans la population générale, avec une polarisation des extrêmes entre les jeunes ne souhaitant pas du tout se soigner et ceux très soucieux de leur santé.

A travers le discours des parents, l'enfant occupe une fonction de relais entre les adultes à propos de sa santé. C'est lui le seul garant de la continuité des soins en termes de souvenirs et de transmission d'informations faute d'outil historique et présent. Il semble plus difficile pour les parents d'entrer en contact avec des référents pour évoquer des questions sur la santé sur les lieux collectifs que dans les familles d'accueil. Pour les parents, l'autorisation de soins signée est davantage associée à un document destiné au milieu scolaire qu'à un document venant déterminer leur rôle quant au suivi médical de leur enfant.

#### La connaissance des services

Le repérage d'affections spécifiques chez les enfants confiés est totalement différent entre les réponses fournies par la PJJ et par l'ASE. Entre 31 et 48 % des répondants des services de l'ASE ne font pas de constats particuliers sur la santé des enfants placés. Les troubles observés concernent les acquisitions, le langage ou le développement psychomoteur. Les éducateurs constatent des affections liées au manque de soins venant alourdir l'accueil. Ces troubles des négligences et des carences à divers degrés de gravité se combinent avec des troubles du trauma. Du côté de la PJJ, tous les répondants se sont prononcés sur les conduites addictives (plus d'1 jeune sur 5) ou encore les problèmes dentaires, de sommeil, de comportement, de l'alimentation ou des conduites sexuelles à risques. Ces éléments sont à mettre en lien avec la spécificité des jeunes accueillis, plus âgés, et qui ont un rapport à la santé déjà constitué, d'après les éducateurs.

Est observé un déficit de connaissance interterritoriale. Le partage institutionnel, territorial et professionnel interroge et varie selon la taille du territoire. Les collaborations entre les différentes institutions sont peu fréquentes et peu aisées. 12 % des DTPJJ déclarent ne pas être engagées dans des démarches spécifiques partagées, sur ces questions de l'accès à la santé des mineurs placés. Ce taux est encore plus important au sein de l'ASE : 31 % ne participent à aucune démarche d'évaluation, de réflexion ou de planification avec des partenaires. Il existe des différences.

## La variabilité des pratiques professionnelles selon les lieux d'accueil

Les difficultés d'accès aux soins tiennent à 3 facteurs : les *soignants*, parfois réticents à prendre en charge des mineurs couverts par la CMU (66 % pour l'ASE et 59 % pour la PJJ), les *parents*, qui ne font pas toujours les démarches nécessaires aux soins et à l'accompagnement du mineur (52 % pour la PJJ et 42 % pour l'ASE), les *raisons financières* liées au tiers payant, aux dépassements d'honoraires, aux problèmes de remboursement de la part de la mutuelle (57 % pour la PJJ et 36 % pour l'ASE).

La dimension de la santé est impactée par les parcours fractionnés : le nouveau lieu de placement ne dispose pas de l'historique des soins effectués et n'a pas le temps de mettre en place avec le jeune une prise en compte globale de sa santé, lui permettant d'intérioriser une attention à prendre soin de lui. Cependant, certains lieux d'accueil peuvent disposer de ressources spécifiques pour favoriser une continuité du soin. Les soignants interrogés constatent une impréparation générale des acteurs éducatifs sur la question de la santé impactant le recueil des informations sur la santé des enfants, et une mauvaise interprétation des différents signes médicaux.

Selon les cadres interrogés, le suivi des familles d'accueil face aux questions de santé semble loin d'être abouti en l'absence d'une démarche systématique ou de « protocole » explicite. Les assistants familiaux ont cependant une position plus sensible avec les enfants accueillis. Cela les amène à déceler plus rapidement les maux, à être plus engagées dans le suivi de santé des enfants. Ces professionnels souhaitent une meilleure écoute de la part des autres professionnels, un recueil d'informations sur la santé des enfants – « un carnet de santé bis » –, et des accords avec le service pour faciliter l'accès à certains soins.

Une bonne santé renvoie à l'absence de maladie chez les enfants et exclut de nombreuses dimensions. Ce constat s'amenuise avec l'âge des jeunes. Globalement, les jeunes attribuent à leurs éducateurs le rôle d'accueillir leurs demandes en ce qui concerne la santé, notamment pour consulter. Ils rattachent cette mission à la fonction (au statut) plus qu'au professionnel en lui-même.

## Les éléments saillants du rapport et les préconisations

Il apparaît globalement que l'état de santé de l'enfant ne fait l'objet de démarches de la part des professionnels et des institutions qu'en cas de difficultés majeures et déjà avérées. Il existe une grande faiblesse dans l'interconnaissance, le travail en réseau et le partenariat effectif entre tous les acteurs : tels que CPAM, ARS, MDPH, secteur de psychiatrie, médecine générale, centre de soins. Il s'agit donc d'améliorer la fluidité des changements de statut de l'enfant (retour dans la famille, majorité) d'une part ; et d'intégrer la santé comme une composante de l'accompagnement socio-éducatif de l'enfant protégé d'autre part.

**Fiche n°17**

**FALK Judith (1990), « Le rapport enfant-adulte en pouponnière : respect, sécurité, autonomie », *Enfance*, tome 43, n°1-2, p. 45-49.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article produit par la directrice de l'institut Emmi-Prickler de Budapest présente les enjeux pour le développement de l'enfant d'une relation stable, intime et chaleureuse adulte-bébé et de ses implications pour les professionnels intervenant en pouponnières.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Accueil du bébé en pouponnière.

**Méthodologie**

Sur la base des connaissances concernant le besoin de l'enfant pour se développer de nouer une relation stable et de qualité avec un adulte pour se construire et se différencier, l'auteur explicite les enjeux concrets pour les professionnels de pouponnière à partir de son expérience.

**Résultats et conclusions**

Dans le cadre d'une pouponnière, l'une des conditions primordiales de la protection de la santé mentale des bébés est d'éviter les changements répétés des personnes intervenant auprès des enfants, afin d'éviter les contacts superficiels et les soins impersonnels. Un professionnel travaillant avec un groupe trop important d'enfants, pourra mettre en place une interaction entre lui et ces enfants, mais cette relation sera souvent pauvre et stéréotypée. En réponse, les manifestations des enfants risquent de devenir de plus en plus rares et de plus en plus pauvres. Un maximum de 8 enfants par groupe permet au contraire une connaissance mutuelle. Cependant, cette exigence de proximité relationnelle ne signifie pas que le professionnel doive se comporter comme une mère et, au contraire, comme soulignée par l'auteur, une attitude dite instinctive est dangereuse.

Contre intuitivement, les rapports au sein de la pouponnière basés sur les sentiments instinctifs et riches en spontanéité peuvent inquiéter l'enfant ainsi que la puéricultrice. En effet, en partant de ses propres émotions, la puéricultrice éveille chez le bébé des demandes qu'elle ne pourra pas satisfaire, provoquant de douloureuses frustrations chez l'enfant, et empêchant la professionnelle de s'occuper des autres enfants. Elle-même risque alors de développer des attitudes de défense en adoptant une posture plus impersonnelle. De ce fait, pour l'auteur, les puéricultrices intervenant en pouponnière doivent éviter que les enfants deviennent l'objet de leurs émotions incontrôlées.

Plutôt que basé sur l'instinct, leur attitude doit s'appuyer sur une connaissance des besoins globaux de l'enfant pour son développement et son bien-être. Certains moments sont particulièrement importants pour instaurer une relation affective propre à générer un sentiment de sécurité chez le bébé, en particulier les soins corporels. En dehors des gestes, ces moments sont l'occasion d'écouter les signes émis par le bébé et de les prendre en considération, c'est-à-dire de donner la possibilité au bébé d'intervenir lui aussi.

L'auteur insiste sur la confiance prise par le bébé sur sa possibilité à influencer sur les événements qui le concernent, se sentir « sujet participant » et non objet manipulé, nécessaire au sentiment d'efficacité. L'enfant est préparé à prendre part aux soins, et non à les vivre de façon passive. Plus on répond à ces signes, plus on crée les conditions pour qu'ils soient produits. L'adulte peut ainsi adapter son activité en fonction de l'expression de l'enfant. L'auteur insiste donc sur l'importance de considérer le bébé comme un partenaire actif avec qui la communication n'est pas suscitée par l'adulte mais vient d'une réponse de l'adulte, permettant de créer une sécurité affective, mais aussi, pour l'enfant, de prendre conscience de soi comme personne à part entière.

Cependant, le temps d'activité libre et autonome de l'enfant sans intervention de l'adulte est tout autant important. Considéré dans son intérêt, ce temps prend tout son sens et peut être vécu avec plaisir, alors que considéré comme un temps par défaut, il risque d'être assimilé à un sentiment d'abandon.

Enfin, la reconnaissance des compétences du bébé transforme les rapports de l'adulte à l'enfant et la mise en valeur de son activité autonome. Elle permet *in fine* de poser un cadre structurant pour l'accueil des enfants dans le cadre des pouponnières.

**Fiche n°18**

**FANELLO Serge, TANGUY Maurice, DUVERGER Philippe, ROUSSEAU Daniel, ROZÉ Mireille, NGUYEN Sylvie (2013), « 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 », rapport à l'ONED.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article rend compte d'une étude cherchant à connaître la trajectoire institutionnelle et le devenir de jeunes enfants admis dans une structure d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) – le Village St-Exupéry (VSE) (Foyer de l'Enfance du Département du Maine-et-Loire).

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'accueil des enfants admis avant 4 ans dans une pouponnière sociale adossée à un foyer de l'enfance départemental et leur devenir au cours des 7 années suivant le premier accueil.

**Méthodologie**

Un pédopsychiatre et une psychologue clinicienne ont mené une étude longitudinale sur les dossiers des enfants admis entre 1994 et 2001, soit un effectif de 128 enfants, pour :

- retracer l'évolution clinique des enfants jusqu'en juillet 2013,
- recueillir les données administratives médicales, judiciaires et éducatives tout au long de leur parcours en protection de l'enfance.

Le recueil de données dans les dossiers a été complété par les professionnels de l'ASE et familles d'accueil concernées pour chaque enfant de l'étude.

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 d'évaluation :

Enfant (données administratives et médicales), contexte de placement, santé et situation sociale des parents, données de parcours de l'enfant (santé, scolarité, adaptation, etc.).

La version française de l'échelle CGAS (*Children's Global Assessment Scale*) a été utilisée pour évaluer le fonctionnement social et scolaire 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.

Pour les enfants de 3 ans et moins, les relations Parent/Bébé ont été évaluées selon l'échelle PIR-GAS (*Parent Infant Relationship Global Assessment*).

## Résultats et conclusions

### Enfants

L'âge moyen à l'admission était de 17 mois.

Entre la première alerte concernant l'enfant et son placement effectif, le délai moyen était de 13,1 mois.

La durée du parcours au sein de l'ASE allait de 13,2 années/4,6 années. A la sortie de la pouponnière, 54% des enfants sont accueillis en famille d'accueil, 31% sont restitués à leur famille, 18 enfants vont dans un établissement ou famille spécialisées, 2 enfants sont confiés à un tiers.

À échéance, sur 128 enfants, l'étude recense 24 mesures jeunes majeurs, 8 mesures de protection des majeurs, 9 AAH (allocation adulte handicapé). 32 enfants sur 128 étaient orphelins de père ou de père inconnu, 5 orphelins de mère, 4 orphelins de père et de mère.

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. 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 %).

### La santé physique et psychique des enfants à l'entrée dans le placement

La santé physique et psychique des enfants était mauvaise avec des troubles psychiatriques fréquents, des cas de maltraitance avérée (dont 7 syndromes de Silverman<sup>20</sup>), des suites de grossesse non suivies et naissances prématurées (16%). Plus d'1/3 des enfants avaient un retard de croissance, qui se rattrape assez vite au cours du placement.

Des troubles psychiatriques sont notés dans les dossiers de 116 enfants à leur entrée dans le dispositif, et pour 98 enfants à la sortie.

L'échelle CGAS a permis de mesurer une progression significative du fonctionnement social et scolaire de l'enfant.

Cependant, à l'issue du parcours, souvent émaillé de nombreux changements de famille d'accueil, avec des échecs de retours en famille d'origine, 1 jeune sur 2 avait des difficultés d'insertion sociale et des échecs scolaires.

Si le placement permet une amélioration de la santé et un rattrapage au niveau de la croissance, les troubles psychiques graves perdurent, nécessitant des mesures de protection sociale éventuellement au titre du handicap pour 1 jeune sur 5.

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

L'insertion sociale est améliorée lorsque 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 événement 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.

---

<sup>20</sup> Le syndrome de Silverman, du nom du pédiatre et radiologue américain qui l'a théorisé dans les années 1950, correspond à des signes radiologiques montrant des fractures multiples, survenues à des âges différents, non traitées, et provoquées par une maltraitance.

## Fiche n°19

GANNE Claire (2013), *Le devenir des enfants accueillis en centre maternel. Approche écologique du parcours et de la qualité de vie des enfants sept ans après la sortie d'un hébergement mère-enfant*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.

### Objet et contexte de recherche/étude

Cette thèse s'intéresse au devenir des enfants accueillis avec leur mère en centre maternel, établissement proposant à la fois un hébergement à des mères et à leurs enfants de moins de 3 ans, et un accompagnement socio-éducatif relevant de la protection de l'enfance. Cet accompagnement vise la relation entre la mère et l'enfant et l'insertion future de la mère. La recherche s'inscrit dans un champ de recherches sur le devenir des enfants placés pendant l'enfance qui est assez ancien, mais s'est récemment renouvelé par l'approche biographique des intéressés et l'intérêt sur leur ressenti et pas seulement sur des indicateurs objectifs. Cette recherche s'intéresse en particulier à la qualité de vie et au bien-être des enfants accueillis, en prenant en compte l'environnement de l'enfant dans une perspective écologique.

### Type et âges d'accueil étudiés

Cette thèse analyse le devenir des enfants accueillis avant 3 ans avec leur mère en centre maternel, de ce fait, elle interroge l'influence de l'accueil dans le jeune âge et de l'intervention socio-éducative sur la relation mère-enfant sur la vie future à la sortie de l'institution.

### Méthodologie

La recherche a porté sur deux terrains d'enquête : deux départements aux indicateurs sociaux contrastés : les Hauts-de-Seine et le Nord de la France (Cf. Fiche n°4). Elle repose sur une étude de dossiers de mères ayant quitté le centre maternel en 2002/2003 (n=315) afin de reconstituer des trajectoires (n=194), puis de rencontrer 66 mères et 33 enfants concernés.

### Résultats et conclusions

En sortie de centre maternel, 4 types de **trajectoires résidentielles** se dessinent malgré les écarts observés entre les deux départements et en fonction du profil des femmes accueillies :

- trajectoires stables en logement HLM,
- trajectoires plus instables en logement privé,
- trajectoires principalement en hébergement (social, amical ou familial), avec un très faible accès au logement autonome,
- trajectoires instables au début, mais avec un accès au logement HLM 4 à 5 ans plus tard.

À la sortie, les **trajectoires en protection de l'enfance** sont différenciées selon les départements et font ressortir 2 types de trajectoires spécifiques au département du Nord :

- sortie motivée par un placement judiciaire de l'enfant avec un fort taux qui se réduit au cours du temps,
- placements différés par rapport à la sortie mais qui durent plus longtemps, qui concernent des familles où des enfants plus âgés étaient déjà placés.



Les enfants de mères migrantes seraient moins concernés par le placement en sortie du centre maternel que les femmes nées en France, sauf si elles sont arrivées en France dans leur enfance ou adolescence où la différenciation tombe.

Dans le Nord, une spécificité apparaît quant aux mères entrées mineures en centre maternel. Leurs enfants sont plus souvent placés à la sortie du centre maternel.

Les garçons sont plus concernés que les filles par des placements longs et les filles sont majoritaires dans les trajectoires sans placements.

Les **trajectoires scolaires** des enfants sont variables et liées à la mobilité résidentielle de la famille qui entraîne des changements d'écoles, notamment dans les Hauts-de-Seine. Cependant, alors que certaines mères changent régulièrement de lieux d'habitation dans les 10 ans qui suivent la sortie, **les enfants connaissent globalement moins de changements résidentiels que leur mère** : d'une part par effet des placements en protection de l'enfance, d'autre part par des organisations informelles dans le réseau de la mère avec une diversité des adultes de référence. Plus d'1/3 des enfants ont ainsi connu un hébergement distinct de leur mère.

L'auteur propose d'ouvrir un nouveau champ de recherche sur l'articulation entre qualité de vie et développement de l'enfant, c'est-à-dire entre bien-être et bien-devenir.

**Fiche n°20**

GIANNITELI. M, PLAZA M., GUILLEMONT F., HINGANT A., BODEAU N., CHAUVIN D., JAUNAY E., DENIAU E., CONSOLI A., GUILÉ J.-M., COHEN D., (2011), « Troubles du langage oral et écrit chez des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et bénéficiant de soin hospitalier », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, p. 492-500.

**Objet et contexte de recherche/étude**

L'étude se concentre sur les troubles du langage oral ou écrit. Le milieu social joue un rôle important. Un certain nombre de troubles sont associés aux troubles du langage. Les auteurs mènent une étude sur les enfants confiés à l'ASE. Il s'agit de comprendre quels sont les troubles repérés à partir de 6 ans, tout en prenant en compte l'émergence de ces troubles avant cet âge.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Repérage des troubles à l'âge de 6 ans.

**Méthodologie**

226 patients de 6 à 18 ans ont été accueillis en 2007, et 104 ont eu :

- un contrôle orthophonique (déchiffrement lecture, compréhension écrite) ;
- bilans approfondis.

Les niveaux scolaires sont homogénéisés en fonction des enfants scolarisés ou non.

Sur les 104 enfants, 50 étaient suivis par l'ASE ou en ordonnance de placement.

**Résultats et conclusions**

La moyenne d'âge des enfants suivis par l'ASE est de 14,3 ans. Des différences apparaissent en défaveur du groupe ASE mais elles ne sont pas significatives. Les enfants suivis par l'ASE sont significativement plus en difficulté selon les résultats des tests en ce qui concerne le langage élaboré. Les plus grands ont des compétences syntaxiques moindres. Pour l'écrit, les deux groupes sont comparables mais les enfants de l'ASE sont plus lents. On peut suggérer que ces troubles apparaissent lors de la toute petite enfance.

Les difficultés sont croissantes selon la prise en charge (ambulatoire, placement). Les enfants ASE ont moins de suivi orthophonique. Dans 57% des cas, les troubles du langage sont associés à des troubles comportementaux, mais beaucoup plus souvent chez les garçons.

**Fiche n°21**

**GOUBAU Dominique, OUELLETTE Françoise-Romaine (2006), « L'adoption et le difficile équilibre des droits et des intérêts : le cas du programme québécois "Banque mixte" », *McGill Law Journal/Revue de Droit de McGill*, vol. 51, p. 1-26.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article s'inscrit dans le cadre d'une recherche intitulé « la transition vers l'adoption d'enfants placés en famille d'accueil : le modèle québécois de la banque mixte », qui analyse les pratiques d'adoption d'enfants placés en 2002-2003 dans trois services d'adoption des Centres jeunesse de Montréal, Québec, Montérégie. L'adoption, envisagée comme un outil de protection de l'enfance privilégié entraîne un questionnement sur l'équilibre des droits et des intérêts entre enfants et parents. Ce recours à l'adoption pour les enfants placés s'inscrit dans le cadre de la promotion des droits de l'enfant au sens de la CIDE, et dans l'idée que la permanence est une condition nécessaire à son développement (« permanency planning », « approche projet de vie »).

Au Québec, c'est moins les familles d'accueil qui deviennent familles adoptives, mais plutôt l'inverse : des candidats à l'adoption acceptent temporairement d'être famille d'accueil pour un enfant dont on suppose qu'il ne retournera pas dans sa famille (sur le modèle américain du « foster adoptive family »), en attendant de pouvoir légalement l'adopter. Ce type de placement pré-adoptif met en avant la question de l'équilibre des droits. Les candidats qui acceptent de s'inscrire dans ce processus en vue d'adoption, sont inscrits sur une liste, appelée « Banque mixte ».

L'article analyse le fonctionnement de la Banque mixte qui met au jour des approches différentes entre les services sociaux et les tribunaux. Alors que les Centres jeunesse privilégient l'adoption dans le cadre de la « clarification d'un projet de vie » pour l'enfant lorsque le retour à domicile est évalué comme improbable, les tribunaux n'appliquent pas la même hiérarchie, l'adoption étant ici considérée comme la solution de dernier recours.

Les auteurs remettent en question l'adoption fermée en raison de son impact sur les liens pouvant exister entre l'enfant placé dans le cadre de la Banque mixte et ses parents.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'article vise les enfants placés temporairement chez des candidats à l'adoption qui ont le statut de famille d'accueil en attendant la possibilité légale d'adoption. L'adoption via la Banque mixte émergeant à la fin des années 1980 au Québec est devenue, selon les auteurs, au moment de la recherche, la voie principale par laquelle les enfants domiciliés au Québec sont adoptés, et par voie de conséquence est présentée aux candidats à l'adoption comme la voie « normale » (90% des enfants accueillis par cette voie seront effectivement adoptables). Le délai d'attente pour l'adoption des enfants âgés de 0 à 2 ans serait de 3 à 24 mois, nettement moins long qu'en adoption « régulière ».

## **Méthodologie**

Cette recherche exploratoire et qualitative visait à préciser les modalités d'application de ce modèle d'intervention dans 3 Centres jeunesse et à identifier les pratiques et représentations en termes de recherche de stabilité pour l'enfant dans la mise en œuvre d'un projet.

La recherche se base sur une analyse documentaire, des entretiens avec les professionnels des 3 Centres jeunesse et des observations de réunions et débats cliniques.

Dans chaque Centres jeunesse, une étude de cas a porté sur 8 situations de placement en Banque mixte, soit 24 situations en tout.

Cette étude de cas consistait en une analyse des dossiers et des entretiens semi-directifs avec la famille d'accueil/d'adoption, l'intervenant en protection et l'intervenant du service d'adoption, les parents d'origine et, dans quelques cas, l'enfant lui-même.

## **Résultats et conclusions**

Deux questions émergent pour les chercheurs : d'une part la prise de décision du placement via la Banque mixte, d'autre part, la tendance à l'accélération de la procédure d'abandon en vue de l'adoption au nom de l'intérêt de l'enfant, sans prendre toujours en compte tous les paramètres.

La décision repose sur des outils cliniques évaluant l'attachement de l'enfant. Lorsque celui-ci n'est pas satisfaisant, il s'agit alors de « favoriser le lien d'attachement avec la Banque mixte ». La recherche menée montre que ce processus manque de transparence : les parents biologiques ne sont pas toujours au courant des objectifs réels (adoption de leur enfant) et les familles d'accueil adoptives sélectionnées sont souvent éloignées géographiquement, rendant difficile tout projet de maintien des liens, en principe obligatoire.

L'ambiguïté des pratiques de la Banque mixte serait perceptible dans certains documents produits par les Centres jeunesse. La période d'accueil, qui devrait servir à vérifier le projet, serait souvent en fait un temps pour finaliser la procédure, les intervenants sociaux ayant le « devoir » de faire en sorte que les familles d'accueil adoptives perçoivent tout de suite l'enfant « comme le leur ». Les juges peuvent parfois rappeler au Directeur de la protection de la jeunesse son obligation d'informer les parents des implications du projet de vie, c'est-à-dire la possible adoption.

Les chercheurs constatent dans la pratique un raccourci entre « projet de vie » et « projet d'adoption ». Dans l'un des centres de l'étude, le comité évaluant l'opportunité d'un projet de vie pour un enfant était d'ailleurs présidé par le service d'adoption.

Dans les dossiers étudiés, les intervenants avaient tendance à modifier l'information aux parents en occultant l'adoption, par exemple en parlant de « milieu stable pour l'enfant » ou encore en présentant l'intervenant du service d'adoption comme un professionnel du service de protection de l'enfance.

Par ailleurs, l'étude de la jurisprudence montre que tous les juges n'ont pas le même niveau de connaissance de la Banque mixte, certains juges pensant que les familles sont des familles d'accueil prêtes à adopter et non l'inverse.

La notion d'attachement est au cœur de l'évaluation, y compris dans les tribunaux au regard de la jurisprudence.

Le placement en famille d'accueil et le placement en Banque mixte relève de la même mesure, à savoir d'une décision judiciaire de placement à organiser par les services selon leur évaluation. Les auteurs interrogent cette organisation juridique et administrative. Pour eux, l'accueil en famille de Banque mixte, étant donné ses implications en termes d'adoption, devrait être soumis à une décision du tribunal.

Ces questionnements sur la transparence et la collaboration avec la famille d'origine amènent à s'interroger sur les fondements de l'adoption.

L'enfant placé dans le cadre de la Banque mixte est supposé continuer avoir des contacts avec ses parents, alors même que l'adoption, quand elle a lieu, va mettre fin à cette relation, même s'il existe une adoption ouverte, qui permet de garder des liens multiples et qui se développe en Amérique du Nord et au Québec, c'est le principe de l'adoption fermée qui reste la règle. L'intérêt de l'enfant peut pourtant se situer autant dans un projet d'adoption que dans celui d'un maintien des liens avec ses parents, projets qui pourraient être articulés selon les chercheurs. Alors que le projet d'adoption est supposé être proposé en dernier recours, dans le programme québécois de la Banque mixte il devient privilégié dès lors que l'on suppose une probabilité d'abandon. Or, selon les chercheurs, le processus décisionnel doit gagner en transparence et l'adoption en elle-même doit être repensée en profondeur.

**Fiche n°22**

**GRECO Céline (2015), « Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni », *Ethics, Medicine and Public Health*, vol 1, p. 11-18.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

La maltraitance est un phénomène mal mesuré mais qui se situe probablement autour de 10%. Le sujet pourrait même faire l'objet d'un déni qui s'expliquerait par le manque de connaissance et de formation des médecins sur le sujet, l'aversion à la voir et la repérer, ainsi que du poids du dogme de la famille naturellement bonne. L'article développe ces 3 points.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Non spécifique.

**Méthodologie**

Méthodologie épidémiologique et statistique.

**Résultats et conclusions**

La maltraitance fait partie des sujets très peu abordés à l'université. Le nombre d'heures qui lui est consacré est très faible et variable. Or, ce temps influence le signalement. Il persiste, chez les médecins formés, une méconnaissance des procédures de signalement.

Il est ressorti d'un travail que seul 13 % des médecins déclaraient avoir reçu un enseignement de bonne qualité sur les maltraitances et le signalement lors de leur formation initiale ; 38 % des praticiens jugeaient avoir reçu un enseignement de bonne qualité lors des formations continues. À la question de savoir si les informations obtenues sur le signalement et les maltraitances étaient adaptées à la pratique de la médecine générale, 64 % des médecins les jugeaient mauvaises ou aucunement adaptées. Enfin, 57 % des médecins pensaient avoir de mauvaises ou très mauvaises connaissances des signes permettant de suspecter une maltraitance, en particulier chez les tout-petits. Il existe également un manque de connaissance sur le parcours à suivre pour le signaler ainsi que la crainte d'être accusés pour immixtion dans les affaires familiales.

Flaherty et *al.* mettent en avant la crainte de l'erreur diagnostique et du signalement abusif, par :

- la présence de barrières psychologiques,
- l'influence de la spécialité du médecin,
- la crainte des répercussions sur le plan professionnel, de la confrontation avec les parents,
- le manque de confiance envers les services sociaux.

La loi prévoit que le danger ne suffit plus pour faire l'objet d'une transmission à l'autorité judiciaire et que toute saisine doit être motivée par les travailleurs sociaux qui doivent prouver que la situation n'a pas pu être traitée malgré les interventions administratives, qu'elle est impossible à évaluer ou qu'elle fait l'objet d'un refus d'entrée en matière par la famille. Les acteurs de terrain signalent aujourd'hui de manière assez unanime que les situations mettent désormais plus de temps à être

transférées à la justice et arrivent de ce fait dans un état plus dégradé, compromettant ainsi les capacités de résilience de l'enfant concerné. Le placement n'est vu que comme une étape provisoire en attendant le retour à la famille.

Référence à l'étude Saint Exupéry (cf. **Fiche n°18**) qui porte sur 155 enfants de moins de 4 ans. Les enfants avaient une très longue durée de parcours à l'ASE. Ces chiffres s'expliquent en partie par la fragilité des liens familiaux puisque 25 % des jeunes n'ont plus aucun lien juridique avec leurs parents à leur majorité par décès, abandon, déchéance des droits parentaux. Pourtant, il y a eu de nombreuses tentatives de restitutions (pour 62 enfants sur 128), mais celles-ci se sont soldées dans trois-quarts des cas par une reprise du placement, preuve que le retour dans les familles est loin d'être toujours possible.

Le devenir à long terme des enfants victimes de maltraitance est donc dépendant de la pertinence du diagnostic social et médical initial lorsque l'enfant est en bas-âge, de la qualité des moyens de suivi mis en place avant le placement et de la réactivité des différents intervenants (médicaux, sociaux, judiciaires).

**Fiche n°23**

**JONES HARDEN Brenda (2014), 'Safety and Stability for Foster Children: A Developmental Perspective', *The Future of Children*, Vol. 14, n°1, p. 31-47.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article d'un professeur de *l'Institute for Child Study in the Department of Human Development* de l'université du Maryland aux Etats-Unis propose une revue de la recherche sur les risques développementaux de l'enfant associés à la maltraitance et à la prise en charge en protection de l'enfance. L'article discute les facteurs pouvant influencer le développement de l'enfant dans la famille et dans le parcours en protection de l'enfance et propose des recommandations pour des politiques et des pratiques plus attentives aux besoins de l'enfant.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'article s'intéresse aux enfants placés en général mais dans un contexte où dans plus de 80 % des cas, les enfants sont placés en accueil familial. L'accueil familial est défini par l'auteur comme un accueil dans un environnement familial propre à offrir une attention et des soins constants à l'enfant, et non une structure particulière de famille. Lorsque les données sont disponibles, l'auteur précise les tranches d'âge des enfants.

**Méthodologie**

Revue de littérature sur le développement de l'enfant en institution et en famille d'accueil dans une perspective relationnelle.

**Résultats et conclusions****Stabilité de la famille et développement de l'enfant**

Le développement de l'enfant comprend la santé physique, cognitive, sociale et émotionnelle menant à la maturité adulte, processus basé sur des interactions biologiques et environnementales. Traditionnellement, les chercheurs ont défini la stabilité de la famille en fonction de sa structure (par exemple, monoparentalité). D'autres ont défini la stabilité comme le fait de ne pas trop déménager d'une maison à une autre. La stabilité doit être évoquée de manière plurielle afin de comprendre ce qui permet réellement un bon développement de l'enfant. L'auteur propose de s'intéresser à l'environnement proposé dans la maison. Des *caregivers* constants et engagés dans une relation à long terme, un système familial soutenant et flexible, un environnement nourrissant et stimulant : c'est la définition de la stabilité familiale proposée par l'auteur, bien qu'elle ne soit pas celle selon laquelle on évalue la stabilité dans le système de protection de l'enfant. Pourtant, les enfants qui ont des relations de confiance avec des *caregivers* engagés et soutenant ont plus de chance d'avoir un meilleur développement. Même en contexte de pauvreté, un enfant qui fait l'expérience d'un environnement familial stable pourra connaître un bon développement.

Les enfants placés font l'expérience de négligences, maltraitements et violences sexuelles. Ces violences subies sont associées à des troubles de la santé physique, du développement du cerveau, des compétences cognitives et langagières, et le comportement social et émotionnel, de moins bons résultats scolaires, des comportements sexuels inadaptés.



L'auteur rappelle les étapes dans le développement de l'enfant dans une perspective relationnelle :

- *les tout-petits* se développant autour de deux piliers pour la suite qui supposent des environnements stables : l'attachement à une figure principale et l'émergence d'un soi différencié ; et l'expression langagière et émotionnelle, également permises par des relations positives ;
- ensuite, *jusqu'à 6 ans*, les enfants vivent une période d'autorégulation et d'émergence du sens moral, les deux étant liés à l'internalisation des comportements et signaux des adultes ;
- le temps de *l'enfance* est marqué par une bonne interaction dans le milieu scolaire et avec ses pairs, et la gestion de son comportement. Une bonne relation avec ceux qui s'occupent de l'enfant est associée à de bons résultats scolaires, de bonnes relations avec les enseignants et ses pairs ;
- *l'adolescence* est le temps de la formation de l'identité et la projection dans le futur. Une bonne relation avec les adultes qui s'occupent de lui permet à l'adolescent de gérer l'alternance entre le besoin de se reposer sur eux et le besoin de s'en émanciper.

Plusieurs secteurs de recherche sur le développement de l'enfant sont retenues par l'auteur comme pertinents pour les enfants en situation de placement :

- *la théorie de l'attachement*, très répandue parmi les experts du système de protection de l'enfance. Elle s'intéresse aux liens entre un enfant et une figure principale avec qui il interagit, vers qui il se tourne pour être rassuré et lui offre la sécurité suffisante pour lui permettre de s'en éloigner pour explorer l'environnement.

Les rares recherches empiriques sur le sujet chez les enfants placés suggèrent qu'ils sont plus susceptibles de connaître des modes d'attachement insécures ou désorganisés. L'environnement de la famille d'accueil peut influencer ces modes d'attachement. En institution, la recherche montre que les enfants qui sont en contact avec des figures multiples ont plus de risque d'avoir un mode d'attachement insécure et non discriminant ;

- *le développement du cerveau* est un domaine de recherche récent en neurosciences qui a montré que les trois premières années de vie de l'enfant sont cruciales pour la formation du cerveau, mais a aussi montré la plasticité du cerveau après la prime enfance. Les recherches proposent des résultats contrastés mais s'accordent sur le fait qu'un petit enfant faisant une expérience traumatique comme la maltraitance, risque d'avoir des conséquences sur les neurotransmetteurs et le système hormonal, pouvant entraîner une incapacité à gérer ses émotions, à se concentrer, à mémoriser, apprendre et se contrôler. La recherche suggère que les enfants en institution ont une structure et une activité cérébrales affectées, améliorées lorsque les enfants de ces institutions ont été adoptés avant l'âge de 2 ans. Une étude s'intéresse aux niveaux de cortisol (l'hormone du stress) chez les enfants placés, qui seraient plus bas ou plus haut que chez les enfants vivant dans leur famille biologique ;

- *la résilience*, permet de voir les facteurs permettant à un enfant exposé à de grandes difficultés de déjouer les statistiques et d'avoir un développement réussi. Ces facteurs de protection comptent le QI de l'enfant, son tempérament, sa santé, ainsi qu'une relation parentale chaleureuse, un engagement scolaire, et un soutien hors de la famille (mentor).

Cependant la recherche quant à la résilience des enfants placés fait défaut.

## **Le développement des enfants placés**

La recherche établit que les enfants placés ont un développement plus souvent compromis, mais il reste difficile de savoir si cela tient à des facteurs antérieurs au placement ou aux conditions de placement. Avant le placement, nombre d'enfants sont davantage vulnérables pour des raisons génétiques, des expositions néfastes pendant la grossesse, ou d'autres problèmes de santé.

Beaucoup d'entre eux ont fait des expériences traumatiques qui ont des conséquences majeures sur le développement de l'enfant.

Ainsi, pour de nombreux chercheurs, c'est davantage les causes du placement que le placement lui-même qui sont à l'origine des problèmes de développement. Cependant, d'autres soulignent que le contexte de placement peut être protecteur des conséquences des maltraitements et suggèrent que le placement est plus protecteur que le retour dans la famille biologique.

- *Santé physique* : plusieurs recherches pointent une plus grande morbidité chez les enfants placés, notamment par l'exposition à des substances toxiques pendant la grossesse. De plus, des problèmes de santé sont plus souvent non traités.

- *Apprentissages scolaires et cognitifs* : la majorité des enfants placés ont des niveaux adaptés à leur classe d'âge, mais une plus grande proportion qu'en population générale a des retards de développement au niveau cognitif et scolaire. Sur le plan scolaire, les enfants placés ont plus souvent de moins bons résultats et des diplômes moins élevés, et des proportions élevées de retards scolaires et de scolarité adaptée. Leur vécu avant le placement et notamment la maltraitance sont des causes possibles, ainsi que l'instabilité du placement.

- *Sur le plan social et émotionnel* : le mode d'attachement dans la prime enfance entraîne souvent des troubles dans la sphère socio-émotionnelle, avec davantage de dépressions, de moins bonnes compétences sociales, une moindre capacité d'adaptation, et des troubles du comportement, avec un fort taux de consultations en santé mentale, qui s'explique à la fois par des besoins accrus mais aussi par un meilleur accès aux services de soins pour les enfants placés. Certains ont également des prédispositions biologiques, pour d'autres l'expérience traumatique passée a pu engendrer des risques en termes de santé mentale.

- *Caractéristiques et stabilité du placement* : la majorité des enfants placés aux Etats-Unis sont accueillis en famille (58%), et l'accueil dans la famille élargie augmente récemment (32%), très peu sont accueillis en établissement (9%). Vulnérabilité à l'entrée dans le placement et instabilité du placement sont associées à des troubles du développement et du comportement et des problèmes importants de santé mentale/physique à l'adolescence. La plupart des enfants placés connaîtront 1 ou 2 lieux de placements, mais entre 1/3 et 2/3 tiers selon les études, connaissent une rupture dans les deux premières années de placement. Le placement dans la famille élargie est plus stable. Pour les enfants placés en établissement, le placement est plus stable avec l'âge : plus les enfants sont petits, plus ils risquent de changer de lieu de placement, notamment parce qu'on recherche celui qui sera le plus adapté à ses besoins. Il reste difficile de savoir si les retards de développement sont imputables à l'instabilité du placement ou si les enfants avec des troubles du développement sont plus exposés aux multiples lieux de placement.

### **L'approche écologique du développement dans l'accueil en protection de l'enfance**

La théorie écologique proposée par le psychologue du développement Urie Bronfenbrenner (1979) met l'accent sur des écologies, ou systèmes environnementaux multiples et interdépendants, dans lesquels se développe l'enfant. Dans cette théorie, l'environnement le plus important pour l'enfant est constitué de « microsystèmes », c'est-à-dire les relations directes de l'enfant avec les adultes qui s'occupent de lui. Or, il incombe au système de protection de l'enfance d'offrir à l'enfant ces microsystèmes soutenant.

- *Créer un environnement familial sain pour les enfants placés* : les enfants élevés dans un environnement de grande qualité sont placés sur un chemin développemental produisant des effets positifs à long terme. Le développement des enfants placés est d'autant plus compromis qu'ils ont vécu des traumatismes et de l'instabilité dans le placement. De ce fait, les familles de substitution

couvriront leurs besoins en s'impliquant auprès d'eux sur du long terme. Cependant, la recherche suggère qu'une bonne proportion des familles d'accueil ont elles-mêmes des difficultés dans leur parentage, et des enfants vivent des maltraitements dans leur famille d'accueil.

Une meilleure compréhension des besoins de l'enfant en lien avec son développement est nécessaire pour comprendre l'accueil des enfants placés. Des travaux ont étudié la qualité de l'environnement offert par les familles d'accueil : l'environnement de meilleure qualité était observé chez les familles aux ressources économiques élevées, les parents d'accueil sans relation familiale avec l'enfant offraient un meilleur environnement que les parents de la famille élargie. Par ailleurs, les enfants placés semblent avoir besoin que les adultes qui s'occupent d'eux soient en mesure de travailler avec les acteurs du système de protection de l'enfance et d'autres institutions. La recherche a montré que les familles d'accueil qui se considèrent comme faisant partie d'une équipe et ayant pour objectif de remplir les besoins des enfants aboutissent à des placements plus réussis.

Les familles d'accueil doivent également avoir plus conscience des enjeux des traumatismes de l'enfant, et accepter de maintenir des liens que l'enfant peut avoir noués, par exemple avec une précédente famille d'accueil ou ses parents biologiques. Les parents de famille élargie seraient plus tolérants de ce point de vue. Enfin, les origines culturelles et ethniques devraient être davantage respectées dans la construction de l'identité.

- *Créer une protection de l'enfance sensible au développement de l'enfant* : la théorie écologique pose à la première place les relations de l'enfant avec celui qui s'occupe de lui, mais le cadre écologique plus large dans lequel l'enfant évolue contribue aussi à un meilleur développement. Le système de protection de l'enfant est probablement l'environnement, au-delà de la famille, qui a le plus d'impact en promouvant et pourvoyant une stabilité d'accueil familial, une politique et des pratiques orientées sur les besoins de l'enfant pour garantir son développement. Or, le système de protection de l'enfant s'intéresse historiquement à agir sur l'expérience de l'enfant, pas sur son évolution. Les deux perspectives du développement de l'enfant et de la protection de l'enfant sont à articuler.

\* *Politiques de protection de l'enfance* : raccourcir le temps de placement en encourageant l'accueil définitif a été un objectif politique prioritaire aboutissant à des lois en matière d'adoption qui ont effectivement fait baisser le nombre d'enfants placés et le temps de placement. Bien que la législation encourage également fortement au retour de l'enfant dans sa famille, le nombre d'enfants étant retourné dans leur famille biologique n'a pas augmenté. En revanche un nombre de plus en plus important d'enfants sont confiés dans la famille élargie. Il serait bon que le système de protection de l'enfance propose des services de soutien à ces membres vulnérables de la famille élargie pour leur permettre d'accueillir les enfants dans de bonnes conditions.

\* *Pratiques de protection de l'enfance* : le bien-être de l'enfant est désormais un paramètre de mesure mais il n'y a pas de consensus sur les indicateurs qui permettraient de le quantifier et le démontrer. Les enfants placés devraient donc être évalués sur les plans physique, développemental et mental à leur arrivée dans le placement et régulièrement ensuite, afin de déterminer l'intervention appropriée à mener auprès d'eux. Certains chercheurs affirment que l'intervention précoce et le soutien scolaire pour les enfants placés devraient être la règle comme mesure préventive. Etant donné les forts taux de troubles mentaux, la prévention portant notamment sur la promotion des compétences sociales, de l'autocontrôle et la capacité à gérer des enfants présentant de hauts risques s'est révélée positive. Aider les familles d'accueil à soutenir les besoins émotionnels des enfants est utile. D'autres interventions ciblées, comme les thérapies de groupe pour les enfants présentant

des troubles du comportement sont également probantes. Par ailleurs, des éléments concrets sur la qualité des services font défaut. Enfin, les enfants ont besoin d'être accompagnés dans les multiples transitions et liens familiaux qu'ils expérimentent, ce qui suppose des visites médiatisées (thérapeutiques) avec la famille biologique et autres membres de la famille, y compris la fratrie, la création de connections entre les anciens et nouveaux adultes qui s'occupent de l'enfant, et la tenue d'un « livre de vie ». En bref, créer de la continuité entre les différents supports que reçoit l'enfant et s'intéresser à l'enfant dans sa globalité.

**Fiche n°24**

**LEGRAND Jean-Claude (2012), 'Child Care Systems Reforms in Eastern Europe and Central Asia. Why we need to focus on children below three years', Communication lors de la conférence internationale de Sofia, UNICEF.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cette communication du Conseiller Protection de l'enfance de l'UNICEF pour la région Central and Eastern Europe/Commonwealth Independent States (CEE/CIS), donne des arguments à la campagne internationale pour faire cesser l'accueil en institution des enfants de moins de 3 ans. Elle fait ainsi un état des lieux et une comparaison des zones de l'Europe sur l'accueil des plus petits.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'accueil des 0-3 ans en institution en Europe et en particulier en Europe de l'Est et Asie Centrale (EE/AC).

**Méthodologie**

La communication s'appuie sur plusieurs études menées dans différents pays par l'UNICEF.

**Résultats et conclusions**

Selon l'étude TransMONEE 2011 de l'UNICEF, l'augmentation des possibilités d'accueil de type familial et la baisse de l'accueil institutionnel tous établissements confondus observés en CEE/CIS entre 2000 et 2009, s'accompagne cependant d'une augmentation du nombre total d'enfants placés.

Dans la zone étudiée, on compte 1,3 millions d'enfants de moins de 18 ans placés, avec un taux d'institutionnalisation de l'accueil parmi les plus hauts du monde. 600 000 enfants grandissent en institutions : parmi eux, 225 000 sont handicapés, 31 000 ont moins de 3 ans, seulement 2 à 5% sont orphelins, suggérant que l'aide aux familles est cruciale pour réduire le nombre d'enfants placés en institution avant 3 ans et procurer l'accueil adapté aux enfants privés de famille.

D'après la même étude, les enfants de moins de 3 ans de la région sont identifiés comme les plus en risque d'être séparés de leur famille.

Dans de nombreux pays, le nombre d'enfants de moins de 3 ans en institution a été réduit, tout en restant très élevé dans d'autres. La Russie à elle seule représente la moitié des 0-3 ans en institution de la région. Un quart est représenté par 4 pays : Biélorussie, Bulgarie, Kazakhstan et Ukraine. Au moins 6 pays du Caucase et de l'Asie Centrale n'ont aucun système d'accueil familial pour les moins de 3 ans, parfois en l'absence de législation.

L'accueil des moins de 3 ans handicapés est encore plus problématique sur l'ensemble de la région.

Les motifs de placement sont très différents selon que l'on est en Europe de l'Est ou Occidentale.

Ainsi, selon le Programme Daphné, en 2004, en Europe Occidentale, les raisons de l'accueil en institution des enfants de moins de 3 ans sont, par ordre décroissant : négligences et maltraitements parentaux (près des 3/4 des situations), orphelinage, handicap, situation sociale. En Europe de l'Est et Centrale, l'ordre est inversé. Il s'agit de : situation sociale, handicap, orphelinage, maltraitance et négligences parentales.

Une étude du Kraganda Oblast, du Kazakhstan, en 2011, compare les évaluations des causes d'abandon des enfants de moins de 3 ans, selon la mère et selon les spécialistes.

Selon les spécialistes, les 3 premières causes de placement sont : manque de ressources de la mère (31%), style de vie « antisocial » de la mère (14%), manque d'aide du père et de la branche paternelle (puis, toujours dans l'ordre décroissant : logement inadapté – 12% ; maladie de l'enfant – 10% ; chômage – 7% ; immaturité psychosociale de la mère – 5% ; mère mineure - 5% ; conflit familial – 2%).

Selon les mères interrogées, les 3 premières causes de placement sont : sans domicile (37%), manque de ressources suffisantes (26%), sans papiers (12%) (viennent ensuite par ordre décroissant : manque d'accès à des aides et services sociaux – 9% ; manque d'aide du père et de la branche paternel – 7% ; chômage – 6% ; mort de proches – 2% ; maladie de l'enfant – 1%).

Les recherches sur les causes d'abandon pourraient aussi permettre la mise en place de politiques propres à éviter les séparations.

L'accueil en institution serait en effet utilisé dans certains pays comme une réponse unique à plusieurs problèmes sociaux, y compris l'exclusion et la pauvreté, c'est pourquoi les instances internationales appuient un changement vers une politique de prévention basée sur des services sociaux et médicaux pour prévenir les séparations familiales. Plusieurs pays ont entamé ce type de réforme législative et culturelle (Serbie, Bulgarie, Géorgie, Croatie et Monténégro en particulier).

**Fiche n°25**

MASCARO Rosa, DUPUIS-GAUTHIER Catherine, JARDRI Renaud, DELION Pierre (2012), « Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière », *Médecine et Hygiène*, Vol. 24, n°2, p. 69-115.

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article rend compte d'une recherche d'un groupe de pédopsychiatres et psychologues intervenant dans des pouponnières du Nord de la France, visant à mieux cerner les besoins des bébés en termes de prise en charge et d'interventions précoces, afin d'améliorer la qualité de l'offre de soins. L'article tend à défendre le modèle de la pouponnière comme accueil soignant pour des bébés retirés de leur famille au motif d'un danger, voire comme une indication préférable à un placement en famille d'accueil. Dans la plupart des cas, ce sont de graves dysfonctionnements parentaux qui ont justifié le placement des bébés, mais la souffrance du bébé n'est pas toujours repérée.

**Type et âges d'accueil étudiés**

La recherche s'intéresse au placement sur décision judiciaire ou administrative dans des situations de danger de bébés âgés de 0 à 24 mois, placés à la pouponnière de Lille et des bébés de 0 à 36 mois placés à la pouponnière de Roubaix. Ces bébés sont accueillis dans des Unités de vie composées de 6 à 8 bébés dont prennent soin 2 auxiliaires de puériculture.

**Méthodologie**

La démarche cherche à vérifier statistiquement divers constats cliniques au travers d'une recherche portant sur les bébés négligés placés en pouponnière. L'étude est centrée sur les changements des capacités interactives et des compétences développementales chez le bébé négligé, observables en quatre mois de prise en charge en pouponnière, quels que soient l'état de souffrance et l'âge du bébé (0-2 ans). Le but était d'évaluer la capacité de reprise développementale des bébés négligés accueillis et d'observer si l'accueil en pouponnière s'avère un facteur de carences ou, au contraire, une action soignante.

La durée de quatre mois fait suite à des observations cliniques montrant que les changements surviennent généralement au bout de 2 à 4 mois de prise en charge institutionnelle.

La population de l'étude est composée de 32 bébés : 19 filles et 13 garçons, âgés de 19 jours à 20 mois à leur arrivée au sein de la structure.

2 évaluations des bébés étaient effectuées au cours des 4 premiers mois d'accueil :

- quinze jours après leur arrivée en pouponnière (mesure T0) : 32 enfants
- après les quatre mois de prise en charge (mesure T4) : 28 enfants (4 enfants ont quitté les structures de l'étude).

En dehors des mesures cliniques, les évaluations s'appuyaient aussi sur 2 outils :

- la *Grille d'évaluation des interactions bébé-professionnels et de développement du bébé 0-2 ans*, permet d'évaluer la qualité des interactions avec le professionnel et le parent et l'état du bébé maltraité et négligé ainsi que son niveau du développement ;

- la *Grille de critères de qualité d'environnement d'accueil en pouponnière*.

### Résultats et conclusions

**En T0**, la moitié de l'échantillon de la population étudiée était des bébés très carencés présentant des troubles des interactions visuelles, intersubjectives et corporelles. Sur le plan développemental, les rythmes de la vie quotidienne (sommeil, alimentation...) n'étaient pas acquis (troubles de l'endormissement importants).

Un bon tiers de l'ensemble de la population étudiée présentait un comportement de retrait (35,71%), un isolement (31,25%), un évitement du regard (41,18%).

**En T4**, les tests montrent une modification générale et le pourcentage de bébés présentant des troubles est faible : interaction visuelle (13%), ITR intersubjectives (7 à 13%), ITR corporelles (28%). Au niveau du développement, seuls 14% présentent une absence d'acquisition des rythmes quotidiens, 13% des troubles de l'endormissement, 6% un isolement et 7% un retrait relationnel.

Ces résultats confirment les hypothèses des chercheurs sur le fait que sous certaines conditions garanties par l'institution, c'est-à-dire offrant un maternage suffisamment sécurisant, la prise en charge des bébés négligés en pouponnière permettrait une amélioration de leurs capacités interactives et de leur développement.

Cependant, ces résultats sont limités à 4 mois et on ne peut pas présager de l'évolution par la suite. La recherche montre que dans des conditions de maternage suffisamment contenantes et sécurisantes, les bébés négligés ou maltraités tirent très rapidement profit de l'accueil institutionnel étudié.

Selon les chercheurs, les bébés négligés ou carencés ne développent pas ou peu leurs capacités intersubjectives à moins d'une prise en charge adaptée en pouponnière, grâce à une relation avec un adulte de confiance offrant des soins corporels et psychiques, permettant de développer une relation et une autorégulation émotionnelle, dans le cadre proposant : rythmicité, prévisibilité, stabilité, continuité. Dans une période d'accueil de quatre mois, le bébé récupère certaines de ses capacités interactives plus rapidement que d'autres. Il s'agit probablement de capacités corrélées à des stratégies adaptatives plus souples qui cèdent plus facilement dès lors que l'on propose une prise en charge adaptée.

L'étude suggère que les divers secteurs de développement du bébé n'évoluent pas tous au même rythme. Les interactions corporelles disharmonieuses évolueraient favorablement moins vite que les interactions visuelles et intersubjectives, information utile pour ne pas se décourager lors de la prise en charge.



**Fiche n°26**

MILANI Paola, DA RIN Véra, CANALI Cinzia, (2011), "La prise en charge de 115 enfants séparés de la famille d'origine et placés en foyer d'accueil », In : ZAOUCHE GAUDRON Chantlal (dir.), *Précarités et éducation familiale*, Toulouse, Érès, p. 198-204.

**Objet et contexte de recherche/étude**

En Italie, la loi 149/2001 a imposé la fermeture d'internats avec l'idée que chaque enfant « a droit à vivre dans sa propre famille », ou à défaut de vivre dans un cadre familial. L'article présente une recherche sur l'aide offerte en internat aux enfants de 0 à 6 ans.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'accueil des 0 à 6 ans en établissement.

**Méthodologie**

Reconstitution des parcours de prise en charge de 115 enfants, issus de 98 familles, admis entre 1998 et 2005 dans un établissement de protection de l'enfance à Padoue, en Italie. Les auteurs ont travaillé sur deux questions principales :

- en situation d'éloignement de leur famille d'origine, comment assure-t-on aux très jeunes enfants un droit à vivre dans sa propre famille ?
- quels facteurs encouragent ce processus ou viennent le freiner ?

Dans ces 115 enfants, on compte 48,7% de garçons et 51,3% de filles. Ils sont de nationalité italienne pour la majorité (61,7% pour 37,4% d'enfants de nationalité étrangère).

Les données sont issues des dossiers des enfants.

**Résultats et conclusions****Age à l'entrée :**

24,3% des enfants avaient été pris en charge dans la structure à partir de leur premier mois de vie, 35,6% dans les 2 mois, et 28,7% après leur deuxième anniversaire.

Si l'âge moyen d'entrée était de 4,5 ans, au moment de l'entrée, la grande majorité des enfants étaient âgés de moins de 3 ans (88,7%), et beaucoup avait moins d'un mois (24,3%) et parmi eux, 20,8% ont été abandonnés à la naissance. Les 7,8% d'enfants âgés de plus de 6 ans sont les frères et sœurs d'enfants plus petits admis dans la structure.

Les **motifs de placement** sont connus pour 77,4% des enfants : dans 42,7% ils sont liés à la toxicomanie ou problèmes de santé mentale des parents, pour 22,5%, ils sont liés à des maltraitances et carences pour 12,4% et carences pour 10,1%. Pour 29,2%, les problèmes sont liés au logement, à la santé ou au travail.

La durée de séjour dans l'établissement va de 1 jour à 4,7 ans, soit une moyenne de 9,7 mois. 13% des enfants sortent après un mois, 20% au bout de deux mois, probablement des enfants non reconnus confiés ensuite en vue d'adoption. 34,8% des enfants sortent entre 1 et 3 ans, 16,5% entre 3 et 6 ans. Seulement la moitié des enfants de moins de 2 ans sortent rapidement de l'établissement,

bien qu'ils soient reconnus et que les parents soient présents. D'après l'étude, plus les enfants entrent petits moins rapidement ils sortiront.

53 enfants sur 115 reçoivent la visite de leurs parents ou membres de la famille au sein de la structure et 40 enfants n'ont pas de visites (ce qui correspond aux enfants qui n'ont pas été reconnus).

**Les sorties** : 34,8% des sorties se font en suppléance familiale, 30,4% retournent dans leur famille, 25% sont adoptés. 47 enfants sur 115 sortent de l'internat mais continuent de vivre séparés de leur famille avec au moins encore un autre placement provisoire avant une solution définitive, alors qu'on sait que l'un des facteurs prédictifs d'insuccès de la prise en charge est le nombre élevé de placements extrafamiliaux, selon les auteurs.

Les situations relationnelles familiales moins graves semblent davantage aboutir à des réunifications familiales. Même si aucune raison du placement, même grave, ne semble pouvoir entraver la réunification familiale, elle a surtout lieu dans les familles avec des problèmes liés à la précarité socio-économique.

Du fait même qu'à raisons similaires de placement correspondent des issues au placement différentes, les chercheurs posent l'hypothèse que le maintien des liens entre famille et enfant et la prise en charge globale de ces familles par des services sont des aspects cruciaux, bien plus que la nature des problèmes de départ de la famille.

**Fiche n°27**

**NAVES Pierre, CATHALA Bruno (2000), « Accueil provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille », *Rapport IGAS*.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Alors que la situation des parents était éludée, elle revient sur le devant de la scène, de même que les questions de délinquance juvénile et en relation avec celle-ci, la responsabilité des parents.

Le rapport se compose de trois parties :

- La première partie concerne une approche quantitative afin de mesurer le phénomène des enfants placés.
- La seconde partie s'interroge sur les séparations et les réponses du dispositif.
- La troisième partie présente un ensemble de propositions.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Non précisé.

**Méthodologie**

Partie 1 : Difficulté de recenser les enfants concernés. Par exemple, 10 000 enfants environ sont recensés dans des CHRS qui, sans cela, seraient probablement placés. Il existe une multiplicité de modes de prise en charge des enfants et adolescents qui viennent compléter les dispositifs légaux et règlementaires de protection de l'enfance (CHRS, IR, Internats, etc.).

Partie 2 : Repérage de ce qui peut prévenir la décision de placement et l'implication des familles.

Partie 3 : Propositions.

**Résultats et conclusions**

**113 400 enfants étaient confiés à l'ASE** pour un hébergement en famille d'accueil (55 %, y compris avec suivi en établissement d'éducation spéciale), en établissement d'éducation spéciale (3 %), en maison d'enfants à caractère social (24 %), en foyer de l'enfance (6 %), en pouponnière à caractère social (1,5 %), en établissement sanitaire (1,25 %), en hébergement pour adolescents autonomes (4,5 %), et autres modes d'hébergements (5 %). Les structures preneuses de décisions sont nombreuses et ne se coordonnent pas ou peu, malgré des outils mis en œuvre au niveau des départements. Peu d'études sont menées. Le choix de la mesure éducative est limité : AEMO ou placement. Il n'y a pas d'interventions plus graduées. L'AEMO est envisagée comme la seule mesure de prévention au placement. Les propositions renvoient à une meilleure coordination des services et des institutions, une meilleure formation des acteurs, une meilleure articulation des actions de prévention, et des interventions sociales et éducatives.

**Fiche n°28**

**PLAISANCE Eric, BOUVE Catherine, SCHNEIDER Cornelia (2006), « Petite enfance et handicap. Quelles réponses aux besoins d'accueil », *Recherches et Prévisions*, n°84, p. 53-66**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article académique aborde la question de l'accueil des enfants en situation de handicap de moins de 6 ans par les structures sanitaires et médico-sociales. Il dresse un tableau de l'état de l'enfance handicapée en France concernant les moins de 6 ans. Pour les auteurs, même si des structures d'accueil spécifiques existent dans le secteur médico-social, la définition du handicap pose un problème, et l'accueil, structuré par classe d'âge, n'est pas adapté.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Accueil généraliste des enfants de moins de 6 ans en situation de handicap. L'article s'appuie sur l'exemple des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) en région Ile-de-France (s'appuyant sur les études de Gaudon, 1996 et Salbreux, 1993 ; 1996). Dans ces CAMSP, 32 % des enfants accueillis connaissent des troubles psychiques, et 12 % des troubles dits « sociaux », selon les auteurs.

**Méthodologie**

L'article part du décret du 1<sup>er</sup> août 2000 sur les établissements et services d'accueil des enfants âgés de moins de 6 ans, plus spécifiquement sur les enfants en situation de handicap. L'article s'appuie sur les hésitations en termes de terminologie dans la définition du handicap, en s'appuyant sur les risques de handicap chez les enfants nés prématurés (15 % des enfants nés à moins de trente-deux semaines sont porteurs de handicaps à l'âge de 5 ans, par exemple) et sur les enfants connaissant une déficience sensorielle ou des troubles psychiatriques. Aussi, la question posée devient celle de la prise en charge précoce de ces enfants, ou dans un langage anglo-saxon, « l'intervention précoce ».

**Résultats et conclusions**

Les auteurs concluent à l'inadéquation entre besoins et offre d'établissements, incluant l'ensemble des structures : PMI, CAMSP, SESSAD, CMP et CMPP. Ils soulignent la difficulté d'évaluer cette adéquation du fait de la difficile identification des handicaps connus pour les moins de 6 ans. L'orientation par classes d'âge pose également des problèmes méthodologiques. L'article se termine par le débat connu entre intégration et inclusion et plaide en conclusion pour la coordination entre les différents services d'intervention précoce auprès des enfants en situation de handicap. On peut regretter que les auteurs n'abordent pas la question des enfants protégés dans les files actives de ces établissements.

## Fiche n°29

**POTIN Emilie (2012), *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance*, Toulouse, Erès.**

### Objet et contexte de recherche/étude

Cet ouvrage s'appuie sur une thèse de doctorat, et s'intéresse à l'analyse des parcours de placements pour mieux comprendre comment ils se déroulent et ce qu'ils peuvent apporter, en explorant le croisement des complexités des organisations familiales et organisationnelles.

### Type et âges d'accueil étudiés

La recherche s'intéresse au placement des enfants dans un département pour cartographier les parcours quel que soit le mode d'accueil et l'âge.

### Méthodologie

L'enquête, portant sur un département, a consisté en 2 phases :

- étude de 350 dossiers de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), représentant 1/6<sup>ème</sup> des dossiers en cours sur le territoire au moment de l'enquête ;
- reconstitution de 18 trajectoires de placement, en croisant des entretiens auprès de 48 acteurs : enfants, parents et professionnels.

Après une partie historique et explicative du dispositif de protection de l'enfance en France, l'auteur propose, à partir de l'enquête, trois idéaux-types de parcours de placement qu'ont connu les enfants à partir de divers indicateurs : âge au premier placement, type de lieu d'accueil, nombre de déplacements, durée du placement. Des vignettes viennent illustrer les analyses.

### Résultats et conclusions

#### **L'auteur propose des données sur les caractéristiques du milieu d'origine de l'enfant :**

- 13,2 % des enfants de l'enquête sont orphelins d'au moins un parent, alors que d'après l'enquête « Etude de l'histoire familiale » de l'Insee en 1999, cela concerne 2,9 % des moins de 21 ans en population générale ;
- 20 % seulement des parents des enfants concernés vivent ensemble ;
- 1 enfant sur 2 est placé avec tout ou partie de sa fratrie ;
- chez les parents, les catégories « ouvrier/employé » et « sans profession » sont surreprésentées (70 % des mères et 17 % des pères n'ont pas de profession) ; 11 % des mères et 45 % des pères ont un emploi en CDI ;
- 29,2 % des mères et 17,2 % des pères souffrent d'une maladie, d'un handicap ou d'une invalidité selon les dossiers ;
- les éléments concernant le revenu des familles ne sont que rarement renseignés dans les dossiers, mais les revenus issus des minima sociaux seraient surreprésentés (14,4 % d'Allocation adulte handicapé – AAH contre 4,5 % de la population active française, 15,8 % de RMI<sup>21</sup> contre 2,9 % de la population active française).

<sup>21</sup> Revenu minimum d'insertion remplacé au 1<sup>er</sup> juin 2009 par le Revenu de solidarité active (RSA).

**Typologie des parcours de placement :**

- les « enfants placés », ont été placés tôt (avant 10 ans) et connaissent un placement long dans une famille d'accueil de manière stable. Lorsqu'ils sont interrogés sur leur parcours, ils jugent le placement de manière positive. L'articulation entre famille d'accueil et famille d'origine existe mais le quotidien prend le pas sur les liens du sang.

Ces situations correspondent à des situations de pluriparentalité reconnue, pour des enfants qui n'ont pas vécu et ne vivront pas avec leurs parents. La parenté d'accueil<sup>22</sup> a pu se construire, reconnue par les enfants, mais pas forcément par les professionnels, posant la question de l'articulation de ces liens sans pour autant les hiérarchiser.

- les « enfants déplacés », ils ont connu plusieurs lieux de placement sans retour au domicile d'origine. Le placement ne leur apporte pas toujours plus de sécurité que le milieu d'origine, les ruptures fragilisant l'enfant en quête perpétuelle de place. Le placement n'a pas permis de réhabiliter, voire a mis à mal les liens antérieurs au placement entre l'enfant et sa famille, sans pour autant permettre à l'enfant d'en tisser de nouveaux, suffisamment solides.

- les « enfants replacés », ils ont connu des mesures de placement intercalées avec des périodes de retour au domicile d'origine. L'enfant se situe dans un entre-deux : entre les parents et les placements, dans une forme de résidence alternée tout en sachant où se situe son chez lui. La mesure est avant tout une négociation entre parents, enfants et professionnels. Ici, la question des places des professionnels et des parents, et leur capacité à dialoguer, ont une influence majeure sur la prise en charge dans laquelle navigue l'enfant.

Les facteurs explicatifs de ces trois parcours sont la temporalité, c'est-à-dire l'âge au premier placement, la durée du placement, et la continuité/discontinuité de la prise en charge. Ainsi, les supports du placement dépendent de la durée et de la continuité avec laquelle ils sont mobilisés. La temporalité est aussi importante pour l'enfant pour se représenter son placement et le projeter, pour le parent afin d'aménager sa vie quotidienne, et pour les professionnels pour investir le projet de l'enfant dans ce placement.

---

<sup>22</sup> Anne Cadoret, « Placement d'enfants et appartenance familiale : une pluriparentalité nécessaire », in : Le Gall & Battahar (dir.), *La pluriparentalité*, Paris, Puf, 2006.

**Fiche n°30**

REIMER Daniela (2009), « L'accueil familial en Allemagne. Organisation et orientations des recherches », *La revue internationale de l'éducation familiale*, n° 26, p. 55-74.

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article présente le cadre juridique et structurel de l'accueil familial en Allemagne, ses spécificités et les questions théoriques sous-jacentes, à travers plusieurs recherches déjà publiées ou en cours. Bien que les travaux scientifiques soulignent l'intérêt pour les enfants de favoriser l'accueil familial par rapport à l'accueil en foyer, l'accueil familial reste moins important en Allemagne par rapport à d'autres pays d'Europe, notamment la Grande Bretagne, mais aussi la France. L'accueil familial est par ailleurs l'objet de peu de recherches et évaluations en Allemagne qui restent partielles, en fonction des disciplines par lesquelles il est approché (droit, psychologie, sciences de l'éducation, sociologie). En tout état de cause, ces recherches sont rarement articulées avec la pratique et des réflexions concrètes sur ses évolutions, sur fond de débats entre considérer la famille d'accueil comme famille remplaçante ou complément de la famille d'origine.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'accueil familial sans précision des âges.

**Méthodologie**

L'article s'appuie sur 6 recherches quantitatives et qualitatives menées entre 1930 et 2007, et présente aussi les premiers résultats d'un groupe de recherche pluridisciplinaire basé à l'université de Siegen.

**Résultats et conclusions**

Nous proposons ici de restituer les résultats sur l'accueil des enfants protégés, sans s'attarder sur les aspects historico-juridiques propres à l'Allemagne présentés dans l'article auquel nous renvoyons sur ces aspects.

Cela dit, nous pouvons préciser, comme indiqué dans cet article, que les familles d'accueil en Allemagne sont présentées comme des profanes et bénévoles, bénéficiant de quelques cours de préparation à l'accueil puis des cours de perfectionnement, qui ne sont cependant bornés par aucun standard officiel, et les familles reçoivent une faible indemnité.

Par ailleurs, le travail de suivi serait axé davantage sur les parents d'accueil que sur les enfants accueillis.

D'autre part, il existe un accueil familial assuré par des éducateurs à leur domicile privé et de manière rémunérée. Ce type d'accueil est considéré comme un accueil en établissement. Les institutions elles-mêmes offrent des types d'accueil qui sont assez proches d'un accueil familial.

La frontière entre accueil familial et accueil institutionnel est donc assez indistincte.

**1<sup>ère</sup> recherche****Mère d'accueil et enfant en accueil (Danziger, Hetzer & Löw-Beer, 1930)**

Base : 200 entretiens permettant d'analyser la relation entre la mère d'accueil et l'enfant placé, ainsi que les motivations de ces femmes. Ces relations vont de très affectueuses à très détachées, voire difficiles. La recherche a ainsi montré comment, au-delà du comportement de l'enfant, l'attitude de la mère d'accueil pouvait influencer le développement de relations négatives et les ruptures de placement. Les motivations financières ont davantage tendance à déstabiliser le placement.

**2<sup>ème</sup> recherche****Divergences de rôle dans la famille d'accueil (Blandow, 1972).**

Cette thèse analyse, elle aussi, le rôle des mères d'accueil et leurs motivations, à travers une étude de dossiers dans les offices publics de la Jeunesse, complétée par des interviews standardisées de 174 mères d'accueil. A partir de la théorie des rôles sociaux, développée par l'auteur, celui-ci constate que les mères d'accueil ne bénéficient d'aucun rôle social, ce qui tranche avec la survalorisation du rôle des mères de naissance des enfants confiés, et est source de tension entre la mère d'accueil et l'enfant. Là encore, les motivations financières sont associées à un risque d'échec du placement de même que les motivations liées à une carence personnelle (la mère d'accueil attend de l'accueil une réparation d'un problème d'identité).

**3<sup>ème</sup> recherche****Enfants en accueil familial placés en foyer (Heun, 1984).**

Cette étude cherche à comprendre les raisons pour lesquelles des enfants initialement placés en famille sont ensuite placés en foyer, à travers l'histoire et les expériences de 509 enfants concernés. La consultation des dossiers n'ayant pas été accordée, l'auteur a fait passer un questionnaire sur la situation des jeunes aux directeurs des établissements où ils étaient accueillis en deuxième intention (remplis par les jeunes et les directeurs).

Ces jeunes avaient en fait souvent connu au moins un autre placement (en moyenne 2,7 placements, quelle qu'en soit la nature), 15% des enfants ayant vécu dans 5 endroits différents ou plus. 34% des enfants ont fait part de leur tristesse à la suite de ces ruptures. 20% des enfants s'attribuent la responsabilité de cette interruption.

Cette discontinuité, mise au jour au début des années 1970, serait toujours d'actualité selon l'auteur de l'article.

**4<sup>ème</sup> recherche****Contact avec les familles d'origine lors du placement en famille d'accueil (Kötter, 1997)**

Thèse de médecine sur les relations entre les familles d'accueil et les familles d'origine. 51 familles ont été interviewées. L'échantillon se compose de 3 groupes :

- familles d'accueil avec un enfant sans contact avec ses parents d'origine au début du placement ;
- familles d'accueil avec un enfant qui avait des contacts réguliers avec ses parents d'origine depuis le début du placement mais qui se sont interrompus au fil du temps ;
- familles d'accueil avec un enfant ayant des contacts avec ses parents d'origine.

Dans tous les cas, les parents d'accueil se considèrent comme des parents de remplacement, assumant toutes les fonctions parentales auprès de l'enfant, alors que pour un grand nombre de parents d'origine, leurs efforts sont tournés vers le retour de l'enfant (30% du groupe 1 et 50% du groupe 2 et du groupe 3).

De ce fait, les contacts ne sont pas bien vécus par les parents d'accueil et quand ils n'ont pas lieu, ils en sont satisfaits. Cependant, dans les 3 groupes, les parents d'accueil considéraient que les visites étaient peu importantes pour les enfants.

Les familles d'accueil bien insérées dans un réseau social sont aussi celles qui ont des contacts étroits avec les services sociaux encadrants, plus en mesure, de ce fait, de gérer les contacts avec les familles d'origine. Les contacts les plus réussis se retrouvaient lorsque l'âge de l'enfant et celui de la



mère d'accueil étaient élevés au moment de l'admission, et la présence d'enfants naturels du couple d'accueil.

#### **5<sup>ème</sup> recherche**

##### **Parenté perdue ? Placement, parents d'origine, nouvelle approche (Faltermeier, 2001).**

Thèse portant sur la situation des parents d'origine à travers l'étude de 16 interviews de parents pour connaître leur vécu du placement de leur enfant, qui montre comment l'interaction avec les travailleurs sociaux peut aider ces parents, généralement isolés, à stabiliser leur situation.

#### **6<sup>ème</sup> recherche**

##### **Les enfants naturels des familles d'accueil : petits pédagogues (Marmann, 2005)**

Thèse analysant comment les familles d'accueil vivent l'arrivée d'enfants dans leur famille à travers 8 interviews narratives et un débat de groupe. Ce travail veut démontrer le rôle central des enfants de la famille d'accueil pour la réussite du placement. Pour les enfants naturels il y a un avantage à ne pas être traité sur un pied d'égalité avec les enfants accueillis, leur donnant une sécurité dans leur relation avec leurs parents. Leur participation aux décisions quant à l'évolution du placement est souvent importante. Lorsqu'ils sont mal préparés à l'accueil, cela crée de mauvaises conditions pour l'enfant accueilli.

##### **Grandir dans une famille d'accueil : le point de vue des enfants.**

Enquête du groupe de travail de Siegen sur la façon dont les jeunes eux-mêmes vivent le fait de grandir dans une famille d'accueil, à travers des entretiens biographiques de jeunes de 17 à 33 ans anciennement placés, avec des histoires variables, certains ayant connu jusqu'à 5 familles d'accueil. Les enfants rapportent avoir été influencés dans leur développement par des difficultés qui les rendaient peu disponibles pour d'autres investissements. Leur expérience est parfois liée à la pauvreté, la violence, la négligence, la discontinuité.

L'analyse de cette période de transition au prisme de la théorie de l'attachement, courante, ne prend pas assez en compte le vécu de la situation vécue par l'enfant, en ne s'intéressant pas assez aux relations nouées par l'enfant avant. Cependant, il apparaît que l'établissement d'une relation est plus simple dans une famille d'accueil car il demande moins de s'adapter à une multitude de personnes, mais aussi par la participation de l'enfant à des tâches quotidiennes. Les conflits demandent à être réglés sans remettre en question la relation entre la famille d'accueil et l'enfant placé.

**Fiche n°31**

**ROUSSEAU Daniel, RIQUEIN Elise, ROZÉ Mireille, DUVERGER Philippe, SAULNIER Patrick (2016), « Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'aide sociale à l'enfance », *Revue française des affaires sociales*, n°5, p. 343-374.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article présente les résultats de la recherche menée de 2011 à 2014 par l'équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers. Il s'agit d'une étude longitudinale interrogeant le devenir de 129 enfants placés avant 4 ans à la pouponnière du foyer de l'enfance Saint-Exupéry du département du Maine-et-Loire. Cette pouponnière n'a pas vocation à proposer un accueil pérenne mais fonctionne comme structure d'accueil, d'évaluation et d'orientation et de ce fait accueille des enfants sans critères d'admission.

Une grande partie des cas exposés sont des situations où les enfants ont été confrontés à des maltraitements, ce qui n'est pas représentatif de la population générale de l'établissement avertissent les auteurs, qui soulignent par ailleurs que tous les enfants placés ne sont pas maltraités et tous les enfants maltraités ne sont pas placés. Pour autant, la recherche vise à accroître les connaissances sur l'accueil et la prise en charge des enfants exposés aux maltraitements familiaux. L'article présente les principales données quantitatives et épidémiologiques de la recherche.

**Type et âges d'accueil étudiés**

A travers l'étude biographique sur le devenir à long terme d'enfants accueillis avant 4 ans dans un établissement de protection de l'enfance, la recherche questionne les effets du mode d'accueil et de prise en charge des enfants petits (moins de 4 ans).

**Méthodologie**

Reconstitution de biographies de 129 enfants de leur naissance à leur majorité, par croisement des données issues de la pouponnière et de maternité. Les enfants de l'étude avaient été accueillis à la pouponnière du foyer Saint-Exupéry entre 1994 et 2001.

La cohorte d'enfants placés de l'étude correspond à 40% des enfants de moins de 4 ans accueillis au titre de la protection de l'enfance dans le département entre 1994 et 2001.

La recherche est à la fois catamnestique et longitudinale.

Les données initiales (T1) et celles des débuts de parcours ont été recueillies dans les dossiers archivés au foyer de l'enfance et aux services de l'ASE du Maine-et-Loire.

Les données de suivi (T2) ont été récoltées en temps réel pour les enfants encore pris en charge au moment de l'enquête.

Les données sociales, éducatives, administratives, économiques, médicales, judiciaires, scolaires et psychologiques de chaque enfant ont été recueillies, notamment auprès des services de l'ASE du Maine-et-Loire.

## Résultats et conclusions

A l'admission (T1), l'âge moyen des enfants de l'étude est de 22 mois. 1/3 arrivent avant l'âge de 1 an, 20% entre 1 et 2 ans, 20% entre 2 et 3 ans, 25% entre 3 et 4 ans.

A T2, l'âge moyen de la cohorte est de 19,2 ans. Les 2/3 sont majeurs, 1/3 sont mineurs de plus de 14 ans.

73 fratries sont identifiées. Parmi elles, 67 étaient déjà connues des services sociaux à T1, avec des frères et sœurs placés antérieurement ou en même temps. A T2, 80% des enfants de fratries étaient ou avaient été placés.

56% des enfants de la cohorte avaient été identifiés par les divers services médico-sociaux comme bébés à risque, 80% des enfants de la cohorte avaient été suivis par ces services (maternité, PMI, AEMO, services sociaux polyvalents).

Une surmortalité infantile est observée (x 6 par rapport à la population générale).

Le délai moyen entre la première alerte et le placement est de 12,7 mois, pour un âge moyen à l'admission de 22 mois. 20% ont été placés dans le premier mois suivant l'alerte (contre 28% dans une précédente enquête en 2002-2004), 25% entre 19 et 46 mois après la première alerte.

Le délai entre alerte et placement est mis en perspective avec l'état physique et psychique des enfants à leur arrivée à la pouponnière, qui montre un sous-diagnostic de la maltraitance et des carences au sein des services connaissant la famille.

Les cas de maltraitements lourds sont nombreux à l'arrivée : 64 enfants (50 % de la cohorte) avaient été exposés à des violences psychologiques, 47 enfants (36 %) à la violence conjugale, 34 enfants (26%) à des violences physiques, 14 enfants (11 %) à des négligences lourdes et enfin 3 des 129 enfants avaient été exposés à des violences sexuelles.

L'état de santé général des enfants à leur arrivée est souvent très mauvais avec des retards de croissance qui se rattrapaient dans un délai plus ou moins long (2,5 ans en moyenne).

Près de 4 enfants sur 5 présentaient des signes de souffrance psychique. Seuls 22 enfants avaient un comportement et un abord relationnel ne suscitant pas d'inquiétude. 33 enfants sur 129 présentaient des troubles de la sphère psychotique suite à des carences sévères.

68 enfants (53 %) avaient un ou deux parents présentant une pathologie, 16 enfants (13 %) ont été placés suite à la mise en examen ou de l'incarcération des parents.

Le placement initial à la pouponnière apparaît globalement profitable aux enfants de la cohorte sur le plan somatique et clinique.

1/4 des enfants n'ont connu qu'un ou deux placements pendant tout leur parcours après la sortie de la pouponnière, parmi ceux d'entre eux orientés en famille d'accueil, 17% sont restés dans le même placement pendant tout leur parcours. Près d'un petit tiers des enfants (soit 29,4 %) ont connu 3 ou 4 placements, et plus de la moitié (55,2 %) en ont connu 5 placements et plus.

Parmi les 86 enfants de plus de 17 ans encore pris en charge, 27 ont bénéficié d'un accompagnement en établissement d'éducation spéciale, 36 enfants sur 129 ont été déscolarisés à un moment de leur parcours, essentiellement en raison de troubles du comportement ou de troubles psychiques. Pour les autres, 19 ont obtenu le brevet des collèges – soit 15 % contre 85 % en population générale – 24 suivent une filière professionnelle et 4 une filière générale.

Les 3/4 des enfants ont reçu des soins pédopsychiatriques, 28 enfants (22 %) ont été hospitalisés au moins une fois pour des motifs psychiatriques alors que cette proportion atteindrait 0,18 % en

population générale. En fin de parcours, 30 jeunes ne présentaient pas de troubles repérables et un diagnostic psychiatrique a été posé pour les 99 autres.

Les enfants qui ont évolué le plus favorablement avaient été placés rapidement après le signalement tandis que ceux qui ont évolué le moins favorablement ont connu un délai long entre signalement et placement.

La recherche met en avant 3 facteurs importants pour l'avenir des enfants : le délai entre alerte et placement, l'état des relations parents-enfants à l'entrée dans le placement et les échecs de restitution.

Bien que la clinique montre que plus l'enfant est jeune, plus il est vulnérable, ce serait en fait la durée d'exposition au danger qui serait déterminante et non l'âge de placement, ce qui met en jeu le rôle de l'évaluation et de la décision.

**Fiche n°32**

**SAMSON Brigitte (2009), « Comment prendre en compte la santé des enfants relevant des dispositifs de protection de l'enfance ? », *Archives de pédiatrie*, Vol. 16, n°6, p. 904-905.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Etat des lieux après la loi du 5 mars 2007 qui renforce le rôle du département et prévoit notamment la création au sein de chaque département d'une cellule unique de recueil d'informations préoccupantes (CRIP) ; point sur l'édition de 5 guides pratiques sur la protection de l'enfance.

2 grands changements sont retenus : la loi se préoccupe des enfants en « danger » et non plus seulement « maltraités » ce qui représente une population bien plus importante. Elle s'intéresse désormais aussi au « développement physique, affectif, intellectuel et social de l'enfant » et donc à sa santé globale, ce qui implique une évaluation pluridisciplinaire de la santé de l'enfant.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Non définis.

**Méthodologie**

Non définie.

**Résultats et conclusions**

L'article pose la question de l'évaluation des situations familiales et renvoie au référentiel créé par le CREAL qui sera testé en 2009. Il souligne l'importance du signalement et de la transmission d'informations.

La création du document « projet pour l'enfant » doit comporter un volet « santé ». L'autorité parentale doit être respectée, et la prise en charge continue, alors que l'on constate de grandes discontinuités dans leur prise en charge médicale, l'insuffisance des dépistages sensoriels, et une prévalence accrue de leurs problèmes de santé par rapport à la population générale.

La durée moyenne de placement des enfants confiés à l'ASE est actuellement de 3-4 ans. Les tout-petits de moins de 3 ans placés en pouponnière bénéficient de la présence de médecins, de puéricultrices et autres personnels soignants sur place. Les plus grands, c'est-à-dire la grande majorité des 140 500 enfants confiés à l'ASE, sont accueillis dans des structures ne bénéficiant qu'exceptionnellement de la venue régulière d'un médecin.

**Fiche n°33**

**SCELLES Régine, DAYAN Clémence, PICON Ingrid (2007), « Accueil conjoint des enfants d'une même fratrie dans le cas du placement : intérêts et limites », *Revue internationale de l'éducation familiale*, n°22, p. 117-135.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article présente les résultats d'une étude prospective portant sur le placement conjoint d'enfants de la même fratrie, menée au sein de l'association SOS Villages d'Enfants. L'association propose en effet un accueil en fratrie, dans une structure organisée autour d'un accueil de type familial, dans des villas où une éducatrice familiale vit avec les enfants pendant plusieurs semaines d'affilée et est remplacée par une autre professionnelle (aide familiale) pendant ses jours de repos. L'accueil se fait donc dans une maison sans être le domicile de l'adulte, accueillant plusieurs fratries.

Les résultats qualitatifs présentés ici enjoignent à développer les outils permettant d'évaluer le lien fraternel pour évaluer l'intérêt d'un accueil conjoint des fratries.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Ici, l'âge et le type d'accueil sont secondaires, c'est la question de l'accueil conjoint des fratries qui est interrogée.

**Méthodologie**

L'enquête a porté sur les professionnels de l'association SOS Villages d'Enfants, dont la spécialité est l'accueil des fratries.

5 groupes de parole ont été constitués avec des salariés ayant entre 2 et 15 ans d'ancienneté dans l'association, venant de différents sites à travers la France, accueillant chacun entre 46 et 57 enfants correspondant à 15 à 20 fratries.

Groupe 1 = 7 psychologues.

Groupe 2 = 4 aides familiales et 7 éducatrices familiales.

Groupe 3 = 7 éducateurs spécialisés et 3 chefs de service.

Groupes 4 et 5 = participants aux trois premiers groupes se réunissant une deuxième fois : 3 éducateurs spécialisés, 3 psychologues, 2 aides familiales, 1 chef de service, 3 éducatrices familiales.

Les échanges ont été analysés à l'aide d'une grille de contenu commune.

**Résultats et conclusions**

Les professionnels évoquent les variables déjà repérées dans la littérature (cf. **Fiche n° ZZ**) concernant la fonction du frère/sœur dans la vie psychique de l'enfant : sécurité et protection, aide à la socialisation, partage d'une certaine familiarité avec le groupe qui aide chacun à se penser et se dire dans un processus de co-construction de soi et de l'autre

**Sécurité et protection**

La fratrie est reconnue comme apportant une certaine sécurité et permet de faire « bloc » pour se protéger de l'extérieur persécuteur (parents maltraitants, mais aussi institution accueillante), et rassure l'enfant par rapport à la nouveauté du placement.

Lorsqu'une partie de la fratrie est restée chez leurs parents, la savoir en danger insécurise les enfants accueillis qui souhaitent parfois retourner au domicile familial, uniquement pour vérifier que leurs frères et sœurs vont bien.

**Intérêt et limites de la cohabitation de plusieurs fratries dans le même pavillon**

L'accueil de plusieurs fratries a des effets positifs :

- expérience des différences entre enfants, entre parents et entre familles,
- opportunité de s'ouvrir progressivement à d'autres relations,
- confrontation à d'autres modes d'être en fratrie peut avoir un effet positif de « miroir ».

Selon les professionnels, il ne faut pas plus de trois fratries par maison et, plus important, qu'elles ne doivent pas avoir le même type de pathologie du lien pour éviter une recrudescence des troubles chez les enfants.

**Réactions aux changements de personnel et d'enfants dans le pavillon**

Les changements d'adultes dans le pavillon au moment des congés peuvent générer des crises et l'arrivée d'une autre fratrie est un moment sensible qui peut raviver des dysfonctionnements antérieurs.

**Parents**

Les professionnels rencontrés disent que les parents apprécient, dans leur grande majorité, que leurs enfants soient réunis dans une même maison. Ils insistent sur l'importance pour les parents que le pavillon soit celui des enfants et non celui de l'éducatrice familiale qui a, par ailleurs, son propre logement. Ainsi, pour les parents, les liens ne se font pas avec une famille qui accueille leurs enfants dans sa maison mais avec des professionnels qui ont la charge d'un lieu où vivent leurs enfants.

**Limites du placement conjoint**

La possible reproduction au sein de la fratrie de comportements pathogènes existant avant le placement qui amène à reconnaître que, parfois, la fratrie ne peut pas vivre ensemble.

Parfois, les frères et sœurs sont un rappel de l'histoire passée et des traumatismes subis, ce qui peut être un frein au développement de l'enfant.

Il paraît donc nécessaire, soulignent les auteurs, d'avoir des moyens d'évaluer les dysfonctionnements au sein de la fratrie pour travailler le vivre ensemble ou au contraire la séparation : l'enjeu est que l'institution parvienne à contenir les forces de destruction et à soutenir les parties « saines » du lien fraternel.

Pour les auteurs, l'accueil des fratries paraît également indissociable d'un travail avec les parents et sur l'image que les enfants accueillis ont d'eux et plus largement de leur famille.

**Fiche n°34**

**SCORPIA POPESCU Rebeca, (2004), 'The Situation of 0-3 Years Old Temporary Abandoned Children, in Romania, during 2003—2013. Causes, Consequences and Alternatives', *International Journal of Social Science and Humanity*, Vol. 6, n° 5, p. 347-350.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article présente les résultats d'une étude portant sur la situation d'enfants « abandonnés provisoirement » en Roumanie. L'abandon d'enfants en Roumanie s'inscrit dans le contexte historique du pays et la période communiste, marquée par une politique pro-natalité suivie d'abandons massifs dans des orphelinats. Ce contexte a donné lieu, dans les années 2000, à un travail de prévention, notamment auprès des familles pauvres, ainsi qu'une orientation vers la désinstitutionnalisation de l'accueil des enfants, en s'appuyant sur la loi 272/2004. Cependant, malgré ces mesures, l'abandon continue d'être important en Roumanie : selon le ministère du Travail roumain, en 2013, 4% des enfants âgés de 0 à 3 ans étaient placés dans des institutions publiques. Considérant que l'institutionnalisation de l'accueil a des effets sur les enfants âgés de 0 à 3 ans, en raison des caractéristiques psychosociales des enfants de cet âge, l'étude propose un focus sur cette population. La loi de 2004 précise d'ailleurs que les enfants de moins de 2 ans ne peuvent être placés qu'en famille d'accueil ou dans la famille élargie, et son placement en institution est interdit. Cet article précise aussi que les frères et sœurs doivent être confiés ensemble.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'accueil en institution à la suite d'un abandon, des enfants âgés de 0 à 3 ans en Roumanie, entre 2003 et 2013.

**Méthodologie**

Analyse secondaire des données du ministère roumain du Travail, de la Famille et de la Protection Sociale, concernant des enfants abandonnés entre 0 et 3 ans dans des unités hospitalières entre 2003 et 2013 et accueillis en structures publiques.

**Résultats et conclusions**

Les parents qui abandonnent leurs enfants en Roumanie les déposent le plus souvent à l'hôpital et notamment à la maternité. Ils seront ensuite admis dans un orphelinat. Ils sont très rarement abandonnés dans des endroits inappropriés où leur vie serait en danger.

En Roumanie, l'abandon est devenu un phénomène important à la suite d'une politique pro-nataliste pendant le régime communiste. Cette situation a largement été décrite dans les médias et a également été l'objet de recherches. En 1999, une étude longitudinale menée à Bucarest a mis au jour des problèmes de santé physique et sociale pour ces enfants placés en institution. Les enfants de 0-3 ans ont été identifiés comme la catégorie la plus vulnérable en termes d'effets à long terme de l'institutionnalisation, notamment au regard des problématiques d'attachement.

Entre 2003 et 2013, le nombre total d'enfants placés dans les institutions publiques a diminué, passant de 32 171 enfants à 18 148 enfants. On dénombrait 619 bébés de moins d'un an en 2003 et



273 en 2013, 889 enfants de 1-2 ans en 2003 passant à 425 en 2013. Cependant le nombre d'enfants âgés de 3 à 6 ans n'a pas évolué, passant de 1 730 en 2003 à 1 687 en 2013.

Si le nombre d'enfants de 0-3 ans en institution a baissé, leur proportion au sein de la population générale accueillie dans les établissements n'a guère évolué au cours de la décade. Ainsi, ils représentaient, en 2013, 4% du nombre total d'enfants placés en institution, contre 5 % en 2003. En 2006, année qui a connu le moins d'abandons en Roumanie, ils représentaient 1,6% des 21 198 enfants placés dans les établissements publics, accalmie balayée par la dégradation de la situation économique du pays, explique l'auteur.

L'auteur analyse ce phénomène par une déficience d'apprentissage social dû à la banalisation, pendant des années, de l'abandon d'enfants dans les familles pauvres, comme on pouvait aussi l'observer dans de nombreux pays au 19<sup>e</sup> siècle. En Roumanie, l'abandon reste une forme extrême de négligence parentale, une pratique courante pour résoudre une grossesse non désirée : en 2013, 1 449 enfants ont été abandonnés dans des services hospitaliers : 915 (soit 63%) à la maternité, dès leur naissance, 450 en service pédiatrique, 84 dans d'autres services hospitaliers.

L'auteur souligne l'importance de développer des centres accueillant enfant et parent : centres maternels, accueils de jour, et médiation familiale pour faire baisser le nombre d'abandons à l'hôpital et de placements institutionnels.

**Fiche n°35**

**SELLENET Catherine, L'HOUSNI Mohamed (2013), « Autour d'un enfant : accueil dans la parentèle ou chez des tiers digne de confiance », Recherche réalisée pour le Défenseur des droits.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cette étude réalisée en 2013 pour le Défenseur des droits questionne le faible recours à la parenté ou à des tiers dignes de confiance dans la protection de l'enfance. Bien que prévue par le code civil, cette solution est rarement décidée par le juge. L'étude s'intéresse à l'expérience française du service d'aide aux tiers dignes de confiance de l'association Rétis.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'étude s'intéresse au placement chez un tiers digne de confiance plutôt que dans un établissement ou une famille d'accueil de l'Aide sociale à l'enfance, ce qui représenterait en fait environ 10% des placements mais reste mal connu.

**Méthodologie**

L'étude est qualitative et repose sur 25 situations d'accueil chez un tiers accompagné par l'association Rétis : 11 femmes, 6 hommes, 3 couples.

**Résultats et conclusions**

Dans 60% des cas, ce sont les grands-parents de la lignée maternelle qui ont été sollicités. Ils expliquent peu leurs motivations qui leur semblent évidentes dans la situation.

L'âge des tiers accueillants se situe plus souvent aux extrêmes : retraités (1/3 des cas) ou jeunes actifs (18-35 ans).

Ces tiers intervenaient déjà avant la mesure d'assistance éducative prononcée par le juge, la moitié étant intervenu dès la naissance de l'enfant confié. Le placement chez le tiers digne de confiance est rarement ordonné en première intention puisque 8% des enfants bénéficiaient avant d'une Aide éducative à domicile (AED), mesure administrative et 46% d'une Action éducative en milieu ouvert (AEMO), mesure judiciaire. 54% des enfants étaient donc déjà connus des services de l'Aide sociale à l'enfance. L'enfant habitait en fait déjà chez ce tiers au cours des mesures à domicile, mais 42% ont d'abord été placés en établissement et c'est souvent par la réclamation, souvent insistante, du tiers, que le placement va évoluer.

Pour 60%, ils ne prennent en charge qu'un seul enfant, et de fait, les enfants placés chez un tiers sont souvent des enfants unique ou des aînés de fratrie.

20% des enfants confiés avaient entre 3 et 5 ans, 15% entre 6 et 11 ans, 45% entre 12 et 15 ans, 20% entre 16 et 18 ans.

Les enfants ont vécu des maltraitements psychologiques pour la moitié d'entre eux, et des maltraitements physiques, avérées pour 10%, suspectées pour 15%. 70% d'entre eux ont été exposés à des carences, 50% à l'abandon, 40% aux violences conjugales. Leur vie dans leur famille est donc marquée par la violence et des modes de vie souvent précaires.

Le motif de placement de l'enfant à un tiers est souvent consécutif à un épisode dramatique : décès ou disparition du parent (n=15), incarcération du parent (n=3), maladie mentale (n=7) et addictions (n=7) du parent.

Sur le plan scolaire, seul un enfant est en cycle adapté, un autre est déscolarisé.

35% des troubles signalés relèvent de la santé, mais certains enfants ont des suivis en psychologie ou en orthophonie.

L'accueil est souvent source de complications, selon l'étude, tant au niveau financier qu'au niveau du statut et des prestations auxquelles les accueillants peuvent prétendre, entre parent et assistant familial. Les auteurs soulignent le besoin d'accompagnement des personnes qui accueillent l'enfant au titre de tiers digne de confiance.

**Fiche n°36**

**SEMANCHIN JONES Annette, RITTNER Barbara, AFFRONTI Mélisa (2016), 'Foster Parent Strategies to Support the Functional Adaptation of Foster Youth', *Journal of Public Child Welfare*, Vol. 10, n° 3, p. 255-273.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article est proposé par des chercheurs de l'école de travail social de Buffalo, dans l'Etat de New York aux Etats-Unis et de la coordinatrice des services de protection de l'enfance de la même ville.

400 000 enfants seraient placés aux Etats-Unis, la plupart d'entre eux dans des familles d'accueil et la majorité pendant au moins un an. 58% seront adoptés par leur famille d'accueil. Chaque année, les services doivent donc renouveler près de la moitié des familles d'accueil, et se heurtent à la difficulté de recruter des familles capables de prendre en compte les besoins, de plus en plus complexes, des enfants placés.

Moins de 40% des Etats atteignent les objectifs de stabilité énoncés par le rapport de *l'Administration of Children, Youth and Families (U.S. Department of Health and Human Services)* en 2011. La stabilité du placement est en partie dépendante de la capacité des familles d'accueil à prendre en charge les difficultés comportementales, capacité dépendante d'une relation proche avec l'enfant. Par ailleurs, la recherche montre que les enfants placés ont des problèmes de comportement, psychologiques, et cognitifs. On peut supposer que les parents d'accueil ont un rôle majeur à jouer pour améliorer ces résultats. Peu de recherches permettent de faire le lien entre les caractéristiques des familles d'accueil et le développement, notamment comportemental des enfants. Cet article s'intéresse à comment les parents d'accueil peuvent faciliter l'adaptation fonctionnelle des enfants qu'ils accueillent et notamment comment ils procèdent pour que ces enfants s'ajustent au fonctionnement de la maison.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'accueil familial qui dans le contexte américain peut conduire à l'adoption. Malgré la formation des parents d'accueil pour les préparer à se confronter aux multiples difficultés de l'enfant accueilli, les résultats restent contrastés et il n'y pas d'évaluation rigoureuse du placement familial et de ce que les parents d'accueil peuvent mettre en place pour réussir, ni comment les aider.

**Méthodologie**

Enquête qualitative par entretiens individuels semi-directifs et focus groupes avec 35 parents d'accueil expérimentés. Ils résidaient dans le nord de l'Etat, à la fois dans des zones rurales et urbaines. Les services sociaux de 7 comtés ont été contactés pour être terrain d'enquête, 4 ont accepté. 500 lettres ont été envoyées aux familles d'accueil potentielles, seulement 7% ont répondu. 26 ont participé aux focus groupes (de 2 à 6 personnes), 9 aux entretiens. Le faible taux de réponse est présenté comme résultant d'une faible contrepartie offerte (comme c'est souvent le cas aux Etats-Unis).

Les participants étaient interrogés sur comment et quand ils voyaient que l'enfant s'était adapté à leur maison, et ce qu'ils mettaient en place pour faciliter cette adaptation, mais aussi sur leur analyse des situations où cela n'avait pas pu se faire. On leur demandait aussi quel rôle avait, selon eux, la question de l'attachement dans cette adaptation.

Les parents d'accueil de l'échantillon étaient âgés de 30 à 68 ans. Pour 76,5% il s'agissait de femmes. 62% d'entre elles de type caucasien ou blanc<sup>23</sup>, 29% de type afro-américain ou noir, 9% n'ont pas donné d'information sur leur race ou ethnicité. Sur les 29 participants donnant des informations sur leurs revenus, 28% avaient un revenu inférieur à 30 000 \$ par an, 62% entre 30 000 et 75 000 \$, et 10% au-delà. La plupart ont suivi un cursus post-baccalauréat. 61,8% déclaraient vivre en couple, un vivait en colocation, et deux déclaraient vivre avec une personne partageant la parentalité mais sans être en couple.

L'antériorité de leur agrément variait d'une semaine à 46 ans, avec une moyenne d'environ 10 ans. Ils avaient entre 0 et 3 enfants confiés au moment de l'enquête. En tout, 34 enfants vivaient au domicile des parents d'accueil de l'échantillon au moment de l'enquête. Ils avaient de 4 mois à 20 ans. 11 foyers (37,9%) ont adopté les enfants qui avaient été placés chez eux, et 6 (20,7%) avaient d'autres enfants au foyer pour lesquels ils ne recevaient aucune prestation au titre de l'adoption ou du placement (un enfant venant d'un dispositif hors protection de l'enfance, un ancien enfant placé, un enfant d'un pays étranger, ou un petit-enfant). Seulement 7 foyers (24,1%) élevaient en même temps des enfants biologiques au moment de l'enquête.

## Résultats et conclusions

### L'installation

Selon les parents d'accueil interrogés, il s'agit d'un processus et non d'un temps défini, et qui **dépend aussi de chaque enfant**, d'où la nécessité d'être à l'écoute des besoins individuels, et de proposer des choses concrètes, au-delà des discours de réassurance : par exemple, proposer à l'enfant de décorer sa chambre avec ses affaires à lui, lui demander sa nourriture préférée. Les parents expliquent qu'il faut se montrer patients et ne pas punir l'enfant qui parfois dès l'arrivée réagit de manière bruyante. Les autres enfants peuvent d'ailleurs aider dans cette période.

### L'intégration par les enfants

Le signe que l'enfant s'est bien adapté est lorsqu'il se sent faire partie de la famille et du foyer. Cela s'observe dans la façon de parler, par exemple lorsque les enfants se réfèrent au domicile en parlant de "la maison", ou dans la manière dont ils nomment la famille d'accueil. Certains participants s'étonnent d'ailleurs de la rapidité avec laquelle certains les appellent "papa", "maman".

### L'intégration par les parents d'accueil

Les familles d'accueil ont aussi des comportements qui montrent comment elles intègrent l'enfant, par exemple en ne se référant pas au fait qu'il est "accueilli" quand elles discutent avec d'autres personnes. Certains participants ont montré comment ces enfants se sentaient à leur place quand une fois partis, ils reviennent régulièrement rendre visite à la famille.

### Règles du quotidien/routines

Les participants notent que les enfants ont vécu des vies désorganisées et traumatiques avant leur arrivée, sans cadre. Il faut donc établir avec des cadres quotidiens, comme les horaires de repas et de coucher, avec des rituels (lire un livre, etc.). Lorsque ce cadre est intégré, les participants expliquent l'importance de confier des tâches à l'enfant pour participer à l'entretien et la vie de la maison.

### Adaptation au voisinage et à l'école

Les participants regrettaient d'en savoir trop peu sur les enfants à leur arrivée, y compris sur leur niveau scolaire, leur état de santé mentale, leurs antécédents médicaux, qui paraissent nécessaires à l'adaptation de l'enfant à son lieu d'accueil. Les participants relatent avoir dû batailler pour trouver

<sup>23</sup> Les recherches anglo-saxonnes prennent en compte des données statistiques ethniques.

une bonne école ou un bon service et un traitement équitable pour l'enfant. Les relations entre pairs restent parfois difficiles.

**Famille biologique : complexités**

Les relations entre la famille d'accueil et la famille biologique peuvent être compliquées par des tensions, des frustrations et des ambivalences, y compris dues à la non venue à un rendez-vous du parent. Les participants disent essayer d'aider l'enfant à faire avec ces frustrations dont ils notent les conséquences dans le comportement de l'enfant. Il s'agit alors de leur permettre d'éprouver des sentiments partagés et des émotions contradictoires. Certains associent la famille biologique notamment en les invitant à des événements importants de la vie de l'enfant, par exemple à l'école. Les participants soulignent leur propre ambivalence, notamment quand il s'agit de laisser l'enfant retourner au domicile de ses parents qui ne leur semblent pas assez en capacité ; ils font néanmoins alliance, afin que l'enfant puisse plus facilement rester en contact avec eux et éventuellement leur demander de l'aide.

Lorsque les droits ont été supprimés, et parfois qu'une adoption a eu lieu, les enfants restent en prise avec des émotions difficiles, un conflit de loyauté, la perte et le chagrin, et le ressentiment aussi quand les parents ont abandonné leurs droits.

Le rôle des frères et sœurs est important, notamment des aînés qui peuvent être restés au domicile, être placés au même endroit ou ailleurs. Ils vont souvent assumer un rôle auprès des plus petits qu'ils doivent céder aux parents d'accueil selon les participants.

**Services et juridictions de protection de l'enfance**

Les participants évoquent des tensions avec le système judiciaire et l'imprédictibilité des services sociaux, en particulier les familles d'accueil d'urgence. Un sentiment d'arbitraire et d'irrationalité ressortait, notamment dans le placement, le retour, le remplacement des enfants.

**Conclusion**

Les participants insistent donc sur l'individualisation de l'adaptation de l'enfant à son arrivée, mais aussi sur l'importance de s'impliquer indépendamment de la durée potentielle du placement. Ils réalisent que les enfants, pour la plupart, viennent de foyers chaotiques qui expliquent leurs problèmes de comportements agressifs. Par ailleurs, les familles d'accueil se font souvent militantes et sont très actives auprès des services sociaux et judiciaires pour que les enfants accèdent aux services dont ils ont besoin. Les familles d'accueil mobilisent les structures du quartier (école, loisirs, sports) pour aider l'enfant à s'intégrer à une nouvelle communauté. La question du financement de l'accueil familial devrait être posée afin d'accroître ces moyens pour que les enfants aient les mêmes activités extra-scolaires que les autres.

**Implications en termes de formation**

La formation actuelle des familles d'accueil comprend des éléments qui corroborent les expériences des participants à l'enquête : l'alliance et le partenariat avec les parents biologiques, le soutien à l'enfant pour surmonter la peine et la perte, construire des contacts positifs. La conscience du traumatisme peut aider à développer des stratégies permettant de gérer les comportements difficiles qui diminuent l'autocontrôle et de rester là pour l'enfant, qui pourra réguler ses émotions dans un environnement tolérant.

L'intégration ou appropriation réciproque est importante et demande à être mieux connue pour être développée dans les formations. Ce sentiment d'appartenance pourrait être aussi important que l'idée de permanence.

Bien que la recherche souligne l'importance d'une intervention rapide et précoce pour les situations traumatiques, les familles d'accueil relèvent des difficultés pour obtenir les dossiers médicaux et thérapeutiques des enfants d'une part, et pour obtenir les rendez-vous d'autre part.

**Fiche n°37**

SEMPIK, J., WARD, H. and DARKER, I.T. (2008), 'Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care', *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 13, n° 2, p. 221-233.

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article présente les résultats d'une étude portant sur les besoins des enfants au moment où ils sont placés pour la première fois. D'après d'autres études, 70% à 80% des enfants entrant dans le système de protection en Angleterre ont des besoins spécifiques requérant de hautes compétences des professionnels pour assurer leur devenir. Le département de Santé a produit en 2002 un guide concernant la santé des enfants placés dans le sens d'une prise en compte et d'une évaluation globale des besoins de l'enfant. Les services sociaux ont également mis en place depuis 2007 le *Integrated Children's System*, un dossier électronique de diagnostic, planification, intervention et évaluation.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'étude s'intéresse à la santé mentale et aux difficultés émotionnelles et comportementales des enfants âgés jusqu'à 16 ans entrant dans un premier placement suite à des maltraitances, avec un focus sur les enfants âgés de moins de 5 ans.

**Méthodologie**

Cette étude fait partie d'une recherche plus vaste qui avait pour but de comprendre de quel type d'informations les autorités locales ont besoin pour piloter efficacement les services de protection de l'enfance.

Le critère d'inclusion des enfants dans l'étude était d'entrer dans un premier placement entre le 1<sup>er</sup> avril 1996 et le 30 septembre 1999 et d'être resté placé au moins un an.

Les données ont été récoltées de manière rétrospective à partir des dossiers : il s'agissait des données recueillies à l'accueil et au bout d'un an (ainsi, certaines données concernent plusieurs années de suivi).

Sur 648 situations étudiées, 453 concernaient des enfants qui n'avaient encore jamais été placés, soit 264 garçons et 188 filles. Leur âge allait de 0 à 16 ans.

6 services locaux ont été retenus pour leur représentativité de la population d'enfants accueillis au niveau national.

Sur la base des catégories utilisées par les autorités ont été identifiés les enfants entrant pour la première fois dans un placement suite à des maltraitances ou négligences. Les problèmes comportementaux ont ensuite été répertoriés et classés à partir des dossiers par deux psychologues.

**Résultats et conclusions**

L'incidence des problèmes de comportement et émotionnels, identifiée dans l'étude, a été comparée avec les troubles comportementaux et mentaux en population générale et dans un échantillon d'enfants placés. 72,3% des enfants placés âgés de 5 à 15 ans de l'étude présentent des troubles émotionnels et comportementaux, 50% avaient des conduites problématiques, 22,9% de problèmes émotionnels, soit une incidence supérieure à celle observée en population générale mais aussi dans

un échantillon d'enfants placés d'une étude précédente (Meltzer et al, 2003), ce qui peut s'expliquer par des différences méthodologiques.

Cette incidence était moindre dans le groupe des enfants âgés de 0 à 4 ans.

Dans le groupe des enfants de 5 à 15 ans, les filles étaient plus souvent concernées par les problèmes émotionnels que les garçons (29,2% contre 19%). C'est l'inverse pour les conduites à problèmes qui concernent 37,5 %des garçons entrant dans le placement contre 21,8% des filles.

L'étude montre que les très jeunes enfants (0-5 ans) montrent des troubles émotionnels reconnaissables que l'on peut identifier à partir du dossier. Ces problèmes sont susceptibles de devenir plus importants en grandissant et être la cause de rupture de placement.

Parmi les troubles étudiés, l'énurésie concerne 17,9% des enfants âgés de plus de 5 ans, 15,2% des enfants de 11 à 15 ans. Tous les enfants de l'étude âgés de plus de 5 ans concernés par une énurésie présentaient aussi des troubles relationnels et émotionnels.

Parmi les 453 enfants de l'étude, les garçons étaient davantage accueillis en établissement lors du premier placement (49 garçons contre 14 filles, dont 18 garçons et 1 fille de moins de 10 ans).

Les enfants présentant des conduites à problèmes étaient moins souvent orientés vers un accueil familial. Il y avait 9 garçons âgés de 5 à 10 ans et 0 filles du même âge placés en institution.

Cette étude présente des taux de problèmes comportementaux et émotionnels plus importants que d'autres études grâce à sa méthodologie, suggérant que les troubles pourraient être plus importants que les désordres constatés parmi les enfants placés. Stanley, Riordan et Alaszewski (2005) relèvent que 82,5 %d'un échantillon d'enfants placés avaient été dépistés comme nécessitant une évaluation d'un spécialiste en santé mentale mais que des diagnostics formels n'avaient concerné que 28 enfants.

Cette étude présente l'intérêt de montrer l'importance des besoins de l'enfant dépistables dès son entrée dans le placement. D'autre part, l'absence d'un diagnostic d'un praticien ou clinicien expérimenté ne signifie pas que l'enfant n'a pas de troubles.

De plus, près d'1/4 des enfants âgés de 0 à 5 ans présentaient des difficultés d'ordres émotionnel ou comportemental, ce qui est encore peu connu et peu exploité dans les recherches.

Enfin, cette étude s'intéresse à l'état de l'enfant à son entrée dans le premier placement, et met donc au jour des difficultés qui ne sont pas dues aux conditions de placement mais bien à la situation qui le précède.

Par ailleurs, l'étude montre un groupe d'enfants placés en institution présentant des attitudes difficiles suggérant le besoin de mettre en œuvre des accueils familiaux spécialisés. L'étude démontre ainsi la nécessité d'évaluer l'état de santé mentale et émotionnelle des enfants dès leur entrée dans le placement.

(1) Meltzer, H., Corbin, T., Gatward, R., Goodman, R. and Ford, T. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England*. London: The Stationery Office.

(2) Stanley, N., Riordan, D. and Alaszewski, H. (2005). *The mental health of looked after children: Matching response to need*. *Health and Social Care in the Community*, 13, (3), 239 – 248.



**Fiche n°38**

**UNICEF (2012), 'Ending the placement of children under three in institutions : support nurturing families for all young children', Rapport de la conférence internationale de Sofia.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Ce rapport fait suite à une conférence ministérielle internationale qui s'est tenue à Sofia les 21 et 22 novembre 2012. Suite à l'annonce faite au Parlement européen en ce sens, la conférence vise à conforter une orientation politique engageant la désinstitutionnalisation de l'accueil des enfants au profit d'un accueil en famille, en particulier pour les enfants âgés de moins de 3 ans, et le soutien aux familles d'origine en prévention du placement.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Impulsion politique pour orienter l'accueil des enfants, en particulier de moins de 3 ans, vers de l'accueil familial, notamment dans les pays d'Europe centrale et de l'Est.

**Méthodologie**

Le rapport s'appuie sur les allocutions et les rapports des pays quant à la mise en place de modalités de travail en rapport avec l'objet et évalue les avancées quant à l'objectif de voir tous les enfants de moins de 3 ans vivre dans un environnement familial.

**Résultats et conclusions**

Une vingtaine de gouvernement de la zone concernée (Europe centrale et de l'Est) ont fait une allocution concernant leurs avancées nationales quant à leur politique de protection de l'enfance. Le rapport souligne que, si en Europe Occidentale les causes du placement sont dans les maltraitances ou carences familiales dans la grande majorité des cas, dans le reste de l'Europe c'est surtout l'abandon et le handicap qui conduisent au placement des enfants.

L'objectif de désinstitutionnalisation devrait s'orienter davantage sur le système global que simplement sur les offres d'accueil. L'accent est mis sur la prévention du placement par des programmes de renforcement de la famille et des services de proximité, parallèlement au développement de solutions d'accueil familial dans les situations de placement.

Le rapport insiste sur la nécessité de changer de paradigme : le rôle de l'Etat est de soutenir les familles pour leur permettre de prendre soin de leurs enfants, non de se substituer à elles.

La prévention doit s'orienter vers l'articulation des secteurs de l'enfance, de la santé et de l'aide sociale.

Les enfants handicapés sont identifiés comme le groupe principal pour guider les évolutions car ils représentent, dans de nombreux pays, la majorité des enfants placés en institution.

Selon le rapport, le placement en institution résulte plus souvent d'une stigmatisation de la pauvreté que d'un besoin de protection alors qu'il a été prouvé que le placement en institution était dommageable à la santé de l'enfant.

Le rapport attire l'attention sur la nécessité de bien identifier les familles les plus vulnérables, car les programmes les mieux pensés échouent s'ils n'atteignent pas les populations qu'ils sont censés atteindre.

La prévention des abandons passe par une sensibilisation des équipes médicales, notamment hospitalières, à une approche sociale, pour les aider au moment de la naissance et lors de l'annonce du handicap.

Pour les enfants de 0 à 3 ans, le rapport plaide pour développer de l'accueil dans la famille élargie, qui devrait être la première option, ensuite pourrait être considérée l'orientation en famille d'accueil.

Le rapport souligne que dans certains pays les métiers du travail social sont nouveaux et ont besoin d'être soutenus par un effort de formation.

En conclusion le rapport rappelle que le placement des enfants de moins de 3 ans en institution ne devrait être permis que pour prévenir la séparation des frères et sœurs, procurer une aide d'urgence, pour des périodes très limitées, en attendant le retour dans la famille ou une solution à long terme appropriée.

**Fiche n°39**

WELCH Vicki, JONES Christine, STALKER Kirsten, STEWART Alasdair (2015), "Permanence for disabled children and young people through foster care and adoption : a selective review of international literature", *Children and youth services review*, Vol. 53, p. 137-146.

**Objet et contexte de recherche/étude**

Les auteurs présentent une revue de littérature sur les enfants en situation de handicap. Ces derniers sont surreprésentés parmi les enfants placés.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Tous types d'accueil et tous âges. Notons que le terme « accueillant » est choisi pour « carer » en anglais.

**Méthodologie**

L'étude recouvre 90 recherches menées sur la stabilité des enfants handicapés placés. La « permanence » est entendue comme le sentiment d'appartenance, de sécurité et de stabilité pour des enfants éloignés de leur famille et placés dans des centres de soin et des maisons particulières. Lors de leur placement, il est rarement fait allusion à la permanence du placement. Les enfants sont souvent soumis à une incertitude à ce sujet. Les enfants peuvent connaître plusieurs situations de placement différentes qui s'accompagnent de niveaux de soins différents. Le système de soin est souvent vu comme échouant à fournir stabilité et permanence.

6 étapes ont été suivies :

- identification des questions de recherche (quelles barrières à la permanence de ces enfants placés ; comment les surmonter, quelles actions mener) ;
- identification des études pertinentes : littérature grise et travaux de recherches publiés entre 1998 et 2013 en anglais ;
- sélection des études à partir de mots clés : 90 travaux choisis ;
- collecte des informations dans Excel ;
- analyse des résultats par thèmes ;
- consultation des commanditaires.

**Résultats et conclusions**

Sélection de 54 textes américains, 20 du Royaume-Uni, 10 du Canada, 4 d'Australie, 1 de Chine et 1 des Pays Bas. La plupart sont des études quantitatives, un peu moins qualitatives. Les méthodes utilisées sont variées. Beaucoup utilisent des termes « parapluie » pour définir les difficultés des enfants. Peu de travaux développent une définition spécifique du handicap. Ici, ils reprennent une définition large : les enfants ayant des troubles physiques ou sensoriels, des handicaps psychologiques, des troubles du comportement, des détresses mentales ou des formes d'autisme.

Le débat politique au RU est centré sur les mesures qui accélèrent l'adoption sans attention à la permanence dans les centres de soin ou dans les familles. La permanence ne renvoie pas forcément

à l'adoption. Les politiques se sont focalisées sur l'idée de « permanence légale », qui correspond à déterminer légalement la responsabilité parentale à travers l'adoption ou des mesures de garde particulière.

Des auteurs soulignent le développement implicite de hiérarchie de la permanence, soit la tendance à voir l'adoption comme la solution clé, pourtant d'autres modes de permanence seraient préférables. Les auteurs insistent sur la création d'une permanence qui peut être atteinte à partir de différentes formes de garde/soins. L'objectif est de se placer sur le long terme.

En détail (résultats émanant de différentes études):

Résultats :

- Les enfants handicapés placés ont 2 fois moins de chances de connaître une réunification avec leur famille biologique que les enfants non handicapés. Les enfants handicapés sont plus souvent placés dans des structures (au sens large) sans lien de parenté.
- L'adoption d'enfants handicapés augmente, mais les enfants ayant des difficultés intellectuelles le sont moins souvent. Les délais d'adoption sont plus longs pour les garçons.
- Les enfants handicapés restent plus longtemps placés, certains atteignant une forme de « permanence ». D'autres études trouvent que les enfants handicapés sont plus susceptibles d'être placés dans des structures moins appropriées (logements indépendants).
- Ils seraient plus sujets à des interruptions dans leurs placements, surtout lorsqu'ils ont des handicaps précis. Le turn-over génère des complications : problèmes intellectuels, désordres affectifs, santé physique affectée : les problèmes sont exacerbés.
- Les enfants qui entrent dans les systèmes de soin sont plus âgés (1,5 ans d'écart). Les plus âgés ont plus de risques de connaître des situations changeantes. On observe plus de garçons que de filles placés. Les enfants handicapés d'origine afro-américaine sont surreprésentés. Les enfants d'origine hispanique connaissent plus d'interruptions dans leurs placements. Les enfants blancs rencontrent plus de restrictions pour rentrer. Les enfants noirs et handicapés sont plus souvent placés dans des familles blanches que des enfants noirs non handicapés au RU.
- Sur le handicap : les enfants avec des troubles du comportement connaissent plus d'interruptions dans leur parcours/plus de placements différents. Les enfants ayant des problèmes émotionnels/de comportement ont moins de chances de retourner dans leur famille, d'être adoptés ou de sortir du placement. On trouve le même résultat pour les « handicapés mentaux » : ils sont plus souvent placés loin de leur famille. Les résultats sont mitigés en termes de permanence. Peu d'études portent sur le handicap physique/sensoriel avec des résultats contradictoires quant à l'adoption. Les enfants ayant des problèmes familiaux sont plus souvent placés dans des lieux proches (lien de parenté/rerelations). L'étude sur les enfants autistes note leur grande instabilité de placement.
- Peu d'études portent sur la perception des enfants concernés. Les enfants handicapés trouveraient leur environnement plus contraint que les autres enfants et seraient peu informés. Peu de recueil de leur avis sur la permanence qui suppose d'augmenter les moyens de communication (cf. enfants sourds), et le rôle des travailleurs sociaux.
- Peu de recherches sur l'appariement entre les enfants handicapés et leurs lieux de placement. Le match intervient souvent après le placement ou la rencontre. L'intervention de services professionnels est problématique du point de vue de l'identification des besoins et de leur satisfaction. Manque d'outils pour évaluer les besoins des enfants, besoin d'information médicale de qualité, et d'assistance lors du placement. Difficulté d'obtenir de l'information. Moins de contact avec les familles biologiques (peut venir des parents ou de la difficulté pour l'enfant de comprendre la séparation). Une limite à la permanence est l'attitude négative du personnel dans les services : pessimisme vis-à-vis d'une adoption par exemple.

- Le recrutement de personnel non adapté peut mener à des placements de faible qualité. Distinction entre des « spécialistes » et des « généralistes » ayant moins conscience des implications du placement d'un enfant handicapé, les deux pouvant être des « accueillants qui réussissent », pas forcément au sein des mêmes structures. Une formation n'est pas forcément adéquate, pourtant des « accueillants » valorisent ces formations. La difficulté de s'occuper de ces enfants est mise en avant, ce qui explique les interruptions dans les placements. Des tensions et conflits peuvent apparaître entre accueillants et travailleurs sociaux. Les accueillants expriment par ailleurs une grande satisfaction lorsqu'ils créent une relation affective avec l'enfant ou voient leurs évolutions.
- Les manques dans la recherche : selon le handicap, sur les perceptions des enfants ou des accueillants. Peu de travaux sur les bonnes pratiques en termes d'adoption, sur la préparation des accueillants.

### **Conclusion et discussion du papier :**

La recherche pense les individus et non les systèmes. Peu d'études prospectives, ni causales. Manque de recherches qualitatives sur les perceptions des enfants.

Les barrières : invisibilité relative des enfants handicapés dans les services de permanence et manque d'expertise pour consolider cette dernière. Peu d'informations sur les besoins des accueillants et des enfants. Les enfants ayant les plus forts handicaps sont généralement les moins stables, ce qui constitue un challenge à aborder. Une réflexion reste à mener sur l'âge et l'origine des enfants.

Comment les surmonter : comprendre les délais et les blocages. Développer les formations sur le traitement égalitaire du handicap. Recruter plus d'accueillants noirs. Plus de soutiens professionnels.

Ce qui marche : Difficile de répondre. Introduire l'idée de « modèle social du handicap » et des approches englobantes (et non plus individuelles). Augmenter la visibilité des enfants handicapés. Développer les outils de communication plus interactifs pour faciliter les relations entre professionnels, accueillants et enfants.

**Fiche n°40**

**WELNIARZ Bertrand (2007), « Pédopsychiatrie et service de protection de l'enfance : quels liens? », *Perspectives Psy*, vol.46, p. 9-10.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Article académique en psychiatrie. L'article se situe dans le contexte de la loi du 5 mars 2007 et du recentrage de la protection sur l'intérêt de l'enfant. Il s'agit de l'introduction d'un dossier sur la « pédopsychiatrie et protection de l'enfance », paru dans une revue de psychologie.

L'article a comme point de départ les difficultés relationnelles entre les services de la protection de l'enfance et les services de pédopsychiatrie, provenant, selon l'auteur, d'un contexte de partenariat qui serait imposé. L'article s'appuie sur des pratiques cliniques inscrites dans les approches psychanalytique et psycho-dynamique du développement de l'enfant, donnant une « place centrale » à la théorie de l'attachement, et qui se heurtent au pragmatisme des services de protection de l'enfance attachés, quant à eux, aux évolutions législatives d'une part et à une approche plus sociologique et éducative. D'autre part, l'auteur donne comme contexte de sa réflexion l'ouvrage *L'enfant en miette*, de Pierre Verdier (1978). Le développement de troubles psychiques chez l'enfant donne lieu trop souvent à un placement trop tardif empêchant le placement en famille d'accueil. Quand ce n'est pas le cas, le placement accentuerait les troubles de l'enfant sous mesure de protection de l'enfance.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Tout âge et tout type d'accueil. Analyse théorique des liens entre secteur pédopsychiatrique et services de protection de l'enfance.

**Méthodologie**

Analyse appuyée sur la clinique d'un praticien hospitalier et sur des ouvrages clés en matière de troubles psychiques rencontrés par les enfants en protection de l'enfance.

**Résultats et conclusions**

La loi du 5 mars 2007 permet des avancées importantes, pour l'auteur, en termes d'articulation entre les deux secteurs qui sont pourtant inscrits dans des écoles de pensée et dans des communautés de pratique différentes. La protection de l'enfance et la nécessité du signalement rompt le secret professionnel et médical des pratiques cliniques. L'auteur appelle à circonscrire les « territoires » de l'intervention de ces deux secteurs qui se croisent dorénavant dans cet espace commun qu'est l'intérêt et les droits de l'enfant.

**Fiche n°41**

WENDLAND Jacqueline, GAUGUE-FINOT Justine (2008), « Le développement du sentiment d'affiliation des enfants placés en famille d'accueil pendant ou après leur petite enfance », *Devenir*, vol. 20, n° 4, p. 319-345.

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cet article s'intéresse à l'affiliation des enfants placés en famille d'accueil, en prenant en compte la part active que l'enfant y joue, et s'interroge sur la possible existence d'une période clé pour la construction du lien d'affiliation, qui pourrait se dérouler dans la famille d'accueil ou dans la famille d'origine. Cette interrogation s'articule avec l'enjeu de l'âge de l'enfant au moment du placement. L'étude présentée concerne des enfants placés en famille d'accueil, au sein de laquelle une femme se voit confié le rôle d'assistante à la fonction maternelle avec cette particularité que le reste de sa famille est partie prenante du placement (conjoint et enfants).

**Type et âges d'accueil étudiés**

Bien que la question de l'âge ne soit pas la porte d'entrée, l'article porte sur deux cas cliniques : deux filles âgées de 11 et 12 ans, mais qui ont été placées dans leur famille d'accueil tôt, voire très tôt, dans leur vie (5 mois et 8 ans).

**Méthodologie**

L'étude s'appuie sur des observations réalisées à l'Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale d'Hazebrouck (Nord) et concerne une trentaine d'enfants, sur une durée d'un an.

L'article présente deux illustrations cliniques pour servir une démonstration à travers la situation de 2 filles, appelées Marine et Audrey, âgées respectivement de 11 et 12 ans.

Marine est scolarisée en classe de CM2 et placée en famille d'accueil depuis l'âge de 5 mois. Certains de ses frères et sœurs sont également placés, mais dans différentes familles d'accueil. Audrey est scolarisée en classe de 6<sup>e</sup>, elle est placée avec sa sœur aînée en famille d'accueil depuis trois ans. Toutes les deux rencontraient périodiquement la psychologue de l'ASE pour des difficultés liées au vécu de leur placement.

4 outils ont été mobilisés avec les enfants : le test du dessin de la famille (Jourdan-Ionescu et Lachance, 1997), le *Children Apperception Test* (CAT, Boekholt, 1993), l'entretien clinique et l'étude du dossier social.

Les enfants ont été rencontrés à deux reprises à la Direction Territoriale d'Hazebrouck avant le début de la recherche proprement dite.

**Résultats et conclusions**

A travers ces deux situations contrastées, les auteurs veulent montrer que les enfants placés avant l'âge de 3 ans en famille d'accueil pour plusieurs années et qui vont vivre plus de temps avec cette famille que dans leur famille biologique, semblent s'affilier à leur famille d'accueil plutôt qu'à leur famille d'origine et qu'à l'inverse, des enfants placés plus tardivement et ayant vécu dans leur famille d'origine plus longtemps, semblent construire leur affiliation par rapport à leur famille biologique.

Les auteurs veulent souligner que si un parent a le droit d'abandonner son enfant, l'enfant n'a pas le droit de faire le deuil de ce parent : la prise en charge, axée sur le maintien des liens, ne le lui permettrait pas. Les auteurs ne remettent pas en cause le maintien d'un lien créé, mais plutôt le retard de décision avant l'affiliation de l'enfant et le maintien des liens et contacts avec les parents d'origine lorsque l'enfant s'est affilié non pas à eux mais à sa famille d'accueil.

D'autre part ils soulignent que le placement précoce, lorsqu'il est nécessaire, est celui qui semble occasionner le moins de troubles psychologiques à long terme pour l'enfant.

Cependant, au-delà de l'âge lors du placement, d'autres facteurs entrent en jeu dans le processus d'affiliation des enfants placés et restent peu explorés, soulignent les auteurs,, notamment l'attitude des parents vis-à-vis du placement, la possibilité du retour et les raisons du placement.

Tout comme l'attachement, l'affiliation correspond à un besoin primaire et précoce selon les auteurs, avec un enjeu pour la construction identitaire et le développement de l'enfant.



**Fiche n°42**

WINOKUR Marc, HOLTAN Amy, VALENTINE Deborah (2009), 'Kinship care for the Safety, and well-being of children removed from the home for maltreatment', *Campbell Systematic Reviews*, n°1, The Campbell Collaboration.

**Objet et contexte de recherche/étude**

Cette revue de littérature produite par des chercheurs américains vise à évaluer, à travers les études produites, quel type de placement est préférable pour l'enfant, entre famille d'accueil et placement dans la famille élargie (y compris amis de la famille), en termes de sécurité, continuité et bien-être de l'enfant. Aux Etats-Unis, le placement chez des tiers s'est récemment développé comme alternative en protection de l'enfance, avec ou sans intervention des services spécialisés, dans la lignée du *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* de 1996 qui demande explicitement à ce que cette solution soit priorisée. L'Australie a également développé les placements dans la famille élargie, en augmentation. Au Royaume-Uni, des dispositions législatives ont également encouragé cette orientation. L'accueil dans la famille élargie est controversé, notamment du fait que les accueillants reçoivent moins d'aide financière et moins de services que les familles d'accueil, et qu'ils ne sont pas soumis à un agrément.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Evaluation comparative du placement familial et du placement dans la famille élargie pour des enfants retirés de leur milieu familial pour cause de maltraitance, avec l'accord des services sociaux (hors accueils informels et totalement privés).

**Méthodologie**

62 études ont été prises en compte et les résultats évalués portent essentiellement sur le développement comportemental de l'enfant et sa santé mentale et la stabilité du placement.

Les études concernent 6 pays : Etats-Unis, Australie, Israël, Pays-Bas, Norvège et Suède.

La différence majeure entre ces pays est qu'en dehors des Etats-Unis, le recours au placement à long terme est plus fréquent, les enfants continuant en entretenir des liens avec leurs parents. En Israël et en Suède, ce placement à long terme se fait plutôt dans le cadre d'un établissement.

Les études retenues sont expérimentales ou quasi-expérimentales et comparatives des deux modes d'accueil. Elles portaient sur des enfants qui avaient passé au moins 50% de leur placement dans la famille élargie (hors accueils informels). Elles s'intéressaient aux effets du placement sur l'enfant du point de vue de son bien-être, de sa sécurité et de la continuité.

Selon le type de résultat étudié, certaines études étaient prises en compte selon qu'elles proposaient des données sur cet indicateur. Cependant, certaines d'entre elles ne présentant pas de statistiques significatives sur l'indicateur, les résultats n'ont pas été retenus.

## Résultats et conclusions

### Encart sur les familles accueillantes

Comparés aux familles d'accueil, les accueillants dans la famille élargie, selon une étude de Cuddeback en 2004, sont plus âgés, plus souvent : célibataires, moins éduqués, inactifs et pauvres. Ils sont en moins bonne santé, et reçoivent moins de formation, ont accès à moins de services et aides financières. Finalement, les enfants placés dans ce contexte auraient aussi moins de chances de retourner dans leur famille, sans l'intervention des services pour maintenir le lien avec les parents d'origine.

### Développement comportemental

Les enfants confiés à la famille élargie présentent moins de troubles du comportement externe ou interne que les enfants en famille d'accueil (base : 10 études). Ils avaient par ailleurs un meilleur niveau de compétence (base : 5 études).

### Santé mentale

Les enfants en familles d'accueil étaient 2,5 fois plus exposés à des troubles mentaux que les enfants accueillis en famille élargie (base : 4 études). Ces derniers présentaient 1,9 fois plus une bonne santé émotionnelle (base : 3 études).

### Stabilité du placement

Les enfants en placement familial ont 2,6 fois plus de risques de connaître 3 à 4 lieux de placements que les enfants confiés à la famille élargie (base : 4 études).

### Continuité

Les enfants placés en famille d'accueil ont davantage de chance d'être adoptés que ceux accueillis dans la famille élargie (base : 6 études).

Les enfants accueillis dans la famille élargie ont plus de chances d'avoir un parent qui assume l'autorité parentale que les enfants en famille d'accueil (base : 4 études).

### Accès aux services

Les enfants en famille d'accueil ont plus accès aux services de santé mentale que les enfants placés dans la famille élargie (base : 9 études).

Ainsi, d'après ce travail, les enfants accueillis dans la famille élargie auraient moins de problèmes de comportement et de développement et de santé mentale, ils présenteraient de meilleurs résultats en termes de bien-être, de stabilité du lieu de placement et de la personne qui s'occupe d'eux que les enfants en famille d'accueil.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la durée de placement, les relations familiales ou les niveaux d'éducation.

Les enfants accueillis dans la famille élargie ont moins de chances d'être adoptés mais aussi d'être suivis par les services de santé mentale.

### Limites des résultats

Les auteurs du rapport insistent sur le fait que bien que présentant des résultats favorables au placement dans la famille élargie, celui-ci suppose que des professionnels aient évalué les besoins de l'enfant et son intérêt ainsi que la capacité de la famille élargie à y répondre.

L'analyse comportementale défavorable au placement familial est à relativiser selon les auteurs dans la mesure où on manque d'évaluation du comportement de l'enfant au moment du placement. De plus, les familles d'accueil ont plus tendance à rapporter les problèmes de comportement ou de santé mentale que les proches, plus prompts à banaliser certains comportements. Les familles d'accueil étant plus proches du système de protection cela pourrait aussi expliquer pourquoi les

enfants en placement familial fréquentent davantage les services de santé mentale. D'autant que les familles d'accueil sont suivies et formées et de ce fait dépistent davantage de problématiques et sont mieux à même de proposer l'orientation. D'un autre côté, il est possible que les enfants les plus en difficulté soient davantage placés en famille d'accueil que dans la famille élargie.

**Fiche n°43**

WULCZYN Fred, VESNESKI William, HUHR Scott, MONAHAN-PRICE Kerry, MARTINEZ Zach, VERHULST Christian, WEISS Ava (2016), 'The Value-Added Impact of Fast-Track Adoption Policy on Adoption Rates', *Global Social Welfare*, n°3, p. 97-106.

**Objet et contexte de recherche/étude**

Aux Etats-Unis, les Etats disposent d'une certaine latitude dans l'application du cadre fédéral législatif concernant l'adoption. En principe, avant toute adoption d'un enfant placé, l'Etat doit avoir mis en œuvre un travail visant la réunification familiale. C'est seulement quand cela n'a pas été possible, malgré les tentatives, que la suppression des droits parentaux est possible, ouvrant à l'adoption. Selon la loi, la suppression des droits parentaux est possible en cas de maltraitance sévère ou abandon des parents et à partir d'une certaine durée de placement selon la loi AFSA (*Adoption and Safe Families Act*, 1997) : au bout de 15 et 20 mois de placement (en famille d'accueil) l'Etat peut accélérer la procédure d'adoption.

La recherche ayant pu montrer que l'adoption apportait des bénéfices pour les enfants du point de vue développemental, les Etats pourraient ainsi vouloir favoriser l'adoption et l'accélérer, dans l'intérêt de l'enfant, qui doit primer sur les droits des parents dans l'esprit de la loi américaine.

Des études précédentes ont montré que certains Etats jouent sur les critères de suppression des droits parentaux, qui varient, dans la pratique, entre 7 et 22 critères.

D'autre part, certains Etats ont raccourci les durées de placement maximum avant une adoption par rapport aux durées précisées dans la loi (15 à 22 mois).

Cet article cherche à mettre en lumière si, dans certains Etats des Etats-Unis, une politique active en termes de suppression des droits parentaux se traduit par une augmentation des adoptions.

**Type et âges d'accueil étudiés**

L'adoption en lien avec une politique de suppression des droits parentaux. Âges non spécifiés.

**Méthodologie**

Etude comparative entre plusieurs Etats des taux d'adoption avec mise en lien de leur politique en termes de suppression des droits parentaux : soit par l'élargissement des critères, soit par la réduction des périodes de placement qui l'autorisent. Les auteurs cherchent aussi à voir si la fin du placement correspond à une adoption ou à un autre motif (retour dans la famille biologique, accueil dans la famille élargie, fugue, changement géographique de lieu de placement, ou encore raison inconnue).

Au total, 214 286 enfants de 18 Etats ont été inclus dans l'étude, ils avaient été placés pour la première fois entre 2006 et 2007 et n'étaient plus placés au 31 décembre 2013.

L'hypothèse de la recherche était que les Etats qui ont les critères les plus bas pour prononcer une suppression des droits parentaux seraient les Etats aux plus forts taux d'adoption.

L'étude met donc en regard la manière dont l'Etat applique la loi en matière de suppression des droits parentaux, son taux d'adoption et les chiffres de placement : âge au placement, ethnicité, genre, type de placement.

## Résultats et conclusions

### Les enfants placés

Parmi l'échantillon d'enfants, les moins de 6 ans représentaient 55%, dont les bébés à eux seuls représentaient 23%.

Près d'1 enfant sur 5 étaient adopté (19%). L'adoption concerne d'abord les bébés (41%) et diminue avec l'âge de l'enfant (2% d'adolescents).

### Politique de l'Etat en termes d'adoption

Les critères de fin de droits parentaux sont de 4 ordres : présence physique, maltraitance à l'enfant, maltraitance à un membre de la famille, compétences parentales (*parental fitness*). Sans doute parce que cette dernière catégorie est centrale dans la politique de protection de l'enfance, les Etats ont décrit 12 formes de compétences parentales qui permettent de prononcer rapidement une suppression de droits parentaux, qui ne se recoupent pas particulièrement dans les 18 Etats de l'étude. Les critères les plus fréquemment mentionnés étaient la maladie mentale des parents et une précédente suppression des droits. La deuxième catégorie de critères est celle de la maltraitance à l'enfant. Tous les Etats ont listé le meurtre, l'abus sexuel et les dommages physiques sévères comme motifs d'accélération de la procédure. Dans les autres catégories, seul l'abandon était commun à tous les Etats de l'étude. Les Etats avec la politique la plus appuyée (10 sur les 18 de l'étude) ont tendance à ajouter des critères, dont le nombre varie de 7 à 20.

### Taux d'adoption

Quelle que soit la politique de l'Etat en termes d'accélération de la procédure, les résultats sont les mêmes au cours de la première année d'admission de l'enfant, où il y a très peu d'adoptions, ce qui s'explique par l'obligation pour les services de protection de l'enfance de travailler au retour de l'enfant dans sa famille.

Les adoptions démarrent donc au bout d'un an et se poursuivent jusqu'à 4 ans de placement puis retombent progressivement.

Les bébés sont adoptés plus vite que les enfants plus âgés, et les enfants placés en famille d'accueil sont plus vite adoptés que les enfants placés en établissement, mais moins vite que les enfants placés dans la famille élargie.

Les enfants noirs sont moins adoptés que les enfants blancs ou d'autres ethnies.

### Effets des politiques de l'Etat en termes d'adoption sur les taux d'adoption

L'étude montre que les Etats qui ont adopté une durée maximum de placement avant procédure, plus courte que celle imposée dans la loi AFSA, n'ont pas d'adoption plus rapide. De même, les différents taux d'adoption ne s'expliquent pas par une politique forte en la matière (des critères extensifs par rapport à la loi).

Les Etats avec une durée maximum de placement avant procédure plus courte ont en fait moins d'adoptions dans les trois premiers mois de placement.

**En conclusion**, l'article souligne que les taux et les parcours d'adoption ne dépendent pas d'une volonté politique plus rigoriste en matière de suppression des droits parentaux.

Cependant l'étude ne permet pas de savoir si les enfants qui ont été adoptés entraient dans les critères d'accélération de la procédure, d'autant que ces critères pourraient s'appliquer davantage aux adolescents qu'aux plus petits, alors qu'ils sont moins facilement adoptés.

La suppression des droits parentaux n'est qu'une étape, trouver une famille adoptive en est une autre. Or, les moyens mis sur l'adoption pourraient se faire au détriment des enfants qui ne sont pas adoptés.

Enfin, les auteurs n'excluent pas que les politiques locales puissent avoir eu un effet au début, mais qu'avec le temps, cet impact diminue.

**Fiche n°44**

**YTHIER Hubert (2013), « L'enfant en danger peut et doit être protégé à l'hôpital », *Enfances & Psy*, n°60, p. 102-106.**

**Objet et contexte de recherche/étude**

Dans le contexte de la réforme du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, l'auteur, pédiatre et praticien hospitalier, pointe dans ce court article de 5 pages la nécessité de conserver la capacité de protection de l'hôpital articulée au secteur de l'enfance en danger.

**Type et âges d'accueil étudiés**

Jeunes enfants bénéficiant d'une mesure de protection. Accueil à l'hôpital articulé à une mesure de protection de l'enfance.

**Méthodologie**

Analyse historique des 30 dernières années et des évolutions des points de contact entre services hospitaliers et ASE. Etude de pratiques professionnelles à partir du cas du centre hospitalier de Roubaix, implanté sur un territoire socialement et économiquement défavorisé.

Trois acteurs majeurs sont présents dans l'analyse : l'hôpital, l'ASE et la PMI.

Les cas analysés sont ceux de l'enfance maltraitée et de sa prise en charge à l'hôpital en partenariat avec les services spécialisés de police et de gendarmerie.

**Résultats et conclusions**

La brève étude fait état de constats de terrain suivants :

- Les hospitalisations pour situation de danger ou de maltraitance sont en diminution.
- La durée de ces hospitalisations diminue.
- Le temps d'orientation vers des structures d'accueil familial (Famille d'Accueil) ou institutionnel (Foyer de l'enfance, Mecs) est réduit.
- L'hôpital est saisi très rapidement lorsque la situation de danger est constatée et tend à médicaliser les problématiques sociales rencontrées par les familles avant placement.

L'étude préconise de redonner une place à l'hôpital en partenariat avec la protection de l'enfance comme acteur de la protection.