

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE
FACULTE DE MÉDECINE DE MARSEILLE
ECOLE DOCTORALE : Sciences de la vie et de la Santé

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 2 octobre 2012

Par Mr le Dr Guillaume Bronsard

Date et lieu de naissance : 26 Septembre 1970 à Marseille

TITRE DE LA THÈSE :

**Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés
L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de
l'enfance en danger**

Pour obtenir le grade de DOCTORAT d'AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ

SPÉCIALITÉ : Recherche Clinique et Santé Publique

Membres du Jury de la Thèse :

Dr MC Siméoni, Marseille (Dir de Thèse)
Pr P Duverger, Angers (Rapporteur)
Pr M Botbol, Brest (Rapporteur)
Pr S Tordjman, Rennes
Pr M Rufo, Marseille
Pr C Lançon, Marseille

A Nathalie Bruneau, qui agrandit le monde et les choses.

A mes enfants Sarah, Lou, Alex et Elle et l'enfant d'autres, avec qui je vis, Charlotte. Pour qu'ils s'imbibent sans trop de peine et de lourdeur de la gravité des choses, qui seule peut faire la vie belle et significative.

A mes parents, sœur et frère et leurs alliés.

A mes amis.

A trois pédopsychiatres vivants, figures qui ont construit mes repères professionnels débordant largement sur le reste de mes pensées et conduites :

Marcel Rufo, puissant professeur en énergie et en empathie soignantes, permettant par simple référence à lui de relancer et parfois de réanimer ce qui s'endort, se dégrade ou meurt.

Sylvie Tordjman, pour sa force peu limitée de production et d'organisation d'idées transmissibles et diffusables, et ses poussées formidables et durables pour que produisent ceux qui ne le faisait pas.

Eric Cao, porteur et gardien de l'intransigeance éthique et intellectuelle, couteuse, qui apaise le malheur des autres.

Remerciements

Directrice de Thèse

Dr Marie-Claude Siméoni, pour sa permanence, sa rassurante disponibilité, ses désirs, techniques ou stratégies efficaces qui ont construit et amélioré sans cesse les dimensions de ce travail.

Membres du Jury

Le Pr Philippe Duverger, pour sa capacité à présenter et à enseigner en accordage parfait douceur et consistance au service des humanités

Le Pr Michel Botbol, pour la subtilité et l'élégance de ses pensées, pour son art minutieux et enthousiaste de l'agencement des connaissances et du savoir

Le Pr Christophe Lançon, qui m'a conduit le premier vers la fabuleuse histoire de la pensée des individus et de ses troubles, et appris à ne jamais brader ni évacuer l'émotion que l'on doit aux hommes dans le malheur.

Directeur du Laboratoire de Santé Publique

Le Pr Pascal Auquier, pour son impressionnante rapidité à accueillir, et à savoir ce qu'il faut et comment il faut faire, écrire et aller chercher. Un haut conseiller en réussite.

Au Professeur Amine Benjelloun, pour la force et le raffinement de sa pensée, au service des choses belles et justes.

Je remercie le Conseil Général des Bouches-Rhône, et en particulier

Le Dr Michel Amiel, Vice Président du Conseil Général, pour l'importance de l'intérêt qu'il porte et l'espoir qu'il transmet pour la recherche d'une articulation efficace et sereine entre la médecine et le champ du travail social, portés par ses certitudes humanistes.

Mr Jehan-Noel Filatriau Directeur Général Adjoint à la Solidarité qui sait et croit que la démarche de recherche peut se développer dans le champ ancien de la protection sociale, et améliorer la condition des plus affaiblis.

Leur soutien et relances permettent la réalisation des projets.

Je remercie cette collectivité d'avoir pu me confier quelques uns des enfants qu'elle protège dans l'espoir solide que l'on fasse mieux pour eux.

Yves Paris pour sa capacité à mêler la générosité et la liberté qui améliore la condition des perdus.

Les équipes des institutions qui ont encadré mon travail : La Maison Départementale de l'Adolescent et le Centre Médico-Psycho-Pédagogique Départemental, ou qui l'ont anciennement amorcé : l'UPPSI de Porto-Vecchio.

Les collègues éducateurs, juges pour enfants, responsables de l'ASE du CG13 avec qui j'ai pu construire l'ensemble des idées et des données.

Les adolescents des foyers.

Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés.

L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger.

Résumé

250 000 enfants sont impliqués dans les dispositifs de l'Aide Sociale à l'Enfance ; 135 000 sont placés. Ils devraient présenter des taux élevés de troubles mentaux car la raison principale qui conduit au placement, le dysfonctionnement familial sévère et durable, est aussi un facteur de risque largement reconnu au développement de la plupart des troubles mentaux survenant dans l'enfance. Les rares études d'épidémiologie pédopsychiatrique réalisées auprès de cette population spécifique et repérable dans quelques pays anglo-saxons et germaniques, affirment effectivement des taux dépassant volontiers les 50%. Ces enfants sont paradoxalement peu pris en charge par les dispositifs de pédopsychiatrie, car la place des parents, ici défaillants, y est en général essentielle et l'articulation entre les professionnels des champs socio-éducatif et médico-psychologique est médiocre. Le contact avec les services de pédopsychiatrie se fait volontiers par les urgences en situation de crise comportementale. Après avoir décrit l'histoire de la « protection de l'enfance » et de la pédopsychiatrie, notamment leur construction concomitante et entremêlée à partir du 19^{ème} siècle, nous analysons les points favorisant et défavorisant leur rencontre. Nous envisageons aussi les possibilités et les freins à la recherche scientifique en milieu socio-éducatif.

Nous présentons ensuite les résultats de deux études menées auprès d'adolescents placés en foyers du département des Bouches-du-Rhône : une étude de prévalence des troubles mentaux et une étude de leur Qualité de la Vie et des liens de ces valeurs avec les troubles mentaux. Les résultats montrent des taux de troubles mentaux 5 fois plus élevés qu'en population générale, en particulier chez les filles, avec des profils pathologiques spécifiques et une expression inhabituelle des besoins en santé mentale dégradant les possibilités de dépistage. Ces données, les premières en France décrivant objectivement une dimension de l'état de santé mentale des enfants placés, doivent constituer une base de connaissance partageable entre les très nombreux intervenants d'origine professionnelle et disciplinaire très variés, préalable indispensable à un travail de collaboration incontournable mais actuellement non significatif. Pour renforcer l'effet « collaboratif », la démarche de Recherche-Action apparaît importante.

L'amélioration du service médico-psychiatrique à donner aux enfants placés, qui ont été des modèles vivants pour les théories modernes de la pédopsychiatrie, peut s'envisager à travers nos travaux par trois axes non dissociables :

-Développement de cadre de rencontres interprofessionnelles coordonnés et régulés

-Mise en place d'une démarche de formation et de recherche de long à très long terme focalisée sur l'enfant et l'adolescent placé, notamment en épidémiologie descriptive, et en favorisant la méthode de la Recherche-Action

-Création de dispositif spécifique permettant la mise en place de soin psychique régulier et volumineux au côté du travail éducatif et pédagogique toujours nécessaire, pour les cas les plus graves et mal contrôlés par le partenariat interinstitutionnel.

Evaluation of mental health among adolescents in "out-of-home care".

Epidemiology in the help of child psychiatry in the child welfare system

Abstract

250 000 children and adolescents are involved in the child welfare system in France. 135 000 are living in « out-of-home care ». These children should have high rates of mental disorders because the severe familial dysfunction which drive them in these social institutions is a wellknown risk factor for the main mental disorders too. Prevalence studies of mental disorders among this very specific population are rares and have been held in anglo-saxon or germanics countries. They show mental disorders rates above 50%. However, their access to regular mental services is weak, because of failing parents and the poverty of the partnerships between social workers and child mental health professionals. These adolescents often meet child psychiatry through emergency during a behavioral crisis.

We describe, in a first part, the history of child welfare system and of the child psychiatry, in particular through their co-construction since the 19th century. We analyze the elements influencing their partnerships. We examine too the difficulties to organize scientific research in the field of the child welfare.

We presents, then, the results of two studies among adolescents living in residential group homes in the county of Bouches-du-Rhône (France) : a prevalence of mental disorders study and a Quality of Life study including the links between these values and the mental disorders. Results show mental disorders rates five times more frequents than in general population, and much more among girls, with specific psychopathologic profiles and an irregular expression of mental health needs degrading the screening . These data are the first in France. They describe objectively a dimension of the mental status of these adolescent. They should constitute an easy sharable database for the very numerous and varied professionals involved in taking care of these adolescents, precondition for the very necessary partnership, actually no singnifiant. In order to improve the « collaborative effect », the Action-Research method seems very useful.

Finally, our work underline three not dissociable axis for the necessary improvement of the mental health services we have to bring to these adolescents :

- Developpement of specific, coordonated and regulated frame of interprofessional meeting.
- Implementation of research and training focused specifically in placed adolescent in long term, in particular in descriptive epidemiology, and favoring Action-Resarch method.
- Creation of a dedicated institution allowing concomitant implementation of specific mental health cares, and socio-educative and pedagogic work for the most severes cases, out of control by inter-insitutional work.

Sommaire

Introduction générale	1
Première Partie	
L'enfant placé, son psychisme, ses troubles et leurs traitements	7
1 Les enfants placés, une population de circonstance	9
1.1 Evolution historique du placement des enfants	9
1.1.1 XVI-XVII-XVIIIèmes siècles : Sauver la vie des enfants trouvés	9
1.1.2 XIXème siècle : La protection de l'enfant	10
1.1.3 XXème siècle : Hygiénisme, soins et psychologisation	12
1.2 Le placement des enfants actuellement en France	15
1.2.1 Nombre d'enfants placés , critères de choix et type de placement	16
1.2.1.1 Histoires locales et postures du moment	16
1.2.1.2 Les fins de placements	18
1.2.1.3 Dispositifs alternatifs aux placements	18
1.2.2 Difficultés de quantification et de mesures, difficultés pour l'analyse et la recherche	19
2 La médecine infantile et la pédopsychiatrie face aux enfants placés : étapes historiques d'une co-construction	21
2.1 Les enfants placés et abandonnés, étape remarquable de la pédiatrie moderne ?	23
2.2 Les enfants placés, séparés, abandonnés, aux origines de la pédopsychiatrie moderne ?	25
2.2.1 Jean Itard et le sauvage de l'Aveyron	25
2.2.2 L'institut Théophile Roussel	27
2.2.3 La clinique de Neuropsychiatrie infantile du Georges Heuyer	28
2.2.4 La problématique de la séparation précoce et la carence de soin maternel : nouvelle collusion intense entre les enfants placés et la pédopsychiatrie	32
2.2.5 L'intérêt de la pédopsychiatrie pour l'adolescence et sa violence	35
2.3 Les dispositifs médicaux actuels impliqués auprès des enfants placés	40
2.3.1 La Protection Maternelle et Infantile (PMI)	42
2.3.2 La pédiatrie sociale ?	42
2.3.3 La pédopsychiatrie auprès des enfants placés	43

Deuxième partie :

Epidémiologie psychiatrique et Qualité de vie des adolescents placés

3 La recherche médicale auprès des enfants placés.	47
3.1 Disciplines médicales impliquées auprès des enfants placés	49
3.1.1 L' « enfant placé » comme sujet de recherche en soi	49
3.1.1.1 Traduction en anglais des termes habituellement utilisés au sujet des enfants placés	49
3.1.1.2 Revues internationales dans le champ médical ou multidisciplinaire centrées sur le thème des enfants placés	54
3.1.1.3 Centres ou laboratoires de recherche orientés sur la santé des enfants placés	56
3.2 Epidémiologie psychiatrique chez l'enfant placé	59
3.2.1 L'épidémiologie en pédopsychiatrie	60
3.2.1.1 Epidémiologie psychiatrique et épidémiologie en santé mentale en pédopsychiatrie	62
3.2.1.2 Les outils et instruments permettant d'obtenir des diagnostics médico-psychiatriques	65
3.2.2 Epidémiologie psychiatrique auprès des enfants impliqués dans la protection de l'enfance	69
3.2.3 Epidémiologie des troubles mentaux chez les adolescents vivant en foyers sociaux dans le département des Bouches-du-Rhône	73
3.2.3.1 Méthode de l'étude	73
3.2.3.2 Résultats	77
3.2.3.3 Discussion et analyse des résultats	78
3.2.3.4 Conclusion de l'étude	85
3.2.3.5 <i>Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes (Article publié)</i>	87
3.3 Etude de la Qualité de la vie des enfants placés	93
3.3.1 Présentation de la démarche d'étude de la Qualité de la Vie	93
3.3.2 Les études de QV chez les adolescents	95
3.3.3 La QV chez les enfants placés	95

3.3.4	Etude de la QV des adolescents placés dans les foyers sociaux du Département des Bouches-du-Rhône	97
3.3.4.1	Méthodologie	99
3.3.4.2	Résultats	101
3.3.4.2.1	Caractéristiques remarquables de l'état et de la biographie des adolescents placés, et comparaison avec la population générale	102
3.3.4.2.2	Mesure de la QV chez les adolescents placés	104
3.3.4.2.3	Impact des variables sexe, âge, troubles mentaux externalisés et non externalisés sur la QV des adolescents placés	106
3.3.4.3	Discussion	108
3.3.4.4	Conclusion	114
3.3.4.5	<i>Quality of Life and mental disorders in adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System</i> (Article soumis et accepté)	116

Troisième Partie

Les données de la recherche au service du soin en santé mentale auprès des adolescents placés

4	Les difficultés de la pratique pédopsychiatrique auprès des enfants placés et ses remèdes	137
4.1	Etablissement d'un cadre institutionnel d'articulation interprofessionnelle	140
	<i>Les MDA ont-elles un rôle spécifique dans le traitement de la violence ?</i> (Article publié)	149
4.2	La Recherche Action Formation en psychiatrie de l'enfant dans les dispositifs de protection d'enfance	153
4.2.1	La démarche de Recherche-Action	156
4.2.1.1	Principes et histoire de la Recherche-Action	156

4.2.1.2	Les études prévalence et de la Qualité de Vie chez les adolescents vivant dans foyers sociaux des Bouches du Rhône, correspondent elle à une Recherche-Action ?	157
4.2.2	Utilisation des données obtenus par les travaux de recherches et formation inter-professionnelle	159
4.2.2.1	Exemple d'approche explicative multidimensionnelle pour la construction d'une dynamique multidisciplinaire : Pourquoi les filles des foyers sont elles aussi agitées que les garçons ? (Article publié)	159
4.2.2.1.1	La rencontre clinique en pédopsychiatrie	161
4.2.2.1.2	La recherche en pédopsychiatrie	163
4.2.2.1.3	Apports des études dans le champ des neurosciences pour comprendre les troubles externalisés et les comportements violents	164
4.2.2.1.4	Données des champs psychopathologiques et environnementaux	166
4.2.2.1.5	Conclusion	169
4.2.2.1.6	<i>Adressing, understanding and treating conduct disorders in adolescents through psychoanalysis and neuroscience : towards a disappearance of sex-differences</i> (Article publié)	171
4.3	Projets de dispositifs spécifiques ou dédiés à la santé mentale des enfants placés	176
4.3.1	Situations cliniques nécessitant des moyens spécifiques mixtes	177
	Conclusion générale	181
	Références	183

Introduction Générale

Ce travail s'inscrit d'emblée dans un paradoxe. La problématique conceptuelle de la démarche scientifique stricte est simple, puisqu'il s'agit principalement de mesurer le taux de certaines maladies dans un groupe identifié. Mais la destinée de cette mesure est ambitieuse. Elle doit modifier, améliorer de façon significative et si possible durable l'état psychique d'une population désignée et repérable que sont les enfants impliqués dans le dispositif de protection de l'enfance. Ils sont 250 000 en France, dont la moitié placés, vivant en dehors de chez eux.

Ces enfants et adolescents sont donc nombreux, repérés, listés, observés. Une masse importante d'informations les concernant est disponible, mais une masse encore plus importante d'informations nécessaires pour les connaître et les comprendre et donc modifier leur condition est manquante. Ces enfants sont ceux dont les parents ou la famille n'ont pas réussi à mettre en place les cadres de développement suffisamment rassurants. Et pour lesquels l'absence ou l'insuffisance de ce cadre est assez visible ou que les conséquences supposées de cette insuffisance soient perceptibles par l'environnement, inquiété au point de signaler la situation aux administrations.

Ce groupe est celui des enfants maltraités, abusés ou plus largement, négligés, et perçus par la société comme tel. Elle désigne ce groupe « enfance en danger », c'est-à-dire en danger d'avenir. Ils sont tout-à-fait vulnérables. Leur vulnérabilité peut hélas s'exprimer par des comportements induisant peu de compassion, ou en tout cas une compassion rarement durable : mises en danger, toxicomanies, conduites d'agression contre soi, ou « pire », contre les autres, échecs de scolarité ou d'adaptation en tout genre, y compris à ce qu'on leur propose pour les aider, pour compenser leurs histoires et parfois leurs traumatismes, tel qu'on le suppose. Il faut les protéger, parfois en se protégeant d'eux. Les rassurer, les calmer, améliorer leur condition est bien difficile.

De très nombreux professionnels s'occupent pourtant d'eux : éducateurs, assistantes sociales, juges, pédopsychiatres, pédiatres, psychiatres, psychologues, pédagogues,

rééducateurs variés, veilleurs, familles d'accueil...parfois des sociologues, mais aussi des bénévoles, des animateurs...

Mais certaines informations devraient choquer les professionnels qui s'en occupent : plus de 25% des « sans abri » ont été impliqués dans le dispositif de protection de l'enfance (Susser et al, 1991). Une personne incarcérée sur cinq a été placée en foyer ou en famille d'accueil (Duburcq, 200). Et s'il est admis que les enfants de la protection de l'enfance accèdent peu et mal aux dispositifs d'aides appropriés (Ford et al, 2007), les hôpitaux de jour de psychiatrie de l'enfant (HDJ) en accueillent une proportion très élevée : 75 à 95% des HDJ de la région de Saint Etienne (Berger, 2009). Ce même auteur rappelle que plus de la moitié des « clients » dépendant au quotidien et au long cours de certaines institutions psychiatriques ont subi sévices ou abus pendant leur enfance (Berger, 2009).

La multitude d'intervenants nécessaire amène des cultures professionnelle et théorique différentes, sans cadre conceptuel de rencontre interprofessionnel formalisé. Cette dysharmonie, associée aux émotions ambigües et paradoxales induites, ou attribuées à ces enfants, perturbe la qualité des réponses professionnelles qui leur sont nécessaires.

Les dysfonctionnements familiaux précoces, sévères et durables sont associés à une masse étonnante de troubles, d'inadaptations, d'échecs en tout genre, comme nous le détaillerons plus loin, chez les enfants, les adolescents mais aussi les adultes. L'avenir est facilement désastreux pour ces individus, parfois pour leurs proches, mais aussi très coûteux et tout-à-fait insatisfaisant pour la société. Ces enfants sont en effet repérés, par leur histoire et leur vulnérabilité, parfois très tôt, les facteurs de risques sont assez bien connus, et le cours des choses paraît pourtant se dérouler simplement et inéluctablement.

Modifier ce déroulement constitue l'ambition et l'espoir de ce travail. Il faut cependant circonscrire son champ, limiter ses objectifs, choisir ses méthodes pour l'envisager réaliste. S'éloigner de l'immensité confuse de la recherche des liens entre malheur de l'enfance et malheur de vie. Il s'agit ici, plus précisément de réaménager la rencontre de la pédopsychiatrie avec la protection de l'enfance. En étudiant différemment cette population d'enfants et d'adolescents, afin d'organiser, de réguler la rencontre avec cette discipline médicale qu'est la pédopsychiatrie. La démarche

scientifique présente une force qui pourra être fédératrice pour les divers professionnels, et contribuer à la construction d'un cadre de réflexion, de décision et de création de procédures ou de dispositifs organisés par des repères objectifs et partageables.

L'intérêt de la pédopsychiatrie pour les problématiques sociales ou de l'enfance en danger n'est pas inédit. En France, Georges Heuyer aux amorce de la discipline dans les années 1930, est allé chercher les enfants dans les rues et les foyers ; Pierre Mâle avait dans les années 1950 développé des dispositifs pour enfant en détresse sociale ; Michel Soulé et Jeannine Noel, Myriam David, Hubert Flavigny puis Phillippe Jeammet ou encore Maurice Berger se sont engagés, de façon plus ou moins exclusive sur ce sujet, l'arrimant à la pédopsychiatrie, aux côtés d'autres sujets historiques comme les psychoses infantiles, l'anorexie mentale ou l'autisme....En Angleterre, Jonh Bowlby, par ses recherches et théorisations sur l'attachement, ou Michael Rutter, notamment par ses recherches prospectives et ses études sur les enfants vivant « en dehors de chez eux » (*out-of-home care*) se sont régulièrement présentés sur ce sujet.

Si quelques revues scientifiques se sont spécialisées sur ce thème, il existe actuellement peu d'équipes de recherche annonçant des axes ou des missions à propos de ce thème spécifique. Il n'existe pas de corpus théorique et de recherche unifié, en particulier en France. Les données et les réflexions existent dans les champs psychologique, pédagogique, psychiatrique, pédiatrique, démographique, juridique, sociologique, de l'éducation spécialisée, philosophique etc...Chacun de ces champs propose et produit des données par des méthodes, des langages qui ne peuvent être d'emblée transversaux ou concordants.

Cette discordance pourrait être un des freins puissants mais camouflés au travail « inter disciplinaire ». Les discours enthousiastes du « travailler ensemble », « dans l'intérêt commun de l'enfant » aggravent certainement le malaise des professionnels face au constat de la faiblesse et de l'indigence des effets positifs de nos actions que rapporte par exemple Maurice Berger (Berger 2009).

Nous verrons l'importance de l'état psychique des professionnels, de leur représentation des enfants mais surtout de leurs propres actions...Ceci doit conduire à une analyse sereine et claire de l'état actuel, à recenser les outils, méthodes ou

procédures ayant montré une efficacité, même modeste ou au contraire des effets détériorant. L'indispensable modestie de la position professionnelle, n'est absolument pas contradictoire avec le volume de l'ambition. Mais elle est sûrement le garant indispensable au réalisme, qui est la meilleure prévention de la désillusion.

Le Dr Louis Ferdinand Destouches (dit Céline), écrivait dans une correspondance au Dr Boudreau, de qui il souhaitait une aide pour développer la médecine sociale, qu'il fallait « *en finir avec les bafouillages philanthropico-clinique où est cantonnée la médecine sociale aujourd'hui* ». C'était en 1923. Il proposait pour cela d'arriver à une évaluation objective des éléments en jeu, des effets produits par les actions.

Nous supposons que les enfants et adolescents impliqués dans la protection de l'enfance présentent de hauts taux de troubles mentaux, peut être spécifiques. Parce que leurs histoires les amènent. Nous supposons que ces troubles sont mal dépistés et mal soignés, camouflés par la misère et ce qu'elle induit de compassion, mais qu'ils participent pourtant à l'avenir désastreux de certains de ces enfants, et impliquant par la suite d'importants moyens de régulation, aussi coûteux qu'inefficaces sur le long terme. La société s'est pourtant donnée le mandat de leur protection. Nous faisons aussi l'hypothèse que cette « protection » sera significativement améliorée par la création d'un espace de travail permettant à la pédopsychiatrie d'exister dans le champ socio-éducatif de façon rationnelle et évaluable.

Nous faisons enfin l'hypothèse que les données de l'épidémiologie médicale, ont la capacité de constituer un cadre de connaissance, à peu près partageable par les professionnels des nombreuses disciplines impliquées sur ce sujet. A la condition bien sûr que la nature des données soit comprise. Concernant la pathologie mentale, et en particulier chez l'enfant, cela ne va jamais de soi. Le désagrément intime induit par l'idée de la « folie » chez l'enfant, induit en général une recherche frénétique de causalité simple, extérieure, souvent accusatoire. La même frénésie existe lorsqu'il s'agit de réclamer des « soins psychiatriques », en urgence, lorsque l'adolescent s'agite, fait mal ou fait peur. A l'évidence, une rencontre des disciplines, une collaboration consistante et étayante, ne peut se faire dans ces contextes et situation de crise. Il faut pourtant qu'elle se fasse. Il s'agit donc de construire, à l'écart de

l'agitation, un espace de rencontre. Et d'abord, mettre les partenaires pressentis sur des voies d'accordage sur le sujet.

L'épidémiologie en santé mentale, mesure les fréquences de maladies ou des troubles du champ mental existant dans une population donnée. Cependant, cette démarche, n'implique pas « de fait » une concordance et une cohérence de la définition de la maladie ou du trouble mental chez ceux qui reçoivent l'information. Utiliser les données, d'un groupe professionnel à un autre nécessite un travail supplémentaire. Il s'agira donc, de proposer des façons d'utiliser ces données, pour qu'elles permettent une rencontre opérationnelle et durable des différents et nombreux professionnels qui s'occupent de ces adolescents.

Les données épidémiologiques sur la santé mentale des adolescents placés sont rares. Des taux de prévalence de trouble mentaux dans cette population sont documentés dans certains pays mais sont inconnus en France. Il faut donc les produire. Et il faudra aussi chercher, mesurer, décrire aussi leur état subjectif, leur comportement, car les taux de prévalence isolés sont insuffisants pour aborder ces adolescents. Il s'agit de l'objet principal de ce travail. Nous présenterons ces données, après l'histoire de la rencontre entre la pédopsychiatrie et la protection de l'enfance, et avant quelques propositions pour leur utilisation.

Nous proposons de dérouler la problématique en trois parties. La première partie (chapitres 1 et 2) décrit la population des enfants placés et le positionnement de la médecine face à eux. L'enfant placé compose une population particulière, spécifique et construite qu'il faut définir et raconter. Savoir qui sont les enfants placés, d'où ils viennent, comment ont-ils été constitués en groupe repérable depuis Saint Vincent de Paul au XVIIème siècle, est un préalable pour les étudier. En gardant la perspective de l'Histoire, nous faisons apparaître ensuite la construction progressive de la médecine infantile et en particulier de la pédopsychiatrie, en parallèle et en lien avec l'histoire des enfants placés. Les enfants placés ont fourni un flux important et intense d'élaboration théorique pour la psychiatrie de l'enfant. Les premiers murs qui ont hébergé formellement cette discipline médicale étaient destinés à accueillir des enfants et adolescents à « placer ». Nous décrivons enfin ce que propose la pédopsychiatrie actuelle à leur sujet.

La deuxième partie (chapitre 3) présente l'étude épidémiologique des troubles mentaux explorés chez les adolescents vivant en foyers dans département des Bouches-du-Rhône, suivie de la mesure de leur Qualité de la Vie permettant l'articulation de données objectives et subjectives. La présentation de ces travaux et de ces mesures est précédée par une revue de la littérature inscrivant nos résultats dans un corpus de données reconnues et établies sur le sujet que nous avons circonscrit au préalable.

La question de l'utilisation de nos résultats occupe notre troisième partie (Chapitre 4). Les résultats de nos études sont bien sur destinés à améliorer *in fine* la prévention des troubles mentaux, l'accès au soin psychique et à son adaptation à la situation particulière des adolescents placés. Peut-être même leur condition. Ils nous indiqueront les particularités cliniques et les profils pathologiques de cette population, mais aussi les façons dont ces adolescents peuvent exprimer leurs besoins. La démarche de recherche peut par elle-même favoriser la rencontre entre les acteurs des différentes disciplines impliquées auprès de ces adolescents. L'expérience de la pratique de la recherche pédopsychiatrique en milieu socio-éducatif pourra indiquer les méthodes de cette rencontre nécessaire. Les résultats de nos travaux, composera enfin une base unifiée et accessible aux professionnels devant se trouver sur des bases de connaissances partageables nécessaires à la solidification de leur collaboration.

Première partie

L'enfant placé : son psychisme, ses troubles et leurs traitements

Un enfant est placé, lorsqu'il est en danger. Lorsque le fait de rester avec ses parents (ou son milieu de vie habituel) est considéré dangereux, pour son développement. Le placement est le résultat d'un volumineux dispositif impliquant le tribunal pour enfant et les services de l'Aide Sociale à l'Enfance, gérés par les Conseils Généraux à qui l'Etat a confié la mission de Protection de l'Enfance. Le processus peut être rapide et répondre à une situation urgente, ou lent, concluant une période d'investigation, et/ou de tentatives échouées de résolution du problème sans séparation de l'enfant d'avec sa famille.

Le législateur autorise le juge pour enfant à placer, possiblement contre l'avis des parents, dans le cadre suivant :

« Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public.

(...) Cependant, lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée (...), afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir ». (Article 375 du code civil, modifié en mars 2007).

Le cadre semble solide et clair, mais l'appréciation du danger ou des conditions de vie « gravement compromises » ne sont pas caractérisées de façon objective.

L'équipe de professionnels généralement multidisciplinaire des services sociaux, a la mission de décrire, d'analyser et d'évaluer la situation pour que le juge puisse prononcer un éventuel placement. Les enquêtes sont initiées par un signalement, effectué par n'importe qui estimant une situation de danger. Il faut donc que les signes d'appels soient visibles, c'est-à-dire dans l'aspect général ou dans le comportement de l'enfant ou de ses parents, tel que la société imagine un enfant en danger.

Un enfant est donc placé, par des éléments liés, de façon importante, à des critères culturels, sociologiques, idéologiques et politiques, eux-mêmes plus ou moins articulés à l'état des connaissances concernant le développement psychique de l'enfant et de l'influence, éventuellement toxique de l'environnement. Le profil des enfants placés a évolué avec ce que la société a pu définir comme statut à l'enfant, notamment dans la famille, et la nécessité qu'elle s'est donnée de protéger et d'éduquer ces enfants qui étaient en danger.

1 Les enfants placés, une population de circonstance

1.1 Evolution historique du placement des enfants

La réponse de la société à ces enfants et leurs grandes difficultés peut se présenter en trois périodes (Verdier, 2003). Jusqu'au XIX^{ème} siècle, il s'agit de sauver les enfants trouvés, abandonnés ou orphelins de la mort. Période que Pierre Verdier nomme « la lutte contre la mort ». Au XIX^{ème} siècle, après une lente organisation sociale de la réponse, une logique de protection apparaît, rendant imaginable qu'un enfant est protégé même s'il a des parents... Il peut être protégé de ses parents. A partir du début du XX^{ème} siècle, s'installe l'idée que l'enfant en danger est à « soigner ».

1.1.1 XVI-XVII-XVIII^{èmes} siècles : sauver la vie des enfants trouvés

Les historiens de l'enfance, évoquent l'existence d'Hospices pour Enfants Trouvés dès le V^{ème} siècle (Corbillon et al, 1990). Il s'agit de trouver une alternative à l'infanticide ou l'abandon non organisé. L'Hôpital des « Enfants Rouges » à Paris au XVI^{ème} siècle (Robin-Romero, 2007), puis les actions historiques et emblématiques développées par Saint Vincent de Paul au XVII^{ème} siècle, amorcent solidement le recueil, la protection et le soin d'enfants abandonnés, trouvés dans les rues, ou orphelins. Les « Tours d'abandon », système de dépôt anonyme et discret fonctionnant pendant une cinquantaine d'années jusqu'au milieu du XIX^{ème}, montrent les efforts d'organisation pour faciliter le recueil des enfants, et donc pour « améliorer » leur abandon. Il s'agit d'un tourniquet en bois traversant une façade, qui permet de faire passer l'enfant de l'extérieur à l'intérieur d'une maison spécialisée ou d'un hospice. On donne à cet enfant laissé un collier en os avec une médaille frappée d'un numéro qu'il doit garder jusqu'à ses 7 ans. Le paradoxe inconfortable de ce sujet mêlant morale et contrainte pratique apparaît d'emblée : il faut pousser les parents à ne pas abandonner leurs enfants, tout en facilitant l'abandon lorsqu'il survient, pour qu'il soit le moins violent et anarchique possible.

Le pragmatisme institutionnel est d'ailleurs stupéfiant : malgré l'aspect criminel de l'abandon d'enfant, les poursuites sont évitées : « *Si l'exposition est un crime qui ne mérite aucun pardon, il est des cas où on doit fermer les yeux sur certains maux pour*

en éviter de plus considérables... On fait sagement de s'imposer silence, de crainte qu'un excès de rigueur n'engage les personnes qui seraient dans le cas de tomber dans de pareils délits, de se mettre à l'abri de toute poursuite en étouffant les enfants, en les précipitant dans les puits, les rivières ou les latrines. L'exposition ne mérite donc pas de poursuite... » (Tribunal de Toulouse, 1776). (Sandrin, 1982)

Les enfants ne sont placés à l'époque que par absence de parents, disparus ou morts, mais leur statut est lui aussi d'emblée flou et chargé affectivement. Se mêlent en effet des enfants du « vice », abandonnés et donc possiblement issus de relation hors mariage, aux enfants du « malheur », orphelins de parents unis de façon régulière, à d'autres encore, recueillis temporairement pendant l'hospitalisation, l'internement ou l'emprisonnement des parents. Plusieurs tentatives de les concentrer en deux catégories existeront, la catégorie des « enfants trouvés » séparée des « enfants orphelins », que l'on retrouve dans des lieux différents.

Les taux de mortalité sont de toute façon effrayants, se situant entre 60 et 90% (Bardet et Faron, 1998). L'énormité de la mort laisse peu de place à la réflexion sur le sens des démarches, ou leur finalité... Il faut simplement que ces enfants sans parents survivent, et pour cela organiser un système le permettant. On verra ensuite ce que l'on promet aux survivants.

1.1.2 Le XIX^{ème} siècle : la protection de l'enfant

Au début du XIX^{ème} siècle, l'assistance à l'enfance organisée par l'Etat comme un véritable service public, va s'intéresser aussi aux enfants ayant des parents, mais considérés défailants. Ce changement de représentation de l'aide à apporter aux enfants est majeur. L'Etat confisque un pouvoir significatif aux parents sur l'élevage et l'avenir de leurs enfants. Se développe alors une véritable politique de placement, s'éloignant d'une dynamique de charité exclusive (David, 2004). L'Assistance Publique, créée en 1849, gardera longtemps cette mission emblématique.

Rappelons l'existence de trois lois de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle relatives à la protection des enfants : « *la loi Roussel du 23 décembre 1874 vise surtout le délaissement des enfants de moins de deux ans, dans le cadre des placements nourriciers. Elle prévoit, outre le contrôle organisé de ces placements, le retrait*

éventuel du droit de garde. Elle est l'œuvre de ce lobby médical de la bienveillance regroupé autour Théophile Roussel. La loi du 24 juillet 1889 « relative à la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés », préparée depuis 1879, permet la déchéance de la puissance paternelle. Cette déchéance est facultative en cas de mauvais traitements. Loi symboliquement importante, elle sera suivie de peu d'effets dans les affaires de maltraitance. » (Arveiller, 2011)

A la fin du XIX^{ème}, la loi française du 19 avril 1898 stabilise les idées sur les nouveaux rapports entre l'Etat et les enfants. L'Etat sait maintenant répondre clairement et réprimer « les violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants ». L'autorité publique s'est même donné le droit de retirer un enfant à des parents ayant une « conduite notoire », par déchéance paternelle. (Seiller, 2008). L'enfant trouvé qu'il faut maintenir en vie, laisse la place à l'enfant en danger, qu'il faut protéger, y compris de sa famille. On peut, on doit, le sauver de la misère de ses parents. L'urgence vitale n'est plus la même. Les projets dépassent le seul recueil par les agences chargées d'acheminer les enfants vers des familles nourricières. L'Assistance Publique prévoit maintenant d'éduquer, de former ses pupilles. Les positionnements idéologiques et politiques, se compliquent et s'acheminent vers un nouvel enjeu : l'éthique de la séparation forcée. Elle est décrite par certains comme une incroyable violence, peu justifiée.

Alphonse de Lamartine mêle ses missions politiques et la puissance tragique du romantisme pour écrire en 1838, dans son « Discours sur les enfants trouvés » à la séance générale annuelle de la société de la morale chrétienne : *« Quoi ! N'est-ce pas une rigueur ? Une peine ? Un exil ? Une barbarie ? Ah ! demandez-le à votre propre cœur intimement interrogé, demandez-le à ces convois presque funèbres de ces enfants expatriés que nous rencontrons par longues files sur nos routes, le front pâle, les yeux mouillés, les visages mornes (...). Demandez-le, j'ai été vingt fois témoin moi-même de ces lamentables exécutions, demandez-le à ces enfants que votre gendarmerie vient enlever de force à celle qui a été jusque-là sa mère, et qui se cramponne à la porte de la chaumière dont on vient de l'arracher à jamais ! Demandez-le à ces pauvres mères indigentes qui courent de chez elle chez le maire, de chez le maire à la préfecture, pour faire révoquer l'ordre inflexible (...). Demandez-le aux suicides précoces d'enfants déplacés, qui, dans mon département*

même, ne pouvant supporter l'angoisse de ces séparations, se sont précipités dans le puits de la maison ou dans l'étang du village».

Une menace apparaît, majeure, immédiatement après ce constat d'inhumanisme : l'annonce des conséquences désastreuses sur le comportement et l'affectivité des enfants, qui pourront développer des attitudes dangereuses contre eux-mêmes bien sûr, mais aussi contre la société, conformes à ce qu'ils auront subi. Lamartine poursuit : « *« Que faites-vous par le déplacement et l'échange forcé des enfants trouvés ? Vous endurez l'âme de l'enfant que vous promenez d'une famille à l'autre pour lui apprendre bien qu'il n'en avait aucune (...). Vous ravalez sa nature en lui montrant qu'il n'est pour vous qu'un rebut de l'humanité, à qui on ne tient compte ni de ses affections, ni de ses larmes, qu'on déporte d'un sol à un autre comme un vil bétail ! (...). Vous lui enseignez à ne s'attacher à rien, à ne rien aimer ».*

Les rapports entre l'Etat, les familles et les enfants ont changé. Il veut et doit les protéger. Des conséquences institutionnelles tardives mais directes surviennent. Les hospices et les familles d'accueil vont ainsi recevoir des enfants plus âgés, plus perturbés, ayant vécu des situations de développement difficile et vont perturber le fonctionnement des services (Verdier, 2003). Il faut sauver les enfants, mais aussi protéger les institutions, et peut être aussi la société, de ces mêmes enfants, devenus des victimes effrayantes. Il faut s'en occuper, certes, mais mieux.

1.1.3 XX^{ème} siècle : Hygiénisme, soins et psychologisation

Jusqu'au début du XX^{ème} siècle, les arguments sanitaires favorisant le placement sont en particulier infectiologiques et nutritionnels. Rachitisme et tuberculose s'associent facilement aux « mauvaises conduites parentales ». Le concept de trouble du développement psychique chez l'enfant est alors en construction. Il n'est pas encore suffisamment solide pour apparaître spécifiquement, et pourrait être considéré secondaire par rapport à la mortalité et morbidité physique. La problématique de la souffrance et des troubles psychiques a besoin d'une théorisation, qui va se développer au cours du XX^{ème} siècle.

Le choix de placement, c'est-à-dire du déplacement de l'enfant de sa famille, se réfléchit, se milite, s'analyse et se décide aussi avec les connaissances que la

psychologie de l'enfant peut laisser utiliser. Laisser un enfant à des parents défaillants est-il plus risqué qu'infliger une séparation ?... Comment l'argumenter, le mesurer, comment le savoir ?...

C'est à partir des analyses et des recherches des pédopsychiatres et psychanalystes John Bowlby (anglais, 1907-1990) sur l'attachement et de René Spitz (américain d'origine hongroise, 1887-1974) sur l'hospitalisme et la dépression anaclitique liée aux carences affectives que le risque psychique lié à une séparation s'établit. Nous détaillerons plus loin ces éléments théoriques. La théorie de « l'attachement », stabilisée dans les années cinquante et soixante vient agiter les postures concernant le placement, renvoyant aux souvenirs à peine émergents des expériences de séparation d'enfants dans les camps de concentration de la 2^{ème} Guerre mondiale.

L'idée qu'une séparation forcée peut aggraver une situation que l'on espérait traiter se théorise. En France, dans les années 70, les travaux de Michel Soulé et de Jeanine Noël montrent aussi que « *les modes selon lesquels on cherche à pallier la défaillance des familles aggravent généralement leur pénalité initiale (...) le fait même de devenir l'objet de la sollicitude d'une administration ou d'un organisme d'aide sociale marque et accentue cette première différence* » (Soulé et Noël, 1971).

Les constats et analyses « psychologisés » évoquant le danger de la séparation et de l'enfermement, viennent rencontrer les accusations faites au système de protection de l'Enfance d'être « normatif », et d'avoir comme objectif, notamment le contrôle social et finalement la confiscation de leurs enfants aux pauvres, pour maintenir l'ordre capitaliste (Domenach et al, 1972). Naves et Cathala dans leur rapport au sujet des placements d'enfant en 2000 rappellent : « *Les placements ont été « diabolisés » dans les années 1980, spécialement ceux qui auraient pu avoir pour origine la pauvreté de la famille, notamment sous l'influence des sciences humaines et des théoriciens du contrôle social.* » (Naves et Cathala, 2000)

Plus récemment, certains auteurs ont mis en avant les limites sévères des postures « anti-placement » des années 70-80. Les arguments sont ici aussi de nature psychologique et sanitaire : « *Tel le balancier d'une pendule, la pensée est devenue*

idéologie et on a ensuite entendu des éducateurs affirmer que « le placement ne résolvait rien », et on a vu des enfants soumis pendant des années à des carences et des mauvais traitements, qui ont fini par être placés trop tard, alors que leurs perturbations psychiques étaient déjà organisées » (Welniarz , 2007). Eviter la séparation peut devenir une entreprise risquant le délaissement d'enfants directement exposés à des défaillances graves ou de la maltraitance avérée de leur famille, responsable de redoutables dégâts psychiques (Berger, 2004). La séparation de l'enfant et de sa famille peut même avoir un but « thérapeutique » et améliorer le développement psychologique, voire traiter les troubles psychiques (Berger, 2011).

Les arguments psychologiques ont servi dans un premier temps la manœuvre attaquant le placement. Les arguments psychologiques peuvent servir la manœuvre inverse. Les mêmes supports théoriques, comme « l'attachement », peuvent paradoxalement soutenir des positions opposées : on doit éviter de séparer pour ne pas perturber un attachement, déjà précaire. On doit séparer pour favoriser le développement d'un attachement sécuritaire avec d'autres figures... L'intérêt de l'enfant est en général mis en avant, quel que soient les positions.

Le sujet, depuis que nous en avons des traces il y a plusieurs siècles, a des difficultés à évoluer par une dynamique stable et sereine. Il est bien difficile de mettre de côté les enjeux affectifs et leur puissance agitatrice, tant chez les individus qu'en groupe, puisqu'il s'agit d'enfants, abandonnés, associés à la misère sociale, en danger, parfois de mort, et, potentiellement eux-mêmes dangereux... Et il s'agit enfin pour une société de mettre à l'épreuve et au jour ses promesses d'humanisme.

Enjeux facilement excitateurs.

1.2 Le placement des enfants actuellement en France.

Depuis les lois de décentralisation de 1983, le dispositif de placement est confié aux Conseils Généraux qui gèrent les services et actions de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). La dernière réforme date du 28 juin 2005 et décrit ainsi le cadre de la mission : « *Le service de l'aide sociale à l'enfance est placé sous l'autorité du président du conseil général* ».

« *Le Département organise sur une base territoriale les moyens nécessaires à l'accueil et à l'hébergement des enfants confiés au service. Un projet de service de l'aide sociale à l'enfance est élaboré dans chaque département. Il précise notamment les possibilités d'accueil d'urgence, les modalités de recrutement par le département des assistants familiaux ainsi que l'organisation et le fonctionnement des équipes travaillant avec les assistants familiaux, qui en sont membres à part entière. Le Département doit en outre disposer de structures d'accueil pour les femmes enceintes et les mères avec leurs enfants.* » (Code de l'action sociale et de la famille, Article L221-2)

Le placement doit se réaliser dans « l'état d'esprit suivant » :

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

Le juge peut aussi subordonner le maintien de l'enfant dans son milieu à des obligations particulières, telles que celle de fréquenter régulièrement un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé, ou d'exercer une activité professionnelle ». (Code Civil, art. 375-2)

« *S'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, le juge peut décider de le confier :*

1° A l'autre parent ;

2° A un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;

3° A un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé ;

4° A un service départemental de l'aide sociale à l'enfance. » Code Civil, art. 375-3

1.2.1 Nombre d'enfants placés, critères de choix et types de placement.

Les derniers chiffres disponibles en France sont ceux de l'enquête DREES de 2008 (Bailleau et Tespeux, 2009). Il y avait 284 154 enfants/adolescents « aidés » par l'ASE, soit près de 1,9% de la population de 0 à 21ans. 10% sont des jeunes majeurs (18/21ans). 141 599 de ces enfants étaient placés. Les autres sont suivis en milieu ouvert, c'est-à-dire en restant hébergés dans leur famille. Concernant la population qui nous intéresse, les enfants placés, il faut encore catégoriser en deux parties à peu près égales : les placements en institution et les placements en famille d'accueil, légèrement plus nombreux.

1.2.1.1 Histoires locales et postures du moment

Les orientations vers un dispositif ou l'autre est circonstanciel : « *Les éléments statistiques des différentes [unités territoriales] montrent des écarts importants dans la proportion d'enfants accueillis en famille d'accueil ou en établissements, sans qu'il soit possible de repérer des données objectives liées aux besoins du public dans telle ou telle zone* » (Adaptation du dispositif d'accueil dans les établissements de l'enfance de Seine-et-Marne – Conseil Général de Seine-et-Marne – janvier 1999 – p. 87, cité par Naves Cathala, 2000, p 46).

Le rapport de l'ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger) 2011 confirme ce constat : « *Les modes de prises en charge varient fortement d'un département à l'autre, reflétant l'hétérogénéité de l'offre de services et d'établissements (voir chapitre 1) et des pratiques, fruits bien souvent de l'histoire locale. La part des mesures de placement en établissement ou en accueil familial parmi l'ensemble des mesures varie de 34 % à 65 %, la médiane se situant à 49 %* » (rapport de l'ONED 2011, p47). De la même façon, il existe une très grande variation

interdépartementale du taux de mesures de protection, incluant les placements, prononcés. Les taux de prise en charge varient selon les départements de 1 à 3 pour des départements parfois mitoyens, ou même à population comparable comme le Nord et les Bouches-du-Rhône. (ONED 2011, p42).

Le taux de placement est aussi fortement lié à la période historique. L'exemple des pupilles de l'Etat est significatif. Ces enfants ont le statut particulier d'être adoptable, leurs parents ne pouvant pas les récupérer, par absence considérée définitive ou par contrainte juridique. Ils ont diminué entre 1982 et 1998 de 17 000 à 3000. Les progrès de la contraception et les aides personnalisées aux parents isolés seraient responsables de rapides changements profonds (6 fois moins en 17ans) (DRESS, 2000) ? La nature causale de la relation entre ces progrès et la diminution du nombre de pupilles est bien hypothétique. D'autres facteurs possiblement en jeu, peut-être plus puissants, comme la diminution de la volonté des juges au tribunal pour enfant de déchoir les droits parentaux, ne sont pas aisément mesurables.

Naves et Cathala déplorent une défiance confuse et mutuelle entre revendication des droits et risque de procès, venant presser la diminution des placements : « *Au total ce qui a frappé la mission c'est l'absence de prise de risque éducatif à laquelle s'autorise les professionnels. Parquetiers, juges des enfants, inspecteurs de l'enfance, travailleurs sociaux et éducatifs ont à la fois peur du placement, peur de mal faire, peur de la dégradation de la situation familiale, peur de la violence des parents et des mineurs, peur de leur éventuelle mise en cause pénale... Les assistantes maternelles, quant à elles, ont peur que si elles parlent des difficultés qu'elles rencontrent avec le jeune accueilli on leur retire l'enfant qu'elles accueillent. Cette peur est aussi, d'une autre façon, très présente chez les familles* » (Naves et Cathala, 2000, p 50). Ils évoquent un lien entre la faible tolérance actuelle à la violence, le pénalisme revendicatif moderne et la diminution des placements, pourtant argumenté par « l'intérêt de l'enfant »

Globalement le nombre de placements va diminuer, très largement au cours du XXème siècle, avec des périodes de chutes significatives, notamment dans les années 90. Entre 1970 et 2003, les placements ont diminué de moitié, alors que

dans le même temps le nombre de signalements d'enfant en danger augmente. (Frechon et Dumaret, 2008).

1.2.1.2 Les fins de placements

L'interruption d'un placement, c'est-à-dire le retour en famille, dépend elle aussi de facteurs multiples. La situation qui avait indiqué le placement a pu s'améliorer. D'autres facteurs, peu objectivables et contradictoires, peuvent aussi apparaître. Le rapport Naves-Cathala donne encore à ce sujet des informations peu rassurantes pour l'analyse et la régulation du système : *« Il n'y pas lieu alors de s'étonner, en l'absence de préparation et d'accompagnement, que la fin de mesure, le retour dans un milieu familial finalement inchangé, soit souvent la conséquence de l'opposition du mineur, et notamment de ses fugues multiples, ou de son arrivée à sa majorité, et puisse, dans certains cas, déstabiliser une famille »*... *« Une étude réalisée en Seine-et-Marne forme l'hypothèse que dans 1/3 des 30 dossiers examinés les mainlevées de placement n'étaient effectuées que du fait de l'échec de celui-ci – COPAS : OPUS3 – décembre 1999 – Evaluation du schéma de protection de l'enfance et de la famille et du schéma de la protection judiciaire de la jeunesse – p. 41) »*, (Naves et Cathala, 2000, p47).

1.2.1.3 Les dispositifs alternatifs au placement

Les placements subissent aussi directement les variations des dispositifs alternatifs, au sein du système de la protection de l'enfance, au sein du système judiciaire mais aussi dans les dispositifs de disciplines connexes. Un département peut choisir de favoriser le travail à domicile ou pas et d'organiser la répartition des moyens en rapport. Ensuite, de nombreux enfants pourraient être placés, s'ils n'étaient pas hébergés dans des institutions médico-sociales, comme les ITEP (institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique), les IME (Instituts médico-éducatifs), les foyers de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), les centres éducatifs fermés (CEF), les hôpitaux pour des hospitalisations de très longue durée, mais aussi en internat scolaire. Ces différents établissements prennent, trient, acceptent ou renvoient, ferment ou ouvrent des places selon des paramètres qui ne sont pas

coordonnés, relevant chacun de culture, de financement et de mission différentes, mais aussi de circonstances affectives et de leur tolérance.

Cette bien difficile régulation et coordination « inter-institutionnelle » des alternatives au placement n'est pas récente. Le parcours de l'enfance de Jean Genet, écrivain français (1910-1986) et abandonné par sa mère à sept mois, nous le rappelle : « *A son départ d'Alligny [Lieu de sa Famille d'accueil nourricière], Genet fut envoyé dans un centre d'apprentissage de l'Assistance Publique : l'école d'Alembert à Montévrain en Seine et Marne. Il devait y apprendre la typographie. Mais 15 jours après son arrivée, Genet s'enfuit. Après un passage à l'hospice près de Nice, puis à l'hospice des enfants assistés rue Denfert-Rochereau à Paris il sera confié quelques mois à un musicien qui l'accusa de vol ; puis après quelques séjours en patronage, à la prison de la Petite Roquette, à la clinique neuropsychiatrique du docteur Heuyer, il sera confié à la colonie agricole de Mettray.* » (Verdier, 2003)

La mauvaise délimitation des actions et des missions des champs social, éducatif, médical, pédagogique et de la justice des mineurs rend bien difficile les articulations, comme nous le verrons plus tard.

1.2.2 Difficulté de quantifications et de mesures, difficultés pour l'analyse et la recherche

La diversité de l'organisation du dispositif de placement et la complexité des facteurs influant son fonctionnement expliquent en partie les difficultés que les projets d'études et d'évaluations rencontrent.

Le rapport IGAS-IGSJ de mars 1995 sur le dispositif de protection de l'enfance avait constaté que « *le dispositif statistique comporte trois filières séparées : le dispositif statistique de l'ASE (qui) est sous-utilisé ; le dispositif statistique de la PJJ (qui) est très fourni, mais peu utile pour les autres acteurs ; les statistiques fournies par les tribunaux pour enfants (qui) sont peu significatives et non fiables* ».

« *Les recensements statistiques opérés par plusieurs administrations aux différentes étapes des procédures administratives et judiciaires relatives à la protection de l'enfance ne permettent pas de dégager des résultats que l'on peut agréger sur le nombre d'enfants et d'adolescents concernés ; et ce même quand il s'agit des*

interventions les plus formalisées : accueil provisoire, ordonnance de placement provisoire, action éducative en milieu ouvert... »(Naves et Cathala 2000, p13)

Pour les AEMO (mesure de protection en milieu ouvert, c'est-à-dire avec maintien de l'enfant à domicile), comme d'ailleurs pour les aides financières et les aides à domicile, les auteurs de ce document jugent « *préférable de ne pas publier les chiffres détenus, ceux-ci ne pouvant pas être garantis* » *ayant constaté la difficulté des départements à recenser leur nombre.* (Naves et Cathala 2000, p 23)

La population des enfants placés n'est pas stable, ni dans son nombre, ni dans son profil. Les chiffres sont difficiles à extraire, à garantir et les catégories difficiles à comparer. Les idéologies, les représentations, l'Histoire modifient profondément les lois, les pratiques et les dispositifs spécifiques. Les dispositifs alternatifs au placement, les habitudes ou coutumes de travail, parfois très locales et subjectives modifient aussi sérieusement les taux, les choix et indications, modifiant ainsi le recrutement. Des enfants placés exclusivement par absence de parents peu après leur naissance, à ceux, plus vieux placés car en danger dans leur famille dysfonctionnant, le profil a fondamentalement changé. Et certainement leur psychopathologie.

2 La médecine infantile et la pédopsychiatrie face aux enfants placés : étapes historiques d'une co-construction

La médecine, comme l'assistance, est prise par les influences historiques et socio-politiques. La place de l'enfant dans la société et l'attention qu'elle lui porte, l'éthique du soin aux indigents, transforment lentement les orientations, les intérêts et les positions de la médecine. Les modèles de compréhension du fonctionnement du corps, de la pensée et de ses maladies sont des organisateurs majeurs de la discipline. Ces modèles sont aussi des produits socio-culturels et scientifiques. Ces influences sont multiples et interdépendantes.

Deux thèmes distincts, en apparence, vont sans cesse appeler la médecine vers les enfants placés, qui viendra avec des enthousiasmes variables. Deux thèmes à charge affective opposée et corrélés à des âges différents :

- Séparation, carence de soins, maltraitance et agression, chez le nourrisson et l'enfant
- Violence, comportements perturbateurs chez l'enfant et l'adolescent.

La séparation et la carence de soin précoces sont des problématiques essentielles du placement d'enfant. Elles vont être une source majeure de réflexion pour la compréhension du développement de l'enfant. La recherche, le dépistage de son état de « danger » dans sa famille, en analysant son corps et son comportement invoquera et construira régulièrement les avis, les pensées et les pratiques de la médecine infantile.

Par ailleurs, c'est volontiers par son passé d'enfant ayant subi des carences éducatives, de la maltraitance ou de la violence que les origines de ses conduites perturbatrices seront imaginées. C'est aussi volontiers que la famille d'un enfant ou d'un adolescent violent sera considérée défailante. La violence est annoncée chez les enfants placés. Face à la violence et aux comportements perturbateurs, la médecine, en particulier la psychiatrie, devra se positionner, tant concernant les modèles explicatifs de comportements pouvant être considérés comme symptômes de troubles ou de souffrance de l'enfant ou de son environnement, que dans la recherche de traitement ou de remèdes.

L'histoire et l'évolution des spécialités de médecine infantile nous en apportent quelques preuves avec des collusions théoriques, pratiques, administratives et politiques que nous pouvons repérer.

2.1 Les enfants placés et abandonnés étape remarquable de la pédiatrie moderne?

La médecine a pu rencontrer assez tôt l'enjeu spécifique des enfants placés. D'abord, historiquement, hospices, Hôtel-Dieu, hôpitaux, Assistance Publique, fonctionnent pour accueillir, protéger et soigner, notamment les indigents. Les médecins d'institutions évoluent donc sur les mêmes lieux que ces enfants recueillis, et s'en occupent.

En 1860, le Dr Amboise Tardieu fait de la maltraitance à enfant un objet de la médecine. Il propose trois catégories : sévices simples non suivis de mort, sévices avec torture non suivis de mort, sévices suivi de mort. Il pose son syndrome et ses descriptions dans le champ de la médecine. Les enfants maltraités sont étudiés par la médecine, dans un premier temps par la spécialité médecine légale. (Arveiller 2011)

Le XIXème siècle, qui permet le développement des dispositifs d'accueils d'enfants abandonnés ou en danger, va de façon très corrélée, laisser apparaître une nouvelle discipline, la pédiatrie. Le mot apparaît en 1872 dans le dictionnaire d'Emile Littré (Bonnet, 2010, p42). L'hôpital des « enfants-malades » est créé en 1802 (actuel hôpital Necker à Paris). Mais c'est dans une autre institution, l'hospice des « enfants trouvés », que le Dr Marie Jules Parrot, médecin de cet hospice, devient le premier titulaire de la chaire de clinique des maladies de l'enfance en 1879 (Bonnet, 2010, p42). Cet hospice, est devenu un hospice-hôpital, puis l'hôpital de Saint Vincent de Paul. « *L'assistance de la fin du XIXème siècle est médicale plus que sociale* » (Dessertine et Faure 1992, p. 143.)

La médecine infantile, en particulier dans sa dimension préventive, est liée aux enfants placés qu'elle côtoyait. Ces enfants du « social » ont certainement contribué à rendre nécessaire cette spécialisation médicale. Les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), sous tutelle des Conseils Généraux, comme l'ASE, en sont une continuité.

La pédiatrie inclura plus tard le syndrome d'enfant battu. En 1951 Frédéric Silverman décrit un syndrome radio-clinique permettant de poser l'existence d'une maltraitance

physique à l'enfant. Le syndrome de Silverman est ainsi défini : « *C'est un ensemble lésionnel qui comporte des fractures multiples, d'âges différents, le plus souvent négligées, associant à des fractures diaphragmes banales, des arrachements métaphysaires et des hématomes sous-périostés. Il ne résulte d'aucune fragilité congénitale et c'est la conséquence des traumatismes infligés à l'enfant* ». Cette catégorisation va permettre de développer des démarches de recherche et d'étude sur le sujet. Cependant, comme le montrent D'arigo et Leviel (2003), le nombre de publications sur le sujet reste faible malgré l'ancienneté et l'importance du sujet.

2.2 Les enfants placés, séparés ou abandonnés aux origines de la pédopsychiatrie moderne?

La pédopsychiatrie entretient cette même proximité, structurelle et historique aux enfants placés que la pédiatrie. Cependant, la constitution du concept de psychisme de l'enfant et donc celui de trouble psychopathologique spécifique à l'enfant, en tant que sujet est plus lente à se réaliser. Deux voies interpénétrées et d'évolutions parallèles lient la psychiatrie de l'enfant et les enfants placés, correspondant aux liens entre développement psycho-affectif, carence de soin et séparation. Ces liens vont apparaître à la fois dans les « solutions » proposées par la pédopsychiatrie mais aussi comme source d'observation et de théorisation majeure pour la discipline.

Au XIIIème, une expérience échouée de Frédéric II, roi de Sicile, aurait pu déjà mettre sur la voie. Il demanda à des nourrices de s'occuper de nourrissons, en les nourrissant, les lavant, mais sans jamais leur parler ou communiquer avec eux. Il souhaitait savoir quelle langue « originelle » était parlée par les humains, si on ne leur en apprend pas une. Il ne put le savoir, car aucun ne parla, et tous moururent rapidement (Koupernik, 1980). En 1684 le docteur Bonnet, médecin à Genève, décrit dans un traité de médecine certains aspects psychologiques et comportementaux anormaux de l'enfant lorsqu'existe un désintérêt de sa mère. Cette observation profondément avant-gardiste, est considérée totalement en décalage avec la pensée de l'époque (D'arigo et Leviel, 2003).

2.2.1 Jean Itard et le sauvage de l'Aveyron

Au début du XIXème, un enfant d'une dizaine d'année est capturé dans un bois de l'Aveyron. Il est mutique. On lui donne le nom de Victor. On l'amène à Paris et on le confie au Dr Jean Itard qui par de nouvelles techniques d'éducation et de relation doit le démutiser. Il va ainsi fonder la nécessité d'une nouvelle discipline alliant étude de psychologie, d'éducation spécialisée et de médecine pour enfant, dont la pédopsychiatrie peut se sentir l'héritière. Est apparue la nécessité de s'intéresser aux enfants abandonnés, avec des techniques d'observation, et d'expérimentation, dans le cadre des méthodes et de l'éthique médicales. Son expérience auprès de cet enfant « sauvage » induira de volumineux débats, controverses, espoirs et désillusions, soutenus par un principe humaniste et philosophique puissant,

définissant que, c'est l'éducation qui humanise l'homme, contre ses déficiences naturelles. Les enfants abandonnés portent alors une puissante source d'intérêt, de recherche médico-psychologique, pédagogique, éducative et finalement philosophique.

A la suite d'Itard, quelques médecins et pédagogues croient à leurs actions et leur influence pour améliorer le développement et l'état des enfants arriérés, idiots et épileptiques. Les plus célèbres, Edouard Seguin (1812-1880) pédagogue français devenu médecin aux Etats-Unis, puis Désiré Magloire Bourneville neurologue à Bicêtre et à la Salpêtrière à Paris, vont organiser des dispositifs médico-pédagogiques permettant le regroupement, l'étude et le traitement moral de ces enfants. La déficience, en particulier de l'intelligence, est le modèle de pensée et de rééducation. La pédagogie, la rééducation spécifique peuvent améliorer le sort des idiots, des arriérés et dégénérés. Ces pratiques, essais et théorisations, restent le socle de la pédopsychiatrie médico-éducative ou pédagogique et rééducative actuelle.

Jacques Arveiller (2006) nous rappelle : *« Les institutions psychiatriques pour enfants se spécialiseront de façon un peu retardée par rapport à celles de la médecine. On peut donner, là aussi, quelques dates-jalons. C'est Guillaume Ferrus, en 1832, qui amorce la séparation entre enfants et adultes à Bicêtre, bientôt suivi par Jean-Pierre Falret à la Salpêtrière. Si Bicêtre crée vite, avec Félix Voisin, un service d'enfants autonomes, le principe de cette séparation ne sera posé, pour l'ensemble des asiles, que par Max Parchappe en 1853. Principe seulement : le rapport d'inspection de 1878 constate en effet que 12 asiles seulement, sur 104, sont pourvus de services d'enfants, et Désiré Bourneville peut encore dénoncer, en 1887 le scandale persistant du mélange, à l'asile, des enfants et des adultes. Des institutions proprement psychiatriques destinées à l'enfance n'apparaissent donc que vers la fin du siècle. Les adolescents devront attendre les leurs plus encore ».*

En cette fin du XIXème siècle, il n'y a pas encore de place à la compréhension psychodynamique de comportements posant problème chez des enfants qui ont « l'air » sans tare constitutionnelle. Le caractère et la personnalité ne sont pas encore des thèmes stabilisés pour la médecine mentale de l'enfant.

Les enfants placés, asociaux, agités, délinquants sont sous l'œil et la main de la justice et des services sociaux. Ce sont eux qui vont appeler la médecine mentale auprès de ces enfants. Elle va venir et constituer la pédopsychiatrie moderne.

2.2.2 L'institut Théophile Roussel

L'histoire de ce foyer devenu service hospitalier de pédopsychiatrie, rend compte de l'évolution fraternelle (dans le sens d'une parenté commune et non de l'aconflictualité généralement et paradoxalement attribuée à la fraternité) des idées et des espoirs portant la problématique des enfants placés et celle de la psychiatrie de l'enfant.

Théophile Roussel (1816-1903) est un médecin et homme politique qui construit les lois fondant la « Protection de l'enfance » de 1874, 1889 et en 1898, dites « lois Roussel ». En 1902 l'institut est bâti par le Conseil Général de la Seine pour accueillir des mineurs délinquants (Braesco, 2006). Ces enfants perturbateurs, sans le demander, vivent un changement lent et majeur de leur statut : Il ne faut plus les punir, en tout cas, plus uniquement ; il faut maintenant aussi les soigner...

L'administrateur Paul Strauss, futur ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, souhaite une véritable « orthopédie mentale » : *« Malades de l'intelligence, atteints d'instabilité mentale, enclins au vagabondage, pervers, frappés de déviations intellectuelles ! L'école de la Salpêtrière et de Bicêtre a montré ce qu'il était possible de faire à l'égard des enfants idiots ou arriérés ; la méthode de Seguin mise en pratique par Delasiauve, par notre savant et ancien collègue, M. le docteur Bourneville, d'autres encore, ne vise pas uniquement les épileptiques, les grands malades, pourrait-on dire, mais encore les demi-malades, ceux que M. le docteur Thulié a judicieusement appelés les difformes de l'intelligence. Ce n'est pas à punir, mais bien à guérir que nous devons apporter nos soins. Ce que nous voulons tenter, c'est une oeuvre d'orthopédie mentale (...) L'école manquerait son but si elle n'était pas organisée en vue de l'application de ce traitement médicopédagogique dont Itard, Seguin, le docteur Bourneville, les docteurs Magnan, Legrain et Henri Thulié ont tracé les principes et construit les méthodes. »* (Braesco, 2006).

L'institut reçoit de plus en plus d'autres enfants que les mineurs délinquants. Il reçoit maintenant aussi les mineurs victimes, en danger et même simplement indisCIPLINÉS de l'école. L'école étant devenue obligatoire en 1882, il faut bien s'occuper maintenant de ceux qui n'y s'adaptent pas. Un aliéniste, le Dr G Paul-Boncours est intégré et participe aux admissions. La psychiatrie de l'enfant se construit et s'intéresse aux comportements a- ou anti-sociaux et non plus exclusivement aux déficiences de l'intelligence. Le modèle de compréhension de la pédopsychiatrie devient bien plus complexe, puisqu'un d'un « outil » défectueux qu'il faut réparer ou améliorer, on veut maintenant aborder, comprendre et traiter des comportements et des relations « posant problème », dont on n'a pas défini la cause ni la psychopathologie.

La tutelle de cet institut de l'administration pénitentiaire et la justice passe à la santé et l'Assistance Publique. Les dénominations de l'institut changent, souvent. La colonie pénitentiaire devient une école de préservation. Puis les psychiatres, les infirmières sont intégrées à l'institut qui crée une école d'éducateurs. Lentement, le dispositif va devenir un service de psychiatrie de l'enfant, acquérant le statut hospitalier en 1970.

2.2.3 La « clinique annexe » de neuropsychiatrie infantile de Georges Heuyer

C'est en 1925 que Georges Heuyer, psychiatre, parvient à créer la première institution spécialisée en « neuropsychiatrie infantile ». Il représente la figure constituante de la pédopsychiatrie française (Bienne, 2004). L'histoire de cette naissance est significative pour ressentir la proximité substantielle des problématiques des enfants « en danger », notamment placés, et de la pédopsychiatrie. Henri Rollet est juge du premier tribunal pour enfants créé en 1912. Il s'occupe d'enfants en danger, d'enfants délinquants et de leur éventuel placement. Ces enfants « terribles », entrent dans le large champ de « l'enfance malheureuse », ré-établissant encore leur statut ambigu, d'enfants à protéger et à « redresser ». Mais le juge Rollet veut qu'ils soient observés, examinés, traités, rééduqués et éventuellement soignés. Il faut prendre soin de leur état, en particulier mental, qui est en quelque sorte « pathologisé ».

Leurs histoires d'abandon, d'abus ou de mauvais traitement doivent faire l'objet d'une analyse particulière, permettant d'établir un lien avec leur comportement inadapté au groupe et aux règles, et d'ouvrir d'éventuelles nouvelles pistes de traitement du problème. En 1890 Henri Rollet avait créé un patronage, institution destinée à l'accueil des enfants « en danger moral », s'ouvrant ensuite aux prédélinquants, délinquants, fugueurs, vagabonds...(Bienne, 2004). Cette maison devient un lieu d'accueil et d'observation. Georges Heuyer participera à l'ouverture d'une consultation d'expertise en vue des placements, puis en 1923 établira une consultation de neuropsychiatrie infantile. Henri Rollet, veut plus, mieux. Plus de formalisation et d'envergure pour leur conviction que ces enfants doivent bénéficier de soins, de réflexion et de recherche, et de l'apport des connaissances actuelles. Il obtient de la faculté de médecine de Paris qu'elle choisisse un psychiatre capable d'examiner, de traiter ces enfants et d'enseigner à leur sujet. Heuyer est désigné.

En 1914, on avait pu lire dans sa thèse de médecine intitulée : « Enfants anormaux et délinquants juvéniles — nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers ». la conclusion suivante : « *Nous avons voulu montrer que les enfants inadaptés amenés dans les services de neuropsychiatrie, les enfants anormaux des écoles, les délinquants infantiles et juvéniles sont identiques...* ». (Braesco, 2006). La médecine mentale pour enfant, élargie ses préoccupations. Au-delà d'une intelligence défectueuse qu'il faut rééduquer, on peut maintenant s'intéresser aux comportements difficiles ou anormaux malgré une intelligence à peu près normale. Occupons-nous de la personnalité des agités ou agitateurs. Juges, éducateurs, surveillants vont médicaliser leur sujet.

La « Clinique annexe de neuropsychiatrie infantile » du Dr Heuyer, ouvre en 1925. Mais ce premier service de pédopsychiatrie naît en dehors de l'hôpital, au sein du patronage du Juge Rollet, sorte de « foyer justice des mineurs ». La clinique annexe est par contre rattachée à la chaire des maladies mentales et à celle des maladies de l'enfance à la faculté de médecine de Paris.

En 1948, la chaire de neuropsychiatrie infantile se détache de la psychiatrie et de la pédiatrie qui la co-hébergeaient, et devient autonome. Georges Heuyer la dirige (Dugravier et Guedeney, 2006). Le premier centre de pédopsychiatrie est né en 1925 entre la rue, le tribunal pour enfant, les foyers sociaux et la faculté de médecine.

Cette spécialité ne sera acceptée que 15 ans plus tard dans un hôpital, en 1940 à l'hôpital Necker, puis transféré en 1954 à la Pitié-Salpêtrière, après avoir étendu ses indications et intérêts aux comportements difficiles ou inadaptés des enfants quelque soit leur situation, dépassant très largement celle des enfants placés, séparés ou délinquants. Pour entrer à l'hôpital, la discipline doit savoir s'occuper d'enfants plus ordinaires que les idiots ou les délinquants, et intéresser ainsi la société civile dans son ensemble. « L'inadaptation réactionnelle » décrivant des problématiques très variées, devient le motif principal de la consultation d'Heuyer dans les années cinquante. (Bienne, 2004).

Repères chronologiques (Service de Georges Heuyer)

1890 : Patronage pour enfant en danger moral (délinquants, vagabonds etc.) fondé par Henri Rollet (avocat) à Paris.

1912 : Extension du Patronage par la création d'une Maison d'accueil et d'observation dans laquelle se développe une consultation d'expertise médico-psychiatrique pour enfant en vue d'un éventuel placement menée par Heuyer. Dans la même année, création du premier tribunal pour enfant à Paris. Henri Rollet y devient Juge de cette section.

1923 Georges Heuyer établit la première consultation de neuropsychiatrie infantile dans l'institution de Rollet.

1925 Création de la Clinique annexe de neuropsychiatrie infantile dirigée par Heuyer dans des murs offerts par le Patronage, rattachée aux chaires de la clinique des maladies mentales et des maladies de l'enfance de la faculté de médecine de Paris. Développement d'un enseignement pour intéresser les médecins au « social ».

1930 : Reconnaissance de la Clinique annexe par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et rattachement aux hôpitaux de Paris

1940 : Transfert de l'unité dans un hôpital (Necker-Enfants Malades).

1948 : Création de la chaire de neuropsychiatrie infantile dirigée par Heuyer à la faculté de médecine de Paris.

1954 : Transfert du service à l'hôpital de la Pitié-Sapétrière à Paris.

Cette négociation ancienne, lancinante entre « la médecine et le social » n'est pas terminée. Elle ne peut l'être. Cette insuffisante détermination des champs dont relèvent les enfants en danger induit bien souvent les difficultés de coordination interprofessionnelles, surtout quand le cas est urgent ou violent. Nous y reviendrons plus tard.

La « psychiatisation » de ces enfants, de leurs histoires et de leur comportement, est corrélée au développement des théories psychopathologiques. Ces enfants vont bénéficier de l'introduction des théories psychologiques et psychopathologiques, de leurs méthodes de traitement et de leurs évolutions, mais vont être aussi un terrain très riche du développement de la réflexion pour ces mêmes théories. Les enfants en danger et séparés permettent des observations « naturelles » et directes, à la fois des effets que produisent les mauvais traitements ou la déprivation maternelle sur le développement psychique, mais aussi ceux produits par les séparations parents/enfants, choisies, ou subies, mises parfois en place pour éviter justement les nuisances de la maltraitance...

La période de constitution de la pédopsychiatrie, dans ces années 1920 est celle de l'essor bouillonnant de la psychanalyse. Georges Heuyer va pouvoir introduire directement dans son institution les concepts freudiens permettant une nouvelle compréhension des symptômes, mais aussi les cadres nécessaires aux psychothérapies. L'inadaptation, souvent l'agitation, parfois la violence de ces enfants, peuvent maintenant correspondre à des troubles psychopathologiques, et pourraient être, au moins en partie, soignés.

Heuyer met en avant trois apports majeurs de la psychanalyse pour ces enfants :
« Freud a apporté trois grandes nouvelles qui ont renouvelé la psychiatrie, la psychologie en général et particulièrement la psychiatrie infantile [...]. Freud a montré que l'affectivité joue un rôle supérieur à celui de l'intelligence dans le déterminisme de notre vie quotidienne, qu'elle soit normale, pathologique ou

délinquante. Il a montré l'importance du milieu familial et du climat affectif dans lequel l'enfant se développe et effectue sa maturation. Il a montré l'existence de la sexualité infantile. »

Ce modèle, cette rupture dans l'histoire des idées mais aussi des individus, devenant « sujets », va permettre d'étendre le modèle de compréhension et de soin à d'autres situations et troubles, et élargir le champ d'intervention de la pédopsychiatrie à d'autres enfants et autres situations que les enfants en danger. Le tribunal n'est plus seul pourvoyeur de consultants ou de patients. La famille et l'école apparaissent lentement comme les autres lieux de dépistage et de besoin de cette nouvelle discipline qui décrète que l'enfant pense, peut en souffrir ou même penser « anormalement ».

2.2.4 La problématique de la séparation précoce et de la carence de soins maternels : nouvelle collusion intense entre le placement d'enfant et la pédopsychiatrie

Après la 2^{ème} guerre mondiale, l'étude sur les carences de soins maternels devient progressivement un enjeu majeur pour la pédopsychiatrie. Les petits enfants placés en institution en sont les modèles naturels. Cet intérêt pour le développement psycho-affectif du nourrisson et ce champ d'observation sont nouveaux. Georges Heuyer, par exemple, disait lui-même que « *le nourrisson est surtout un système nerveux qui se développe. Quand on se penche sur un berceau, ce ne sont pas des manifestations d'intelligence que l'on remarque [...]. Ce sont des excitations sensorielles et des réactions motrices* » (Duché, 1990).

A Londres, Anna Freud, Mélanie Klein, psychanalystes d'origine autrichienne, puis Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, venaient de poser l'importance de s'intéresser spécifiquement au développement psychoaffectif du nourrisson, dans la relation à sa mère, et l'importance de la continuité des processus de soins maternels.

Le contexte historique traumatisé et fasciné par les images effrayantes des enfants dans les camps de concentration, les nurseries ou instituts débordants d'enfants ayant perdu leurs parents, va puissamment agir au développement des modèles de

compréhension de la relation mère-enfant et de ses ruptures. Dès 1944, Anna Freud publie l'ouvrage « *Infants without families* », où elle décrit ses observations concernant le développement et le comportement de dizaines d'enfants privés de leur mère recueillis à la nursery d'Hampstead (Freud A, Burlingham D, 1949). Aux Etats-Unis en 1946, René Spitz psychanalyste d'origine hongroise, construira le concept d'« hospitalisme » et de « dépression anaclitique », en étudiant notamment les nourrissons dans les orphelinats, home d'enfants abandonnés ou encore les pouponnières (Golse, 1997, p 53). Anna Freud, à Londres étudie le comportement et le développement de dizaines d'enfants abandonnés dans des nurseries, et le décrit dans

En 1951, l'OMS demande au psychiatre anglais Jonh Bowlby d'établir une monographie correspondant à un état des lieux des travaux sur la carence de soin maternel et les séparations précoces. Bowlby construit quelques années plus tard la « Théorie de l'Attachement », qui va permettre, notamment avec les travaux de Marie Ainsworth aux Etats-Unis d'inclure une dimension expérimentale et objectivable dans la recherche sur la séparation d'enfant et les placements (Ainsworth,1961). Ces travaux rompent avec la continuité psychanalytique, en introduisant notamment des concepts issus de l'éthologie.

Cette dynamique de recherche, de théorisation, a trouvé une bonne partie de son inspiration auprès des enfants placés en institutions. Elle y cherchera des applications. En France, Jenny Aubry, ancienne assistante de Georges Heuyer, s'implique dans une pouponnière pour enfants de 0 à 3 ans, annexée au service de pédiatrie qu'elle dirige. Il s'agit de la Fondation des Parents de Rosan. En faisant venir Marcelle Geber, Geneviève Appel puis Myriam David, se scelle un champ théorique et des applications spécifiques pour le monde des enfants placés. Ils bénéficient à la fois des connaissances les plus actuelles, et de la poussée éthique et humaniste de l'Après-Guerre.

La féminité des praticiens et des théoriciens sur la problématique de la séparation précoce et des carences de soins maternels est remarquable.

Elles vont parvenir à modifier le fonctionnement et les attitudes des personnels de ces institutions, vers plus de permanence et d'affection exprimée, en montrant que

ces institutions étaient maltraitantes par négligence comme par indifférence (Dugravier et Guedeney, 2006).

Mais c'est uniquement par un travail patient et proximal auprès du personnel qu'elles ont obtenu quelques changements. Jenny Aubry crée le premier placement familial spécialisé en 1950 (Dugravier et Guedeney, 2006) ; Myriam David s'implique fortement dans la formation des assistantes sociales. Il aurait été simple et risqué de pointer les conduites indignes et inhumaines du personnel de ces institutions, sans comprendre que le défaut d'encadrement, mais aussi le désarroi et le marasme social du personnel lui-même en était responsable (Dugravier et Guedeney, 2006). La Fondation Parents-de- Rosan existe toujours. L'institution est devenue un foyer de l'Aide Sociale à l'Enfance (Dugravier et Guedeney, 2006).

Michel Soulé, un des derniers « séniors » de la pédopsychiatrie française décédé en janvier 2012, s'engage auprès des enfants placés, dans les années soixante et soixante-dix, avec un intérêt particulier pour la petite enfance et la séparation (Braconnier, 2001). En 1972, le rapport Dupont-Fauville (Dupont-Fauville, 1973) prévoit une réforme du dispositif de protection de l'enfance, largement inspiré et concomitant de son article « Malaise dans la bienfaisance ou l'enfermement des enfants dits cas sociaux » (Soulé et Noel, 1971). Les nouvelles compréhensions du développement psycho-affectif du petit enfant, sont intégrées, et permettent d'affirmer l'importance de la continuité et de la prévention.

Les conséquences sur l'organisation des dispositifs apparaissent, par une nouvelle tentative d'unifier les problématiques sociales et médico-psychologiques, et donc les professionnels et administrations respectifs. Le « Secteur Unifié de l'Enfance » correspond à un dispositif expérimental créé en 1975 dans le XIVème arrondissement de Paris, permettant la coordination permanente des aspects sociaux et médico-psychologique grâce à une organisation hiérarchique unique ayant autorité sur les différents secteurs : Aide Sociale à l'Enfance, Protection Maternelle et Infantile et pédopsychiatrie. Michel Soulé attachera aussi une grande importance à la formation multidisciplinaire, en proposant des enseignements de pédopsychiatrie très ouverts aux travailleurs sociaux. (Braconnier, 2001).

2.2.5 L'intérêt de la pédopsychiatrie pour l'adolescent et sa violence

Nous venons de voir que la grande poussée scientifique, théorique et éthique existant depuis l'Après-Guerre, et agissant sur les rapports entre la pédopsychiatrie et la protection de l'enfance, est principalement préoccupée par la période de la petite enfance et des relations précoces. La grande enfance et l'adolescence avaient auparavant occupé la place, par la problématique de la délinquance juvénile, des enfants inadaptés, errants ou vagabonds. Enfants et adolescents potentiellement à placer.

Ces deux périodes de la vie de l'enfant, présentent une différence notable pour la société. Avec le nourrisson, on se préoccupe d'un enfant « inoffensif », plus perturbé que perturbateur... Ce qui n'est plus garanti lorsqu'il a grandi. L'adolescent « en danger » bénéficie de modifications très significatives de l'organisation sociale et des représentations, mais les intérêts théoriques sont souvent occupés par le spectre du « passage à l'acte » et de la délinquance. Peu importe il faudra probablement les soigner. L'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, crée les juges pour enfants, rappelle l'importance de les protéger, la primauté de l'éducation sur la répression, et la nécessité des investigations psychologiques. Dans les « motifs » de l'ordonnance, il est exposé : *« l'enquête sociale elle-même sera complétée par un examen médical et médico-psychologique, sur l'importance duquel il n'est point nécessaire d'insister. »*

Mais les pédopsychiatres sont dans cette période de l'après-guerre moins nombreux sur le sujet de l'adolescence que sur celui la périnatalité et les troubles de la relation précoce. Différents dispositifs et dynamiques théoriques vont cependant se développer au sujet des adolescents. Le thème le plus souvent mis en avant est celui des comportements perturbateurs, qui n'est qu'un thème connexe à celui des adolescents placés.

La thématique de l'adolescence renvoie largement à celle de la violence. Arveiller (2006) rappelle que le premier ouvrage sur l'adolescence, traité de 1500 pages de psychologie et sociologie de Stanley Hall en 1904 met en avant dès le titre la problématique du passage à l'acte : *« Adolescence, its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education »*.

C'est l'agir ou le passage à l'acte de l'adolescent qui fait mouche. Philippe Gutton (2005) nous ramène que : « *Suicide, addictions, faits divers, (auto) mutilations, anorexies... La violence semble faire partie de l'univers des adolescents. Leurs crises secouent ceux qui les côtoient, aussi bien les familles que les 'professionnels de la jeunesse'. Les parents veulent les protéger de leurs 'conduites à risques'. Les institutions, de l'école à la justice, les accusent de se comporter en anarchistes, qui ne respectent ni loi, ni dieu, ni maître. La société, qui envie leur jeunesse et leur beauté, les trouve volontiers incultes et dangereux. Pour nous tous, les adultes, ils sont menaçants, surtout lorsqu'ils vont « en bande ».*

La pédopsychiatrie en cours de construction met assez rapidement les thèmes de l'agression et de l'adolescence en évidence pour ses préoccupations. Georges Heuyer fut un des cofondateurs de l'association européenne de psychiatrie de l'enfant en 1935 qui devint quelques années plus tard l'association internationale de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et professions alliées. La première conférence internationale de psychiatrie de l'enfant eut lieu à Paris en 1937 sous sa présidence. La seconde en 1948, se déroula à Londres et fut centrée sur le sujet de l'agression. « L'adolescence » fut un peu plus tard le thème formel de la conférence d'Edinburgh en 1966 présidée par John Bolwby.

Concernant les dispositifs de soins, Pierre Mâle crée en 1948 la Guidance Infantile de l'hôpital Henri Rousselle, centre de soin, de rééducation et de pédagogie spécialisée, dans lequel les adolescents auront une consultation spécifique, et qui lui permettra de développer la spécificité psychopathologique associée à cette période, incluant la clinique du passage à l'acte et de la violence (Mâle, 1980).

Hubert Flavigny va ouvrir le premier service de psychiatrie spécialisé pour l'adolescent en 1964 (Lemaire, 2006). Il va développer un intérêt particulier pour l'adolescent délinquant, asocial et ainsi définir de nouvelles pistes pour permettre la rencontre professionnelle entre pédopsychiatres, éducateurs et juges pour enfant.

La violence, et de façon générale la psychopathie et la délinquance rappellent à l'ordre la pédopsychiatrie de façon assez permanente. Elle sera interrogée sans fin sur les bons moyens de traitement de ces jeunes gens, impulsifs et possiblement dangereux. Le « pourquoi et comment certains font-ils tant de mal aux autres »,

thème sans doute éternel, garantit un éveil de la psychopathologie de l'adolescent. Et même si la collusion des sujets adolescence et délinquance est défavorablement réductrice, elle assure au moins que le sujet ne se démodera pas.

La plupart des pédopsychiatres français pionniers de la discipline ont du s'intéresser de façon plus ou moins volumineuse à cette problématique adolescente et ses comportements difficiles et transgressifs, que leur aîné, Georges Heuyer avait investie et posée comme préoccupation majeure pour la discipline. Serge Lebovici, René Diatkine, Didier Jacques Duché notamment figures porteuses et constituantes de la pédopsychiatrie française d'Après-guerre auront été assistants dans la clinique de Georges Heuyer (Bienne, 2004), imprégnée de ses problématiques initiales, sociales et juridiques, et consacreront quelques travaux à la psychopathie de l'adolescent (Misès et Castagnet, 1980) ou la délinquance (Mazet, 2011). Stanislas Tomkiewicz a publié de nombreux articles et ouvrages au sujet des troubles du comportement ou des conduites des adolescents, en lien à son activité au foyer de semi-liberté de Vitry-sur-Seine tel qu'il le décrit dans son ouvrage autobiographique « l'adolescence volée » (Tomkiewicz, 1999).

En Angleterre, les travaux de Jonh Bowlby sur l'attachement et ses troubles, mais aussi de Donald Winnicot sur la discontinuité de soin maternel, amènent des ouvertures explicatives aux troubles du comportement des adolescents (Misès, 1980), incluant sa délinquance. Dès 1944, Bowlby étudie la personnalité et les conditions de vie familiale d'une population de quarante-quatre jeune voleurs (Bowlby, 1944). Le fondateur de la pédopsychiatrie anglaise, Michael Rutter explorera dans la constitution de la discipline la problématique des enfants placés et celle du trouble des conduites des adolescents (Rutter, 2000).

Dans les années 70, un intérêt se développe pour une violence nouvelle, curieuse, faite au corps de l'adolescent, par lui-même. Les troubles du comportement alimentaire, et en particulier l'anorexie mentale. Philippe Jeammet, assistant puis successeur d'Hubert Flavigny, va pouvoir développer des techniques et des concepts qui vont ouvrir la psychiatrie de l'adolescent plus loin que la clinique du passage à l'acte contre les autres ou l'environnement.

La spécialité s'est largement étendue au-delà de la clinique du passage à l'acte, s'intéressant à la souffrance, ses causes et ses résolutions de façon plus générale, instaurant des dispositifs hautement multidisciplinaires comme a pu le faire notamment Marcel Rufo à Paris (Maison des Adolescents de l'hôpital Cochin en 2004, service dirigé actuellement par Marie-Rose Moro). La spécialité peut et doit savoir maintenant s'occuper des enfants et adolescents dans des situations très variées, superficielles ou très graves, en gardant la nécessité de multidisciplinarité associant psychologie, pédagogie, travail social et éducatif, neurologie ou pharmacologie, tant dans l'analyse que dans ses traitements. Comme nous le décriront plus loin, les Maisons de l'Adolescent, en propose une forme actuelle et répandue sur le territoire (Fuseau et Moro, 2011, Bronsard, Bruneau et Rufo, 2011).

La pédopsychiatrie moderne s'est constituée formellement il y a bientôt un siècle, en investissant spécifiquement, et principalement à l'époque, le champ des enfants placés, séparés mais aussi perturbateurs ou délinquants, correspondant à deux thématiques corrélées : l'enfant victime et/ou l'enfant auteur.

L'étape de l'ouverture et du développement de la psychopathologie et du modèle de compréhension psychodynamique s'est alors constitué, brutalisant les modèles défectologiques et de la pédagogie adaptée du XIX^{ème} siècle. La façon dont on prend soin des enfants, va s'affirmer comme un levier majeur de protection contre les troubles psychiques ou au contraire comme facteur de risque principal de leur constitution. Cela va amener la spécialité à affirmer l'intérêt et l'espoir attribué aux psychothérapies, et non plus uniquement aux rééducations et pédagogies adaptées.

Le débat sans fin opposant l'inné et l'acquis, y trouvera une belle relance, avec ses excès et ses rages les plus inquiétants, renforçant « la confusément pressentie culpabilité maternelle » face aux troubles de leur enfants : cet enfant est perturbé car on s'en est mal occupé. La discipline s'est largement ouverte à d'autres problématiques que sont les troubles plus subtils du langage et de la relation, recouvrant finalement tout le champ du développement psychologique et affectif de l'enfant et de l'adolescent.

La rencontre des enfants placés et de la pédopsychiatrie a favorisé l'épanouissement de la discipline, en particulier au sujet du développement et des besoins précoces, mais aussi au sujet des adolescents et de leur comportement. Elle a pu ainsi porter

des nouvelles façons de s'occuper et de prendre soin d'eux. Le champ des enfants placés reste et doit rester un modèle pour étudier et réfléchir le développement psychique dans ses interactions avec l'environnement, enjeu théorique majeur de la spécialité, sans cesse réactivé, notamment par les découvertes de la génétique et de l'épigénétique. Ce champ doit aussi persister à être un terrain privilégié actif pour la réflexion éthique, d'autant plus que leur condition familiale fait que leurs parents sont eux en difficultés pour promouvoir, revendiquer ou militer en leur faveur.

2.3 Les dispositifs médicaux actuels impliqués auprès des enfants placés

Il est difficile d'isoler et de classer les actions ou dispositifs du milieu sanitaire établis dans le champ de la protection de l'enfance. Les deux thèmes connexes à celui des placements d'enfants, la maltraitance et la violence, que nous avons suivis à travers l'histoire de la psychiatrie de l'enfant ne sont pas spécifiques à la psychiatrie, ni à la pédiatrie et sont repris par de très nombreuses disciplines et sujets de société.

La maltraitance et l'agression sexuelle des enfants d'une part et la violence et la délinquance des jeunes d'autre part, correspondent à deux sujets particulièrement médiatisés et surexposés dans notre actualité. Ces deux sujets sont aussi médicalisés de façon assez importante. Ils portent la même force passionnelle, mais à tonalité strictement inverse. Comme l'évoque Marcelli à propos de la représentation des enfants en général, le nourrisson est autant sacralisé que l'adolescent est rejeté (Marcelli, 2010). Il s'agit pourtant souvent de la même personne, 10 ans plus tard. Le petit enfant maltraité et agressé suscite une compassion aussi spectaculaire que l'effroi suscité par l'adolescent agressif.

- La maltraitance et l'agression sexuelle de l'enfant

L'enfant placé est toujours actuellement facilement victime d'agressions, d'abus ou de négligence. Il peut en effet largement être placé pour ces raisons. Le thème énorme et agité de la maltraitance à enfant, notamment victime d'abus sexuel apparaît dans de très nombreuses disciplines médicales : urgences, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie etc...et bien sûr non médicales : justice, police, travail social, pédagogie etc...Il faut reconnaître, dépister, trier, prévenir, traiter, juger et même communiquer. Depuis les années 90 une multitude d'actions, de contre-actions, se développent, portées par des lois, des circulaires, des associations de victimes, suivies ensuite par des associations de victimes d'accusations mensongères de fausses victime (Collectif JAMAC 1998), enjoignant hôpitaux, services sociaux, santé scolaire à mettre en place des actions ou dispositifs. La coordination est malaisée, compte-tenu du nombre d'intervenants potentiels et de la tension induite par le sujet. La place des hôpitaux et leur articulation avec les Conseils Généraux par exemple est complexe et mal définie par les textes. (Roussey, Balençon et Suissa, 2009)

Les dispositifs remarquables qui ont été mis en place sont basés sur une représentation victimologique, c'est-à-dire présupposant que celui qui se présente se considère comme une victime, ou au moins est considéré comme tel par celui qui l'amène. La possibilité de coexistence de faits ou de vécus de faits contradictoires comme celui de pouvoir être en même temps ou à des temps différents, mais chez la même personne, victime d'agression et auteur, perturbe et complexifie le fonctionnement.

De nombreux services, de pédiatrie le plus souvent, mais aussi de gynécologie, de pédopsychiatrie ou d'autres disciplines ont créé des centres d'accueil et de traitement des victimes, parfois réservés aux victimes d'abus sexuels. On peut bien sûr y rencontrer des enfants ayant un parcours de placement ou qui y seront amenés. Le Centre d'Accueil des Victimes d'abus sexuels et des enfants Maltraités (CAVASEM), les unités d'accueil pour jeunes victimes, sont le plus souvent gérés ou rattachés à des services de pédiatrie. Ils ont été créés par plusieurs circulaires entre 1992 et 2000 (Roussey et al, 2009). En 2004, on comptait une quarantaine d'unités spécifiques dans les hôpitaux. Des pôles de référence Régionaux ont été créés pour coordonner les actions (Roussey et al.2009).

Notons que le dispositif d'Angers, dans le Maine et Loire n'a pas affiché la « victimité » préalable, en nommant son unité « Permanence d'accueil de l'enfant en danger ». Cette unité s'apparente aux dispositifs spécifiques de prise en charge de l'enfant victime et maltraité, puisque il peut accueillir dans les cadres « médico-social » ou judiciaire (cf au site internet du CHU d'Angers <http://med2.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/presentation.htm>)

- La violence et la délinquance des jeunes

Ce thème représente la deuxième face de l'inquiétude que suscite l'enfance en danger, qui en plus d'être victime, peut être auteur. Et dans certain cas, les deux à la fois. Ces deux thèmes, et leur proximité inconfortable se trouvent à la constitution des tribunaux pour enfant par l'ordonnance 45. Le renvoi de ce thème aux enfants placés est indirect et ambigu. De nombreuses situations de violence agie par les enfants et les adolescents se développent dans un contexte de dysfonctionnement familial sévère et durable (Berger, 2002 ; Bronsard et al, 2010), et notamment les

violences conjugales (Savard et Zaouche-Gaudon, 2010), impliquant une réflexion sur l'enfant à protéger de sa famille, donc possiblement à placer. Les enfants maltraités et abusés, ont beaucoup de risque de devenir violents ou de présenter des troubles des conduites (Inserm, 2006). Rappelons les pronostics de Lamartine, annonçant que l'arrachement des enfants à leur mère, endurcira leurs âmes, et leur apprendra à n'aimer personne...(cf supra). La problématique de la violence est à attendre dans les situations de placement.

Enfin comme nous le verrons plus loin, la violence est un « symptôme » facilement invoqué par les services sociaux pour solliciter la médecine, en particulier la psychiatrie. Ces deux thèmes ont une puissance durable et sûrement irréductible pour maintenir et développer la dimension médicale auprès des enfants placés.

2.3.1 La protection maternelle et infantile (PMI)

Certains dispositifs médicaux se posent en proximité de la problématique des enfants placés. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance doit renforcer la prévention et le dépistage des situations de violence et de maltraitance. Les services de Protection Maternelle et Infantile ont intensifié leurs actions historiques de prévention et de protection, en formalisant des bilans et entretiens au 4^{ème} mois de grossesse, par des visites à domicile quelques jours après la sortie de maternité. Depuis 1945, la préoccupation alliant prévention nutritionnelle, infectieuse et éducative, s'est au fil du temps développée sur la dimension psycho-sociale. (loi 1945/ loi 2007)

Ces services médicaux sont confiés aux Conseils Généraux. Dans certains départements, comme dans celui des Bouches-du-Rhône, ils ont formellement la charge de la santé des enfants confiés à l'ASE jusqu'à 6 ans.

2.3.2 La pédiatrie sociale ?

Il ne s'agit pas d'une pédiatrie spécialisée pour les enfants en difficultés sociales, même si ceux qui s'en revendiquent, montrent une sensibilité aux problématiques de la maltraitance et des enfants en situations vulnérables, mais de façon générale. Ce terme ne représente pas non plus une spécialisation formelle. Robert Debré, pourtant un de ses instigateurs, propose de considérer que la pédiatrie sociale est un état d'esprit, plus qu'une spécialité (Roussey et Kremp, 2004, p XV). Cet esprit doit

amener le praticien à une approche globale de la problématique de la santé, analysant la situation de l'enfant dans son environnement. Un club international de pédiatrie sociale existe depuis 1969. La santé publique, la prévention et la pluridisciplinarité sont les préoccupations principales. (Roussey et Kremp, 2004, p XV).

Quelques centres de pédiatrie, dont certains hospitaliers sont ainsi désignés au Québec (Canada).

2.3.3 La pédopsychiatrie auprès des enfants placés

Il n'existe pas de service spécifiquement organisé pour la problématique des enfants ou adolescents placés. Mais certains services ont su développer une pratique et un intérêt remarquable pour les enfants placés. Nous développerons plus tard l'intérêt et les risques d'établir une spécificité thématique de la pédopsychiatrie au sujet des enfants placés, que l'on nommerait pédopsychiatrie sociale.

L'absence de désignation formelle rend très difficile le recensement des services ou secteurs ayant réalisé de tels dispositifs. Il n'existe d'ailleurs pas de mission obligatoire spécifique en faveur de ces enfants placés. Les actions et les intérêts sont développés selon les circonstances.

- Petite enfance

L'intérêt porté à la périnatalité et à la clinique du nourrisson est bien visible en pédopsychiatrie en France : consultations, unités mère-enfant, réseaux de périnatalité autour des maternités. Ces réseaux peuvent intégrer une pouponnière, lieux de vie de certains nourrissons placés avant 3 ans. Des services de pédopsychiatrie, ou des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) peuvent déclarer leur intérêt pour le sujet et conventionner leurs actions auprès des services sociaux, de foyers, de réseaux de famille d'accueil, de pouponnières comme c'est le cas pour le CMPP Départemental de Marseille (Unité de Soins Précoces, Dr Ehret).

A Paris, le Dr Pascal Richard dirige le CFAT (Centre Familial d'Action Thérapeutique) créé en 1966 par le Dr Myriam David, et le PFT (Placement familial thérapeutique) de l'hôpital Esquirol, créé en 1987, formant aujourd'hui, de par l'établissement d'une convention intersectorielle, l'UIAFT (Unité intersectorielle d'accueil familial

thérapeutique). D'autres services sont certainement impliqués auprès des petits enfants placés, mais ils ne sont pas recensés en temps que tel.

Citons une expérience de coopération entre une équipe de psychiatrie infanto-juvénile et les équipes du Centre d'Accueil d'Urgence Saint-Vincent de Paul, de l'aide sociale à l'enfance de Paris. Cette action a été engagée au milieu des années 90 par l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile du 14^{ème} arrondissement. Elle permet la mise en place de moyens médico-psychologiques spécifiquement réfléchis et organisés pour les enfants confiés à l'ASE, hébergés dans les foyers d'urgence. (Pérouse de Monclot, 2006).

- L'adolescent

La psychiatrie de l'adolescent a connu un volumineux investissement depuis la fin des années 90, avec une large apparition de la problématique dans la société civile et la création de très nombreuses unités de soins pour adolescent, surtout ambulatoires mais aussi hospitalières et des « Maisons de l'Adolescent » depuis le début des années 2000. L'évolution des publications sur le sujet est d'ailleurs très significative. L'analyse du nombre de publications en sciences sociales et psychologie (CAIRN INFO) utilisant « adolescent » comme mot-clé montre une multiplication par un facteur 10 dans les années 90 et un facteur 100 après 2000. En médecine, le moteur de recherche « Science Direct » (Elsevier) montre une augmentation par un facteur 5 entre 1973 et 1992 et par un facteur 7 entre 1993 et 2011. Les 2 revues internationales « Journal of Adolescence » et « Journal of Adolescent Health » (Ancien « Journal of Adolescence Health Care ») ont été fondées en 1980 et 1978, et mettent d'emblée en avant le principe « multi » voire « trans » disciplinaire. La revue française Adolescence, dirigée par Philippe Gutton a été fondée en 1983.

Si l'importance de la multidisciplinarité et des activités en réseaux est volontiers mise en avant dans les prises en charge d'adolescents (Versini, 2007, p81), la collaboration avec les services de la protection sociale est faible et médiocre (Naves et Cathala, 2000 ; Wielnarz, 2007 ; Bronsard et al 2011a). Une description des actions et dispositifs actuels impliqués dans la prise en charge des adolescents et des difficultés que les professionnels rencontrent pour articuler leurs actions lorsqu'ils

sont issus de milieux professionnels différents, a été réalisé par l'équipe de Dominique Versini, Défenseuse des Enfants, en 2007. L'articulation des services socio-éducatifs et de la pédopsychiatrie sont décrits difficiles, en particulier dans les situations de crises comportementales. (Versini, 2007, p81).

Quelques exemples de dispositifs ou de formalisation d'articulation entre les champs socio-éducatif et pédopsychiatrique peuvent être cités. Certains services de pédopsychiatrie organisent ou co-organisent des cadres de rencontre des différents professionnels de l'adolescence, dont ceux de la protection de l'enfance en difficulté dans une situation. Ces réseaux, ou cadres formels, s'inspirent de l'expérience et des actions du DERPAD (Dispositif Expert Régional Pour Adolescent en Difficulté) à Paris fondé en 1994, dispositif emmené par Philippe Jeammet.

Paul Bizouard a créé une unité médico-éducative pour adolescent à Besançon, qui unit des moyens de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile et de l'ASE pour résoudre des problématiques ressortant de façon concomitante de ces deux champs (Entretien avec le Pr Paul Bizouard, 2006).

Maurice Berger dirige probablement le seul service français de pédopsychiatrie, à notre connaissance, proposant un dispositif thérapeutique spécifiquement et intentionnellement adapté aux enfants et adolescents présentant des troubles sévères ou très sévères du comportement à expression hétéro-agressive. Son service, à Saint Etienne, a organisé une place spécifique et formalisée à la condition d'enfant confié à l'ASE. Cette formalisation permet de définir la place et l'implication des travailleurs sociaux à qui les enfants sont confiés, mais aussi à des parents dont le statut « en danger » de leurs enfants, complexifie leur position. (Berger, 2003, Chapitre 6 ; Berger 2005, chapitre 7).

Enfin, il existe à Marseille, un service hospitalier associatif regroupant des lits sanitaires et une Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire, co-financé par l'assurance maladie et le Conseil Général des Bouches-du-Rhône (Association Séréna, Dr Gilbert Fabre).

Le travail auprès d'enfants placés pourtant nécessite une réflexion et une place particulière pour les éducateurs, les Juges pour enfant, les spécificités de la place

des parents qui ont été désignés comme défailants ou même dangereux, mais aussi un savoir-faire au sujet de la gestion de la violence. Une absence de réflexion et de préparation peut induire que certains services sanitaires soient vite dépassés, renvoyant les adolescents vers le champ socio-éducatif mettant en avant une insuffisance de dimension pathologique. Certains auteurs, pensent pourtant que la violence sévère masque bien souvent des processus psychiques pathologiques et nécessitant des soins (Berger, 2001). Ces renvois itératifs d'un champ professionnels vers un autre, en particulier entre le social et le sanitaire, créent un groupe particulier d'adolescents désignés alors comme « difficiles ». La rencontre inter-professionnelle doit donc être ré-organisée.

Enfin ces enfants pourraient montrer des profils pathologiques spécifiques, correspondant à l'existence de certaines caractéristiques de leur histoire et de leur développement (Berger, 2006). Faut il donc constituer une spécialisation ou au moins formaliser des dispositifs spécifiques pour soigner les adolescents de l'ASE ? Nous reprendrons plus loin, en quatrième partie, ces constats et les pistes de résolution.

Deuxième partie

Epidémiologie psychiatrique et Qualité de Vie des adolescents placés

3 La Recherche médicale auprès des enfants placés.

« Ce que je voudrais établir, c'est une médecine efficace et standardisée pour une population comme la nôtre [une population ouvrière, pauvre et mal logée]-avec des preuves d'efficacité- et sortir du bafouillage philanthropico-clinique, vaniteux et dérisoire dont on se contente actuellement en médecine sociale et générale. »

Dr Louis Destouches (dit Céline)

Lettre au Dr Boudreau, 6 Mars 1929

In « Semmelweiss et autres écrits médicaux » p236-237

Le thème des enfants placés est ancien, et interpelle plusieurs champs de natures très différentes, dont la médecine. Les articulations entre les différentes disciplines impliquées ou intéressées, entre leur acteurs ou leurs concepts, est mal aisée, car peu de repères simples et partageables préexistent. Nous l'avons vu, s'occuper d'un enfant placé, peut solliciter des spécialités médicales, somatiques et psychologiques, le champ socio-éducatif, le champ socio-judiciaire, incluant des services de maintien de l'ordre, ou encore la pédagogie. Le thème peut faire réfléchir et écrire les sciences sociales, la politique et les administrations, l'éthique et la philosophie... Ces sollicitations, peuvent être de plus poussées par des idéologies, des illusions, des espoirs ou des craintes et parfois des peurs.

Bref, le sujet est a priori difficile à porter, maîtriser, organiser et ranger. Voire à calmer. Nous formulons l'hypothèse que la recherche médicale et l'utilisation de ses résultats sera un outil significatif pour améliorer les collaborations incontournables de ces nombreux professionnels et, peut être, la condition de ces enfants. Claude Bernard, dès la fin du XIX^{ème} siècle, attendait avec beaucoup d'espoir que le travail social recherche, évalue, mesure pour réaliser ses avancées attendues : *« Au lieu d'envisager les phénomènes sociaux comme des problèmes scientifiques, on marche à l'aventure en se confiant à son étoile »* (Bernard, 1974). Au fond objectiver,

un peu, ce que l'on fait ou pourrait faire face à ces enfants si difficiles à appréhender par la multitude des modèles de compréhension concomitants.

Mais ces situations vont-elles le supporter? Médicalisation, objectivation, scientification... ne vont elles pas ramener une fois de plus du malheur à ces enfants, par catégorisation, étiquetage, verrouillage, pronostics oraculaires... ? Au fond, un enfermement de plus. Comme le rappelle Arveiller (2011), « *cette médicalisation suivrait une logique classique depuis Michel Foucault : la lecture détournée par la médecine d'un phénomène social, avec renvoi de phénomènes collectifs à des causes individuelles, se constituant en moyen subtil de répression et perpétuant finalement les inégalités en majorant la ségrégation symbolique et sociale des plus défavorisés* ». La médecine et son obsession « objectivante » comme levier supplémentaire à la répression des faibles.

Pourtant, face à l'immensité, l'ancienneté et la complexité de la problématique des enfants placés, que peut, que doit et comment doit répondre la médecine ? Et puis doit-elle répondre?... Une absence de positionnement ou d'implication semble d'emblée inopportune. Comme nous l'avons décrit, elle est placée, de façon plus ou moins nette et consistante depuis les origines de la problématique des enfants placés, et elle a fait sienne quelques éléments ou objets corrélés à la situation de placement : psychopathologie de la séparation, prévention et puériculture, clinique de l'abandon et de la carence de soin, maltraitance, clinique de la violence et des troubles du comportement...

Et puis elle s'est rapprochée, des travailleurs sociaux, des pédagogues, des administrations de l'enfance, des politiques... elle a argumenté, parfois même milité. Elle a même cherché.

Nous présentons un état des lieux actuel de la recherche médicale au sujet des enfants placés. Nous verrons ensuite comment s'en servir.

3.1 Disciplines médicales impliquées auprès des enfants placés

De la même façon qu'il a été bien difficile de poser un état des lieux des dispositifs de soin existants auprès ou spécifiques des enfants placés, un tour exhaustif des productions de la recherche médicale sur ce thème présente les mêmes contraintes et limites. Bien sûr les thèmes très corrélés à la situation de placement que sont la maltraitance, l'abandon mais aussi la violence et les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent, sont une source certaine d'information et connaissance dans le champ médical au sujet de ces enfants. Mais existe-t-il une catégorisation renvoyant et définissant leur état « d'enfant placé » ?...

3.1.1 « L'enfant placé » comme sujet de recherche médicale en soi

La thématique peut apparaître dans plusieurs spécialités : psychiatrie et pédopsychiatrie, pédiatrie, médecine légale, épidémiologie et santé publique. Elle peut bien sûr aussi constituer des sujets ponctuels de n'importe quelle spécialité d'organe, lorsqu'il s'agit de s'intéresser à un problème spécifique de santé dans ce groupe d'enfants vulnérables.

Par ailleurs le groupe « enfant placés », correspondant pourtant à une définition administrative clairement repérable, ne constitue pas par contre un groupe stable dans le temps (cf infra, 1.2.2)

3.1.1.1 Traduction en anglais des termes habituellement utilisés au sujet des enfants placés

Enfin toute démarche de recherche doit pouvoir utiliser des termes et des « mots clefs », assez consensuels. Et si possible avec leur traduction, notamment en anglais.

Le groupe des enfants placés, appartient aux enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), ou plus rarement ceux placés directement par un Juge au Tribunal pour Enfant en placement dit « direct ». En français, les termes suivants pourraient être utilisés dans les recherches : enfants placés, enfants confié à l'ASE, enfants séparés, enfants vivant en famille d'accueil, enfant vivant en foyers, enfant vivant en institution sociale etc...

Mais c'est dans la traduction de ces différents termes que quelques incertitudes surviennent. Nous avons largement vu que les catégories, les types de placement, les alternatives aux placements étaient fortement liés aux histoires et postures locales, culturelles et parfois idéologiques ; il n'est pas étonnant que ces différences et cette instabilité dans la description de l'objet étudié, le soit aussi d'un pays à l'autre. Les nominations de la catégorie « enfant placé » est elle aussi dépendante de ces facteurs politiques, juridiques, historiques et culturels...Il n'y aura donc pas de traduction littérale et directe.

Dans les pays anglo-saxons, de façon comparable au système français, un enfant est confié à un système de Protection de l'Enfance, l'Aide Sociale à l'enfance, sous tutelle d'autorités locales (Conseils Généraux pour la France). Les enfants peuvent être placés en dehors du domicile de leurs parents, soit dans des familles d'accueil, soit en foyer ou en pouponnière pour les 0-3 ans.

Voici les termes anglais que nous avons relevés renvoyant à la thématique des enfants placés :

- **Child Welfare System** : Aide Sociale à l'Enfance. Les termes *Child involved in the Child Welfare system* sont souvent utilisés. Ces termes correspondent à une catégorie administrative.
- **Care System** : Le terme est plus général, mais renvoie aussi au système de protection dans son ensemble. *Child involved in the Care System*.
- **Child Protective Services** : terme assez général pour les services de protection sociale pour enfant.
- **Social Services** : services sociaux, regroupement des actions sociales de façon large.
- **Local Authorities** : Autorités locales, pouvant correspondre aux services départementaux français. Les termes *Children looked after by the local authorities* sont utilisés, et pourraient correspondre à « enfants confiés à l'ASE ».
- **Child Protection Agency** : Organisme, départements de protection de l'enfance, Aide Sociale à l'enfance.

- **Family Court** : Tribunal pour enfant, s'occupant des mineurs auteurs ou victimes mais pas des affaires familiales (divorce).
- **Child in out-of-home care** : L'enfant séparé de sa famille, vivant en dehors de sa maison habituelle. Ce terme est le plus large, regroupant les différents types de placement.
- **Foster care system** : système de placement d'un enfant en famille d'accueil.
- **Fostered children** : plus rarement utilisé pour la confusion avec « enfant adopté ». Confusion complexe et intéressante. Les Directions de l'enfance des Conseils Généraux regroupent les services de l'adoption (agrément pour les familles demandant à adopter, et suivi des enfants adoptés) et les services de placements. Cette dichotomie et ce regroupement existent aussi dans les pays anglo-saxons (Royaume uni, Etats-Unis, Canada).
- **Kinship Care** : Système de famille d'accueil ethniquement ou culturellement proche de l'enfant, « apparentée » à l'enfant. Ces positions administratives ne peuvent être établies en France, car la catégorisation ethnique de la population n'est pas réalisée, même si en pratique les services de protection de l'enfance semblent pratiquer cet « assemblage » ethnique lors des choix de famille d'accueil (communication personnelle des membres de l'administration de l'ASE 13)
- **Residential group home/Residential Treatment Centers (RTc)** : Correspond aux foyers ou maisons d'enfants à caractère social (MECS) français. Le terme *Shelter*, ne semble pas utilisé pour les enfants, plutôt pour des foyers ou des abris pour adulte.

Le système Mesh (Medical Subjects Headings, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) rassemblant et catégorisant les mots utilisés pour indexer les articles au sein du dispositif PubMed, et son utilisation bilingue proposée par l'Institut National de la Santé de Recherche Médicale français (INSERM), proposent les informations suivantes :

Mots anglais rapportés à « Child Welfare » :

- Welfare, Child
- Child Protective Services
- Protective Services, Child
- Child Health

« Child Welfare » est aussi renvoyé à « Foster Home Care ». Les différentes catégories Mesh montrent l'arborescence suivante :

Anthropology, Education, Sociology and Social Phenomena Category

Social Sciences

Sociology

Social Welfare

Child Welfare

Child Abuse

Battered Child Syndrome

Child Abuse, Sexual

Munchausen Syndrome by
Proxy

Child Advocacy

Child Custody

Child Day Care Centers

Le système Mesh bilingue français/anglais (<http://mesh.inserm.fr/mesh/>) propose le tableau de traduction suivante

Descripteur français	Aide sociale à l'enfance
Descripteur anglais	Child Welfare
Synonyme(s) français	ASE (Aide Sociale à l'Enfance) / Protection de l'enfance / Protection de l'enfant / Services de protection de l'enfance / Santé de l'enfant /
Synonyme(s) américain(s)	Child Health /
Définition MeSH	Organized efforts by communities or organizations to improve the health and well-being of the child. Local governmental offices which investigate reports of abuse and neglect of children, and act to assure a safe environment for minors.
Code de Catégorie MeSH	I01.880.787.293 /
Qualif. français autorisés	classification / économie / ethnologie / histoire / législation et jurisprudence / psychologie / tendances / statistiques et données numériques / éthique /
Qualificatifs autorisés américains	classification / economics / ethnology / history / legislation & jurisprudence / psychology / trends / statistics & numerical data / ethics /

3.1.1.2 Revues internationales dans le champ médical ou multidisciplinaires centrées sur le thème des enfants placés

En utilisant le système Pubmed, quelques revues apparaissent comme étant directement liées aux mots clefs : child welfare, maltreatment, child abused, child neglected. Certaines sont indexées, d'autres partiellement, d'autres pas du tout.

Revue	Année	Index Pubmed	Mots clefs (Mesh)	Impact Factor 2011
<i>Child Welfare</i>	1948	OUI	Child Welfare	0.65
<i>Child Abuse and Neglected</i>	1977	OUI	Child Abuse	1.94
<i>Children and Youth Services Review</i>	1979	OUI, limité aux articles démographiques	Adolescent, Child Welfare, Social Work	1.13
<i>Journal of Family Violence</i>	1986	NON	Child Abuse, Violence, Family	0.94
<i>Child and Youth Care Forum</i>	1991	NON	Adolescent, Day Care Residential Thérapy	1
<i>Child Maltreatment</i>	1996	OUI	Child Abuse	1.98
<i>Journal of Public Child Welfare</i>	2006	NON	Child Abuse, Social Welfare	
<i>Vulnerable Children and Youth Studies</i>	2006	NON	Adolescent, Child Abuse, Social Welfare	

D'autres journaux publient des articles sur le thème de la santé des enfants impliqués dans les dispositifs de protection de l'enfance. Nous avons cherché les

articles ayant utilisé dans le titre les mots « Child Welfare » et « Health », publiés entre 1990 et 2011. Puis nous avons noté les revues auxquels ils se rapportaient. Nous avons utilisé 4 bases de données : Pubmed/Medline, et trois bouquets d'éditeurs scientifiques : Science Direct (Elsevier), Springer et Wiley.

Medline : 63 articles référencés principalement dans les journaux suivants :

- Child Welfare : 12
- Administration And Policy In Mental Health : 6
- Child Abuse & Neglect : 4
- American Journal Of Public Health : 4
- Children and Youth Services Review : 4
- Psychiatric Services : 3
- American Journal of Orthopsychiatry 2
- Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry : 2
- Social Work in Health Care :2

Science Direct (Elsevier) : 26 articles référencés principalement dans les journaux suivants :

- Children and Youth Services Review : 13
- Child Abuse & Neglect : 6
- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry : 2

Springer : 15 articles référencés principalement dans les journaux suivants

- Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research : 6
- Community Mental Health : 2
- Child and Youth Care Forum : 2

Wiley : 14 articles référencés principalement dans les journaux suivants :

- Child Care Health and Development : 3
- American Journal of Orthopsychiatry : 2

Sur les douze journaux référencés par ces moteurs de recherche ayant publié plus d'un article pendant les vingt dernières années, comportant dans le titre les mots « Child Welfare » et « health », cinq sont du champ médico-psychiatrique et de la santé mentale, trois centrés sur le thème de la protection de l'enfance, un relève de la santé publique, et trois sur des thèmes de santé globale.

Les journaux ayant le plus publiés sur le thème de la santé des enfants impliqués dans la protection de l'enfance avec les critères de restriction de recherche précédent sont Children and Youth Services Review (treize articles), Child Welfare (douze articles) et Child Abuse and Neglect (six).

3.1.1.3 Centres ou laboratoires de Recherche orientés sur la santé des enfants placés

De nombreux chercheurs travaillent de façon directe ou indirecte sur le sujet des enfants placés et notamment de leur santé, comme nous l'avons évoqué à partir des articles de revues scientifiques. La plupart des publications ou rapports d'étude sont issus de laboratoires ou de centres de recherche que l'on peut facilement catégoriser en sciences sociales : psychologie (Mme C Zaouche-Gaudron, Université de Toulouse II), sociologie (Mme E Potin, Observatoire National de l'Enfance en Danger) ou socio-démographie (Mme Isabelle Frechon, Groupe d'Analyse du Social et de la Socialibilité/Centre National de Recherche Scientifique, Paris V), en sciences de l'éducation (Mme C Sellenet à l'université de Nantes, Mme S Euillet, Paris 10). Ces unités de recherche sont volontiers pluridisciplinaires.

Le thème « santé » ou « médecine », n'est pas spécifiquement mis en avant, même si des problématiques liées à la santé sont bien sûr largement incluses dans leur publications ou rapports.

Le Centre de Recherche Médecine Science, Santé, Société (CERMES 3) à Villejuif associe l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), le Centre National de Recherche Scientifique (CNRS) et l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS). Ce centre développe des recherches sur les rapports entre médecine et société, en regroupant principalement sociologues, historiens, économistes et anthropologues (<http://www.cermes3.cnrs.fr/spip.php?rubrique1>).

Mme Annick-Camille Dumaret, psychologue et ingénieur de recherche INSERM, y coordonne depuis de nombreuses années des recherches spécifiquement centrées sur les enfants placés, dans un cadre affichant spécifiquement la recherche médicale et en santé.

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), est un organisme dont le thème de travail est spécifiquement et exclusivement l'enfance en danger. On peut lire sur son site de présentation : « *Face au constat d'une dispersion et d'un morcellement des connaissances dans le domaine de la protection de l'enfance, l'Oned s'est fixé pour objectif de recenser et de diffuser les études et les recherches existantes* ». Au sein de cet organisme, la problématique sanitaire ressort volontiers dans de multiples actions ou rapports, mais à titre général et non spécifique. Les disciplines sociologie et psychologie sont très largement représentées. Le conseil scientifique de l'ONED est présidé par un sociologue, et il est composé de quinze membres, dont sept représentants d'institutions susceptibles de passer commande, et huit chercheurs ou universitaires, dont, actuellement cinq sociologues, un chercheur en droit, un psychologue et un pédopsychiatre (moi-même).

Le Centre Rhône Alpes de Recherche en Epidémiologie et Prévention Sanitaire (CAREPS), a réalisé quelques études concernant l'état de santé des enfants ou adolescents placés. Ces études portent sur la santé globale, commandées soit directement par des Conseils Généraux, des Services de l'état ou l'ONED.

A l'étranger, le « Centre Jeunesse-Institut Universitaire du Quebec », la « School of Social Service Administration » de l'université de Chicago, ou le « Center for Child and Family Research » en Angleterre à l'université de Loughborough, organisent une partie de leurs recherches spécifiquement sur le thème des enfants placés. Cette université anglaise héberge l'INTRAC (International Research Network on Transitions to Adulthood from Care). Cette association internationale de chercheurs a centré son thème sur la période de transition de l'adolescence à l'âge adulte des enfants impliqués dans la protection de l'enfance. Il est composé de 16 membres, tous issus des sciences sociales : psychologie, pédagogie, travail social, politiques sociales...

Les laboratoires ou organismes impliqués dans la recherche sur les enfants placés, sont occupés très majoritairement des disciplines de sciences sociales, pédagogie, sociologie, psychologie, affichant régulièrement une dynamique dite inter ou multidisciplinaire. Les thèmes sanitaires y sont articulés ou développés principalement dans ce cadre.

Nous n'avons pas retrouvé de laboratoire de recherche mettant en avant spécifiquement le thème de l'état de santé des enfants placés, ni d'unité de recherche développant actuellement le thème des enfants placés au sein de faculté de médecine en France.

Les thèmes connexes de la maltraitance et de la violence sont volontiers des sujets de recherche organisés lorsque les dispositifs que nous avons précédemment décrits ont été développés dans des centres hospitalo-universitaires ou en articulation avec des laboratoires de recherche. C'est le cas pour quelques centres d'accueil de mineurs victimes, comme par exemple au CHU d'Angers (Maine-et-Loire) ou pour le service du Dr Maurice Berger au CHU de Saint Etienne (Haute-Loire).

3.2 L'épidémiologie psychiatrique chez l'enfant placé

Lorsqu'un sujet est flou, lorsqu'on en maîtrise mal les limites et la portée, un mouvement naturel de tentative de « prise en main » surgit, pouvant alterner avec des poussées de « fuite ». La charge affective pesante personnelle et collective qui existe autour des enfants placés, leur état, leur avenir, leur victimité et leur capacité de nuisance réelle ou supposée dégradent cette prise en main.

La question de la maladie mentale, est elle aussi bien pesante, touchant une part difficile à conceptualiser de l'humain, sa conscience, expliquant notamment son image ambiguë fascinante et effrayante, par ses dimensions mystérieuses, peu anticipables, et la violence possible ou supposée qui lui est associée.

Comme nous le détaillerons plus tard, les enfants placés portent dans leurs histoires personnelles, les facteurs de risque communément admis pour le développement de la plupart des troubles mentaux. Nous avons aussi largement mis en avant, par l'histoire de « l'enfant placé », que la problématique médico-psychiatrique et comportementale est structurelle dans la dimension institutionnelle, mais aussi conceptuelle, quand on veut réfléchir à leur situation et leur état. Chez les adolescents, les aspects comportementaux et leur violence possible, agitent et organisent les réponses (cf quatrième partie).

La problématique des troubles mentaux chez les enfants placés, cumule ces représentations paradoxales et leurs effets, entre compassion et rejet.

La question grossière « *are they mad or bad ?* » (Sont-ils fous ou mauvais?) que posent Cusack et Malaney (1992) au sujet des patients avec un trouble de la personnalité de type antisocial, s'applique largement à notre sujet. Cette question prend une importance pratique très volumineuse et encombrante lorsqu'elle renvoie à : « qui doit ou peut s'en occuper »?... A l'évidence, une incertitude sur la nature des problèmes à traiter, pouvant relever du champ médico-psychiatrique ou socio-éducatif, se transforme en difficulté sévère pour les professionnels lorsque la situation montre des caractères d'urgence, et en particulier lorsque la violence apparaît ou « paraît » apparaître dans les comportements des adolescents suivis.

Comme nous l'avons vu, les dispositifs et outils conceptuels permettant de traiter cette possible double problématique sociale et sanitaire, sont rares, malgré

l'importance de la proximité historique de ces deux champs. Les professionnels peuvent facilement laisser apparaître et mettre en avant « l'autre versant » lorsqu'ils sont en grande difficulté, car cet autre versant peut effectivement exister de façon concomitante. Le soignant verra alors apparaître la défaillance socio-éducative, et l'éducateur « ressentira » rapidement la dimension pathologique de la situation ou du cas.

L'épidémiologie pourrait être une source d'information induisant une concordance de constat auprès des nombreux professionnels impliqués. Cela pourrait même être un préalable à cette concordance nécessaire.

3.2.1 L'épidémiologie en pédopsychiatrie

L'épidémiologie étudie les maladies dans la population. On catégorise classiquement les démarches épidémiologiques en trois (Tursz, 2001). L'épidémiologie descriptive cherche à mesurer la fréquence d'une maladie ou d'un trouble dans la population générale ou une population particulière. L'épidémiologie analytique va rechercher les facteurs de risque de cette maladie ou troubles en étudiant les liens entre des facteurs et l'existence du trouble. Enfin l'épidémiologie d'intervention et évaluative doit savoir évaluer les effets d'une méthode, d'un programme ou d'une technique de soin.

Les enquêtes épidémiologiques en pédopsychiatrie sont rares et récentes, en particulier en France (Tursz, 2001). Les études les plus fréquentes sont descriptives, et transversales, à la recherche des taux de prévalence (Fombonne, 2005), en population générale ou dans une population donnée, développées en général sur des tranches d'âge spécifiques et étroites, à un moment donné. Les données d'incidence existent mais sont plus rares (Fombonne, 2005). Les études longitudinales (études de cohortes) sont de plus en plus fréquentes (Fombonne, 2005), beaucoup plus intéressantes pour analyser l'évolution des troubles et les éventuels facteurs qui l'influencent. Elles permettent aussi d'étudier l'incidence. Mais elles sont bien plus complexes et coûteuses à mettre en place.

L'épidémiologie nécessite des définitions des troubles assez stables ou stabilisées, consensuelles ou admises par la communauté scientifique internationale et

facilement utilisables. Pour étudier l'existence d'un trouble, il faut bien sûr l'avoir défini. Ce qui en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ne va pas de soi.

Actuellement, les nosographies internationales présentant les troubles mentaux sont la CIM 10 (Classification Internationale des maladies, Xème révision, OMS, 1993), le DSM IV (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, IVème révision, APA, 1994) qui montrent pour la recherche en épidémiologie une grande similitude (Fombonne 2005 et INSERM). La CFTMEA-R 2000 (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, 2^{ème} Révision, Misès et al, 2002) est largement plus consensuelle auprès des pédopsychiatres français, grâce à son approche plus structurale que symptomatique et syndromique ; elle comporte dans sa dernière version une grille d'équivalence avec la CIM 10, permettant son adaptation pour la recherche et sa publication dans les revues non françaises.

Le faible développement de l'épidémiologie en pédopsychiatrie peut être attribué, en particulier en France, à l'importance de l'approche clinique et individuelle accordée en médecine mentale infantile (Tursz, 2001). La « médecine du sujet » est très largement prioritaire chez les pédopsychiatres.

Les débats facilement conflictuels persistent sur les risques d'utilisation des nosographies, ou même de la moindre grille d'évaluation, « médicalisant l'existence » de façon excessive et inappropriée (Gori et Delvolgo, 2011) ; leur validité est régulièrement questionnée (Gori et Delvolgo, 2011 ; Corcos, 2011, introduction). Ces débats, questionnements, parfois de crise, ralentissent le développement des études...mais peut être aussi, espérons le, leurs dérives. La maladie est une construction, un outil conceptuel, qui aide le médecin à penser et à prendre en charge le malade (Falissard, 2010).

Cette « artifice » implique des définitions qu'il faut bien « arbitrer », et qui ne peuvent recouvrir ou contenir les différents avis, même les plus sérieux ou les plus intéressants autour d'une entité morbide ou supposée telle. Ces définitions contiennent des insuffisances et approximations. Mais elles aident à penser et à s'organiser. A condition que l'on sache les limites de ces définitions et un peu du contexte de leur création, afin d'éviter de penser que ces maladies existent

« réellement », et qu'elles sont définies une fois pour toute, avec une frontière nette entre le normal et le pathologique. (Falissard, 2010).

Une fois prises ces précieuses, mais pourtant inhabituelles, précautions éthiques et scientifique, la démarche de mesure de prévalence peut être posée, dans une population à étudier.

3.2.1.1 Epidémiologie psychiatrique et épidémiologie en santé mentale en pédopsychiatrie

La différenciation des champs d'étude en psychiatrie et en santé mentale n'est pas claire ni officiellement définie. Nous pouvons différencier les travaux étudiant spécifiquement les troubles mentaux tels que définis par les nosographies internationales formelles renvoyant à une épidémiologie psychiatrique, et les travaux étudiant d'autres champs de la santé mentale, beaucoup plus larges. La santé mentale est ainsi définie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « *La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.* » (OMS, 2010).

Cette définition renvoie largement au « bien-être ». Le « Plan Santé Mentale et Psychiatrie 2005/2008 » (Ministère français de la Santé) définit dans son préambule trois dimensions au champ de la santé mentale : « *la santé mentale positive, qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles plus ou moins sévères ou handicapants* ».

Le système Mesh (Pubmed) définit la santé mentale ainsi : L'état dans lequel une personne est en harmonie. Terme introduit en 1967 (*The state wherein the person is well adjusted. Year introduced : 1967*). Le terme apparaît dans la catégorie *Psychiatry*

and Psychology, sous catégorie « processus et phénomènes psychologiques » (*Psychological phenomenon and processes*).

Les travaux en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent étudient de nombreux facteurs ou éléments des champs psychologiques, affectifs ou comportementaux, difficiles cependant à limiter et parfois à systématiser : différentes conduites comme les suicides, les tentatives de suicide, les consommations de drogues, le sommeil, les fugues, l'absentéisme scolaire... En France, les travaux de Marie Choquet sur l'adolescent sont remarquables car pionniers et comparables (Choquet et al, 1998, Choquet, Hassler et Morin, 2004 ; Choquet et Ledoux 1994, Choquet et al, 2000 ; Choquet, Ledoux et Hassler, 2002). Ils ont ainsi pu largement servir à la mise en place des dispositifs de soin ou d'aide pour adolescent depuis les années 1990. De nombreux travaux du champ « santé mentale » étudient les « problèmes mentaux », les « difficultés psychoaffectives », les difficultés « psycho-sociales », parfois sans définition précise.

Les travaux en épidémiologie psychiatrique devraient par contre renvoyer à l'utilisation de catégories nosographiques définies, et étudier les « troubles mentaux ». Cependant les termes utilisés pour définir ces études utilisant ces nosographies internationales ne se limitent pas à « épidémiologie psychiatrique » mesurant les « troubles mentaux », rendant malaisé, ici aussi, une revue exhaustive des travaux et la limitation précise du champ étudié. Les mots, notamment en anglais renvoyant à l'épidémiologie des maladies mentales sont nombreux.

Fombonne (2005) dans une présentation de « l'épidémiologie psychiatrique en pédopsychiatrie » rapportent les principales études relevant de l'épidémiologie psychiatrique et ayant produit des taux de prévalence de troubles formellement définis. Les termes utilisés par les auteurs des études renvoyant à leur démarche et à l'objet étudié sont variés : « diagnostic assessment », « psychiatric epidemiology », « epidemiological survey in psychiatry research », « epidemiology in child and adolescent psychopathology », pour les démarches, étudiant des « mental disorders », des « psychiatric disorders », des « psychiatric symptoms », des « DSM mental health disorders », ou encore des « DSM diagnoses »... Le système Mesh (Pubmed) classe le terme « mental disorder », introduit en 1974, directement en sous

catégorie de « Psychiatry and Psychology Category », ouvrant sur des troubles ou symptômes spécifiques.

Principales études de prévalence des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent

L'étude de prévalence des troubles mentaux régulièrement considérée comme la première d'importance a été réalisée en 1964-65 sur l'île de Wight, petite île au sud de l'Angleterre, peuplée d'une centaine de milliers d'habitants. Cette étude a été menée par Michael Rutter (Rutter et al, 1976) auprès des 2193 enfants de 9 à 11 ans vivant sur l'île afin d'établir les prévalences de certains troubles mentaux de l'enfant.

En France, Eric Fombonne a publié en 1994 une large étude présentant la prévalence des troubles mentaux chez 2441 enfants de 8 à 11 ans issus de 18 écoles de la ville de Chartres (Fombonne, 1994). Il s'est agi de la première étude de ce type en France, et qui, à notre connaissance, n'a pas été reproduite depuis.

Certaines ont inclus un très grand nombre d'enfants comme celle de Costello et al publiée en 1996 (Costello et al, 1996). Pratiquées dans la région des Great Smoky Mountains, ses auteurs ont réussi à inclure 4500 enfants. Le nombre global des études de prévalence reste faible. Verhulst et Koot avaient recensé entre 1965 et 1993 une cinquantaine d'étude avec des capacités de « compatibilité » correcte, malgré une grande variabilité des conditions d'évaluation et des populations cibles. (Verhulst et Koot, 1995). Fombonne, en 2005 en a sélectionné et recensé 17 entre 1983 et 2003 (Fombonne 2005).

Etudes de cohortes

Citons quelques rares études de cohortes, très informatives. Le problème méthodologique principal concerne « les perdus de vue », induisant des doutes sur la représentativité de ceux qui restent, d'autant plus lorsqu'on étudie des troubles fortement liés à la perturbation sociale. Le maintien du groupe étudié est nécessaire sur plusieurs années, jusqu'à vingt ans. Newman et al (1996) ont étudié un groupe d'enfants à la naissance, qu'ils ont revu à 11, 13, 15, 18 et 21 ans à partir de diagnostics définis par le DSM. Dans ces études, de nombreux facteurs associés et événements de vie sont isolés puis étudiés pour être corrélés ou non à la survenue des troubles.

Études centrées sur un trouble mental

Enfin, certaines études se restreignent à la mesure d'un seul trouble. L'autisme a sans doute le plus souvent été étudié. Fombonne (2005) a relevé 32 études, dont 3 en France, les premières ayant débuté en 1960 en Angleterre. Des études de cohortes peuvent aussi concerner la survenue d'un trouble. Dans les années 90, Tremblay au Québec (Canada) a étudié la survenue de conduites anti sociales et de troubles des conduites chez des adolescents qui avaient été examinés à l'école maternelle (Tremblay et al., 1999).

Prévalence générale des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent

Les taux de prévalence générale des troubles mentaux chez les enfants et adolescents varient de 5 à 35% (Fombonne 2005), mais leur analyse nécessite beaucoup d'attention et de détails pour pouvoir comparer les résultats d'un pays à un autre ou d'une situation à une autre : tranches d'âge, périodes rétrospectives de mesure, personnes interviewées ou examinées, outils etc... Une large revue de la littérature en 2003 réalisée par l'expertise collective de l'inserm sur les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent rapporte des taux de prévalence globale autour de 12% (INSERM, 2002).

3.2.1.2 Les outils et instruments permettant d'obtenir des diagnostics médico-psychiatriques

Jusqu'aux années 70, les manuels de nosographies internationaux présentent très peu de catégories spécifiques à l'enfance (le DSM I et les CIM de la 1^{ère} à la 8^{ème} révision). Les troubles y sont définis et catégorisés selon les pré-supposés étiologiques, comme c'est bien souvent le cas en médecine qui met en avant les systèmes de causalité. Mais la grande complexité étiologique en psychiatrie de l'enfant, facilitant les oppositions conceptuelles, empêche une stabilisation nosographique, pourtant nécessaire à la recherche. Dès 1972 des auteurs s'inquiètent de la médiocrité de la fidélité inter juge des diagnostics de l'époque (Gurland et al., 1972). En 1975, Rutter, Shaffer et Sherperd mettaient en avant le besoin de classifications multi-axiales pour éviter les discussions sans fin concernant la prééminence des facteurs étiologiques pré-supposés, facteurs

psychoaffectifs, cognitifs ou sociaux. (Rutter, Shaffer et Sherperd, 1975). La multi-axialité permet de faire coexister ces éléments, sans présager des mécanismes étiologiques. Le modèle se revendique descriptif et non théorique. A partir du DSM III en 1980, les catégories vont devenir « syndromatiques ».

Il faut cependant noter que penser et classer les maladies mentales ne peut se faire sans une « façon de voir » l'humain, son psychisme et son fonctionnement dans la société. La fidélité inter-juge a été par contre grandement améliorée par ces classifications et leurs définitions (Renou et al., 2004). Elles vont permettre de développer largement la recherche épidémiologique, psychopharmacologique et biologique, puisque des regroupements de patients plus homogènes deviennent possibles, permettant leur comparaison (Renou et al., 2004) et les statistiques tel qu'annoncées d'emblée dans le titre du DSM : *Diagnostical and Statistical Manual for Mental Disorder*.

Ces nosographies permettent de poser des diagnostics, plus facilement comparables et homogènes. Pour établir ces diagnostics, ces manuels sont utilisés par des cliniciens, psychologues ou psychiatres, directement auprès du patient. Ils peuvent être aidés ou pas de guide d'entretien structuré ou semi structuré, ou simplement de « Checklist », standardisant et systématisant l'écriture, et donc les comparaisons.

L'instrument le plus ancien a été élaboré par Rutter en 1967 et présenté dans l'article « A Children's behaviour questionnaire for completion by teachers » mis à l'épreuve pendant son étude sur l'île de Wight (Rutter, 1967). Achenbach en 1991 a publié trois questionnaires, pouvant se croiser. Un adressé aux parents : *Children Behavior Checklist*, un aux enseignants *Teacher Reports Form* (TRF) et un à l'enfant : *Youth Self Report* (YSR) (Achenbach, 1991a,b,c). Goodman en 1995 a actualisé le questionnaire de Rutter : le *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997). Ces instruments ne produisent pas directement de diagnostics, mais mesurent des « symptômes psychopathologiques ». Ils sont cependant très utilisés (Muris et al, 2003) et facilitent et standardisent le diagnostic lorsqu'ils sont associés à l'examen d'un clinicien.

Il existe par contre certains instruments diagnostiques suffisamment structurés et fermés permettant que les informations auprès des patients ou personnes enquêtées soient relevées par des non cliniciens, simplement formés à l'utilisation de

l'instrument. Ils sont validés pour porter un diagnostic dans des démarches statistiques, sans nécessiter la présence d'un clinicien. Ces procédés sont avantageux pour les enquêtes épidémiologiques sur de larges échantillons et ont été construits dans cet objectif et non pour poser un diagnostic à une personne rencontrée.

Ces instruments utilisés pour établir des diagnostics en grand nombre sont des questionnaires. Il s'agit d'« entretiens diagnostiques structurés ou semi structurés ». Renou et al (2004) ont effectué une revue de la littérature afin de sélectionner et de présenter les instruments actuels. Ils ont limité la sélection à ceux présentant 4 critères : 1/ Compatibilité avec les critères du DSM ou de la CIM ; 2/ Existence d'une étude de validation ; 3/ Publication dans des revues à comité de lectures ; 4/ Nombre important de diagnostic exploré. Ils n'ont retenu par ces critères que 6 instruments, chacun présentant des intérêts et des limites. Deux instruments renvoient à des entretiens structurés et quatre à des entretiens semi structurés.

Le Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (Costello et al., 1982,1984) est structuré. Il a été élaboré par le National Institute of Mental Health (Institut National de Santé Mentale des Etats-Unis). Il a été révisé à plusieurs reprises depuis 1980, suivant les évolutions des révisions du « DSM ». Shaeffer et son équipe ont pu valider la IVème version (Shaffer et al 2000). Sa fiabilité, son acceptabilité, sa validité et ses performances ont été largement étudiés au cours de la MECA Study (Shaffer et al 1996), de façon multi-centrique. Il s'agit de l'instrument le plus utilisé.

Le ChiPS (*Children Interview for Psychiatric Syndromes*) (Weiller, et al 2000) est un autre instrument structuré, permettant d'établir des diagnostics et utilisable par des non cliniciens. Enfin citons le K-SADS-PL (*Schedule for affective Disorders and Schizophrenia for School age Children Present and Life Time version*) (Kaufman et al., 1997), le CAPA (*Child and Adolescent Psychiatric Assessment*) (Angold, 2000), ISCA (*Interview Schedule for Children and Adolescents*) (Sherril et Kovacs, 2000), DICA (*Diagnostic Interview for Children and Adolescent*) (Reich, 2000).

Ils s'adressent le plus souvent à plusieurs informateurs, les enfants eux même et les parents ou certains professionnels familiaux comme les pédagogues. Ils exigent une rencontre, en général assez longue d'une heure environ. Ils ont été testés, auprès de grands groupes, avec une mesure de la fidélité inter-juge, de la fiabilité, de

l'acceptabilité. Les études de validité montrent une concordance diagnostique avec les cliniciens « faible à modérée », la fidélité inter-juge est « satisfaisante ». La fidélité test-retest est par contre très variable de « médiocre » à « excellente » (Renou et al., 2004).

Les troubles sont recherchés sur une période donnée : vie entière, un an, 6 mois ou un mois. Les versions françaises sont rares. Le questionnaire semi-structuré K-SADS-PL existe en français, mais exige qu'un clinicien l'utilise. Seul le DISC dans sa version 2.3 est à la fois traduit en français et peut être utilisé par des non cliniciens (Breton et al., 1996).

3.2.2 Epidémiologie psychiatrique auprès des enfants impliqués dans la protection de l'enfance.

Cette population est décrite très régulièrement comme étant à haut ou très haut risque de pathologie mentale et de souffrance psychique (Frechon et Dumaret, 2008 ; Oswald et al, 2010 ; Pilowski et Wu, 2006 ; Rutter, 2000 ; Schmidt et al., 2008 ; Ford et al., 2007), ayant de surcroît un accès insuffisant aux soins et une utilisation peu appropriée des dispositifs spécialisés (Burns et al., 2004 ; Janssens et Deboutte, 2009). Ils sont de la même façon peu étudiés en épidémiologie, d'autant plus qu'ils bougent beaucoup d'un lieu de vie à l'autre et que leurs parents sont peu accessibles pour informer les enquêteurs (Ford et al., 2007). Wolkind et Rutter ont cependant publié dès 1973 l'article *Children who have been in care-an epidemiological study* (Etude épidémiologique auprès des enfants impliqués dans la protection de l'enfance) (Wolkind et Rutter, 1973).

Aux Etats-Unis, Pilowsky et Wu (2006) ont estimé que la plupart des enfants entrant dans un système de placement ont été abusés ou négligés, et qu'ils se sont souvent manifestés par des comportements problématiques avant d'y entrer. Les auteurs veulent voir dans le placement d'enfants un marqueur de haut risque psychopathologique, en plus d'être en soi une expérience particulièrement stressante. Certains auteurs vont même jusqu'à considérer que le système de protection de l'enfance devrait être de facto un « système de soin comportemental » (*behavioral care system*), tellement le nombre d'enfants et d'adolescents ayant des problèmes émotionnels et comportementaux cliniquement significatifs est important. (Burns et al., 2004 ; Lyons et Rogers, 2004)

Les relations parents/enfants conflictuelles sont rapportées comme source de problèmes psychologiques pour les enfants, notamment pour l'anxiété et la dépression (Dadds et Barret, 1996) ; les maltraitances (Kessler et Magee, 1994), les carences éducatives ou plus directement une perturbation des liens d'attachement précoces sont des facteurs majeurs associés aux troubles dépressifs de l'enfant (Cicchetti et Toth 1998).

Par ailleurs, les enfants ayant un tempérament difficile seront plus vulnérables vis-à-vis des troubles des interactions parents - enfants (Rutter, 1984). Enfin, l'existence de troubles émotionnels, du comportement ou du développement chez un enfant

peut provoquer ou aggraver un dysfonctionnement familial. Les liens entre les troubles psychiques de l'enfant et le fonctionnement familial sont étroits et complexes : les troubles peuvent être partiellement cause et conséquence de façon concomitante de dysfonctionnement familial. La désorganisation familiale et surtout l'attachement insécuré sont beaucoup plus directement en cause dans le développement des problèmes psychologiques des enfants que la faiblesse du niveau socio-économique (Graham et Easterbrooks, 2000).

La raison principale du choix de placement d'un enfant est l'existence d'une défaillance du système familial, ne permettant pas suffisamment de protéger l'enfant et son développement. Il faut de plus que ces défaillances soient repérables par la société civile, alarmée par des comportements parentaux et/ou de l'enfant suffisamment visibles et durables pour déclencher le mécanisme du signalement. L'existence d'une prévalence élevée des troubles psychiques ou mentaux est donc tout à fait attendue chez ces enfants.

Nous avons effectué une revue de la littérature à la recherche des études de prévalence des troubles mentaux auprès des adolescents impliqués dans les systèmes de protection de l'enfance. Une recherche par Medline, Psychinfo, Sciencedirect et Eric croisant les termes « *mental health* » (Santé mentale) ou « *psychiatric disorders* » (troubles psychiatriques) ou « *mental disorders* » (troubles mentaux) avec « *child welfare system* » (Dispositif de protection de l'enfance) ou « *foster care* » (placement en famille d'accueil) ou « *residential groupe home* » (placement en foyer social) ou « *out-of-home care* » (placement) a été réalisée.

De nombreuses enquêtes étudient les prévalences de « troubles de santé mentale » ou psychopathologiques, ou encore les « besoins en santé mentale » des adolescents concernés par la protection de l'enfance. Elles ont été développées dans des pays anglo-saxons et montrent des taux très élevés de troubles psychologiques, ou de symptômes psychiatriques chez ces enfants et adolescents, dépassant régulièrement 50% (Pilowsky et Wu, 2006 ; Oswald et al., 2010 ; Rutter, 2000 ; Minnis et al 2000 ; Burns et al 2004 ; Dimingen et al 1999 ; Mount, Lister et Bennun, 2004 ; Janssens et Deboutte, 2010). Mais ces chiffres sont difficiles à comparer.

Les études présentant spécifiquement des diagnostics psychiatriques se référant au DSM ou à la CIM sont par contre plus rares. La revue de la littérature nous a permis d'isoler 9 articles.

Tableau 1

Etudes de prévalence des troubles mentaux chez les enfants et adolescents impliqués dans la protection de l'enfance, produisant des diagnostics référencés au DSM ou à la CIM

Etude	Journal	Lieu	Echantillon	Age	Instrument	Prévalence
Mc Cann et al 1996	Brit Med J	Oxfordshire (Angleterre)	78	13-17ans	CBCL et Kiddie-sads-P	67%
Mc Millen et al., 2005	J Am Acad Child Psy	Missouri (USA)	373	17 ans	DISC IV	37%
Blower et al., 2004	Clin Child Psychol Psychiatr	Ecosse	48	7-17 ans	CBCL et Kiddie-sads	44%
Meltzer et al 2003 et Ford et al., 2007	Brit J Psychiat	Angleterre, Ecosse, Pays de Galles	1039	5-17 ans	DAWBA/ SDQ et cliniciens sur dossiers	45 à 48%
Garland et al., 2001	J Am Acad Child Psy	Californie (USA)	1618	6-18 ans	DISC IV	54%
Dos Reis et al., 2001	Am J Public Health	Mid-Atlantic Sates (USA)	15507	0-17ans	Dossiers assur./diag clin	57%
Harman et al.,2000	Arch Pediatr Adolesc Med	Pensylvanie (USA)	39500	5-17ans	Dossiers assur./diag clin	38%
Schmidt et al 2008	Child Adolesc Psychiatry Ment Health	Allemagne	689	4-18 ans	CBCL/YSR et diag clin	59,9%

En dehors de quelques études réalisées à partir des dossiers d'assurance maladie (Medicaid) sur lesquels ont été rapportés des diagnostics établis par des cliniciens, cinq instruments standardisés sont utilisés :

-CBCL : Childhood Behavior Checklist (Achenbach, 1991) qui s'associe au Youth Self Report (YSR)

-DISC : Diagnostic Schedule for Children (Shaffer, 2000)

-Kiddie-sads : Kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia –Permanent (Chambers et al., 1985)

-DAWBA : developpement and Well Being Assessment (Goodman et al, 2000)

-SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997)

Les diagnostics y sont établis grâce à l'utilisation des entretiens diagnostiques structurés ou semi-structurés tel que décrits plus haut (DISC et Kiddie-sads), ou par l'utilisation de questionnaires établissant des « symptômes psychopathologiques » (questionnaires CBCL/TRF/YSR de Achenbach ou le SDQ de Goodman) couplés à un examen clinique spécialisé.

Les taux varient de 37% à 59,9%. Les instruments sont différents, ainsi que les âges étudiés, mais les taux restent très significativement plus élevés qu'en population générale estimés autour de 12% (Inserm, 2002 et Fombonne, 2005). Les taux les plus élevés sont relevés dans les foyers sociaux (*residential group homes*), avec 59,9% retrouvé dans l'étude allemande (Schmidt et al., 2008) et 96% dans l'étude de Mc Cann et al., en Angleterre, évoquant la possibilité que les foyers reçoivent les enfants les plus perturbés ou que ce dispositif peut dégrader l'état pathologique des enfants. Cependant il n'est pas possible d'isoler les facteurs de choix entre un foyer et une famille d'accueil lors d'un placement comme nous l'avons précisé plus haut.

Les travaux publiés n'évaluent pas précisément la représentativité de l'échantillon étudié, ni ne présentent de comparaison avec un groupe témoin. Les troubles évalués ne sont pas non plus strictement comparables, en raison des différences d'instruments et des choix des chercheurs de retenir ou pas un trouble. Ces taux trouvent leur force dans la concordance des résultats retrouvés dans les différentes études, beaucoup plus élevés qu'en population générale.

Comme nous l'avons largement présenté, les dispositifs de placement ne sont pas comparables d'un pays à l'autre. Il n'existe pas à notre connaissance de travaux ayant étudié la prévalence des troubles mentaux chez les adolescents impliqués dans les dispositifs de protection de l'enfance en France. Nous avons donc réalisé une étude auprès d'enfants placés en France.

3.2.3 Epidémiologie des troubles mentaux chez les adolescents vivant en foyers sociaux dans le département des Bouches-du-Rhône.

En France, en 2006, le nombre d'enfants bénéficiant de mesure de protection de l'enfance dépassait 250.000 (1,8% des moins de 18 ans) (Bailleau et Trespeux, 2008) , dont plus de la moitié sont adolescents (13/18 ans). Dans les Bouches-du-Rhône, il existait, fin 2006, 6657 enfants bénéficiant d'une mesure de protection dont 2783 de plus de 13 ans (Source ASE13). Des taux de prévalence aussi élevés que dans les pays anglo-saxons impliqueraient un nombre absolu d'enfants porteurs de troubles très important.

Nous avons voulu estimer la prévalence de certains troubles mentaux chez les adolescents hébergés dans des foyers sociaux dans le département des Bouches-du-Rhône.

3.2.3.1 Méthode de l'étude

1/ Population ciblée

L'étude a porté sur les adolescents de 13 à 17 ans (inclus) vivant en foyers sociaux en juin 2005 pour la ville de Marseille et en juin 2006 pour le reste des Bouches-du-Rhône. Ces adolescents étaient répartis dans 42 foyers du département. Suivant ces critères d'inclusion, 643 adolescents étaient recensés sur les fichiers administratifs.

2/ Outils

- *La version française du Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.25) :*

Il s'agit d'un questionnaire de diagnostic psychiatrique hautement structuré nécessitant un entretien individuel d'1h30 à 2h au cours duquel l'enquêteur remplit ce questionnaire en posant les questions directement à l'adolescent. Cet outil a été

développé par le National Institute of Mental Health américain. Il est utilisé et mis à jour régulièrement depuis 1979 (Shaffer et al., 1991 ; 2000). C'est l'entretien diagnostique qui a été à ce jour le plus largement utilisé chez l'enfant et l'adolescent (Renou et al., 2004). L'acceptabilité et la fiabilité ont été étudiées (Shaffer et al., 1996). Le statut de l'enquêteur (clinicien ou profane), n'a pas d'effet sur la fiabilité grâce à l'organisation hautement structurée du DISC (Breton et al., 1998).

Nous avons utilisé la version française allégée qui avait structuré l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Bergeron et al., 1992 ; Valla et al., 1994 ; Breton et al., 1999). Le DISC 2.25 français montre une bonne concordance avec les diagnostics des cliniciens, une cohérence interne acceptable et une fiabilité test/retest d'un niveau raisonnable à bon (Breton et al., 1998).

Les diagnostics étudiés correspondent aux critères du DSM III-R (APA, 1987), le DISC IV (critères du DSM IV, APA, 1994) n'existant pas actuellement en français. Les troubles sont explorés au cours des 6 derniers mois. Le trouble schizophrénique n'est pas exploré en temps que tel. Le DISC propose le dépistage de symptômes psychotiques (« psychosis screen ») répartis en signes pathognomoniques et non pathognomoniques.

L'existence d'un signe pathognomonique ou de plus de 3 signes non pathognomoniques implique l'analyse par un clinicien de la description des symptômes personnalisés rapportés par l'examineur. Le cadre nosographique « symptômes psychotiques » (psychosis screen) est retenu s'il existe un signe pathognomonique ou au moins trois signes non pathognomoniques et une cohérence globale avec la description détaillée.

La version française allégée disponible ne comportait pas le diagnostic « Psychosis Screen ». Nous n'avons pas trouvé d'enquête utilisant ce module (D) du DISC 2.25 en français. Nous avons traduit cette partie manquante du questionnaire en trois étapes : traduction libre par un traducteur professionnel, correction du français par deux pédopsychiatres cliniciens, revue générale par un traducteur professionnel et les pédopsychiatres.

Au total, nous avons recherché 7 troubles :

- Troubles anxieux (TA) : phobie simple, phobie sociale, agoraphobie, trouble panique, trouble anxiété de séparation, anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- Trouble du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) (TCA)
- Enurésie (EN)
- Dépression majeure (DM)
- Hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)
- Trouble des conduites (TC)
- Symptômes psychotiques (psychosis screen) (avec 1 signe pathognomonique / au moins 3 signes non pathognomoniques) (SP)

3/ Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée en deux temps : les adolescents vivant dans les foyers de Marseille ont été rencontrés au cours du mois de juin 2005 et ceux vivant dans le reste du département au cours du mois de juin 2006. Les enquêteurs étaient des étudiants des deux instituts de formation des travailleurs sociaux de Marseille, formés à l'utilisation du questionnaire diagnostique DISC. Il a été vérifié systématiquement que l'adolescent n'avait pas déjà été rencontré par un autre enquêteur.

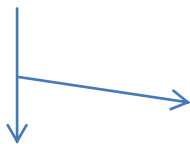
L'objectif de l'enquête a été présenté aux adolescents par leurs éducateurs familiaux mais aussi par l'enquêteur avant la rencontre. Leurs parents ont été informés par courrier du déroulement, des objectifs de l'enquête et de leur possibilité de la refuser. L'enquête a fait par ailleurs l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté. Un entretien structuré avec chaque adolescent a permis de recueillir les informations nécessaires à la cotation du questionnaire DISC 2.25.

A la fin de l'entretien, un auto-questionnaire a été remis à l'adolescent en main propre et récupéré ensuite (Voir Chapitre suivant « Etude de la Qualité de la Vie »). La totalité des items de chaque questionnaire a été contrôlée lors de la saisie par deux professionnels de façon indépendante.

Les rencontres avec les adolescents ont été difficiles à organiser. D'abord, les chiffres d'adolescents obtenus par l'administration ne correspondaient pas à celui déclaré par les directeurs d'établissement au moment de l'enquête, qui était moindre, et variable d'un jour à l'autre. Par ailleurs, les rendez-vous avec un adolescent au sein de son foyer, nécessitaient plusieurs tentatives et parfois plusieurs passages de l'enquêteur. L'absence au rendez-vous était souvent non expliquée. Nous développerons dans la discussion les conséquences de ces difficultés.

Figure 1 : Participation à l'étude

653 adolescents dans les listes administratives



470 correspondant à des rendez vous échoués à plusieurs reprises, adolescents en fugue, perdus de vue ou fichiers et listing non mis à jours. Aucun refus formel de la part d'adolescents rencontrés.

183 adolescents rencontrés avec passation du DISC.

4/ Méthode de calcul statistique

L'analyse a été réalisée à l'aide des logiciels SPSS version 15 et SAS version 9.1. Les algorithmes du DISC 2.5 ont permis d'identifier pour chaque individu la présence ou non de chacun des troubles explorés. Une analyse comparative a été conduite entre les sujets inclus et les sujets éligibles non inclus. La comparabilité des groupes a été testée à l'aide de tests du Khi-2 ou exacts de Fisher pour les variables qualitatives, en fonction des conditions d'application.

Le taux de prévalence pour chaque trouble a été exprimé sous la forme d'une proportion, en divisant le nombre d'individus présentant ce trouble par l'effectif total de la population incluse dans l'étude. Pour chaque taux obtenu à partir de l'échantillon d'étude, un intervalle de confiance à 95% a été calculé à l'aide de la

méthode quadratique de Fleiss (Fleiss,1981). Les taux de prévalence des troubles ont été comparés en fonction du genre de l'adolescent.

Le seuil retenu de significativité des tests (p) était de 0,05.

3.2.3.2 Résultats

L'échantillon enquêté est composé de 106 garçons et de 77 filles (sexe ratio 0,58). L'âge moyen est de 15,3 ans (min 13-max 17,5 ; écart-type 1,4) ; 57% vivent dans des foyers de Marseille, le reste dans d'autres villes des Bouches-du-Rhône.

Le tableau 2 présente les taux de prévalence des troubles mentaux dans la population étudiée. Il montre que 48,6% des adolescents enquêtés présentent au moins un trouble mental. La co-morbidité est élevée : plus de la moitié d'entre eux (24,6,%) présentent au moins deux troubles et 4,1% en présentent 5 ou 6. Par contre certains troubles sont absents : trouble du comportement alimentaire (TCA) et trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'énurésie nocturne (EN)

Tableau 2

Taux de prévalence des troubles mentaux au cours des 6 derniers mois chez 183 adolescents hébergés dans des foyers sociaux

TROUBLES	Effectif	%	IC _{95%}
Troubles anxieux	52	28,4	22,1-35,6
Trouble du comportement alimentaire	0	-	-
Symptômes psychotiques (3NP/1P) ¹	34 (23/26)	18,6(12,5/14,5)	13,4-25,1
Dépression majeure	27	14,8	10,1-20,9
Hyperactivité avec déficit de l'attention	7	3,8	1,7-8
Trouble des conduites	28	15,3	10,6-21,5
Au moins un des six troubles	89	48,6	41,2-56,1

Symptômes psychotiques : Chiffre global suivi de la sous section « au moins trois signes Non Pathognomoniques » (3NP) puis « au moins un signe pathognomonique » (1P)

Les troubles mentaux sont significativement plus élevés chez les filles versus les garçons (64,9/36,8), plus de comorbidités psychiatriques(40,2/11,3), plus de troubles anxieux (49,3/13,2) et plus de dépressions majeures (27,3/5,6) que les garçons.

Tableau 3

Répartition des troubles mentaux selon le genre

TROUBLES	Garçons (106)		Filles (77)		P
	Effectif	%	Effectif	%	
Trouble anxieux	14	13,2%	38	49,3%	<0.001
Dépression majeure	6	5,6%	21	27,3%	<0.001
Symptômes psychotiques (3NP/1P)	13(7/11)	12,3%	21 (16/15)	27,3%	0.01
Hyperactivité avec déficit de l'attention	2	1,9%	5	6,5%	0.133
Trouble des conduites	19	17,9%	9	11,7%	0.247
TCA	0		0		
Au moins un des six troubles	39	36,8%	50	64,9%	<0.001
Au moins deux des six troubles	12	11,3%	31	40,2%	<0.001

3.2.3.3 Discussion et analyse des résultats

Représentativité de l'échantillon

Nous avons pu rencontrer 183 adolescents (soit 28% des adolescents recensés) lors de nos multiples déplacements au sein des foyers. Nous n'avons reçu aucun refus d'adolescent à qui l'enquête a été proposée, ni de leur parents. Les adolescents non rencontrés correspondent à une différence entre le nombre de sujets recensés et ceux présents de façon effective au moment des différentes venues des enquêteurs :

adolescents déplacés de façon inopinée, en fugues, perdus de vue ou pour lesquels aucune information n'était disponible.

Ces taux de rencontres faibles ne sont pas rares au cours d'études épidémiologiques impliquant adolescents et professionnels des milieux socio-éducatifs en France. Choquet et al rapportent des taux de 17% et de 20% de réalisation d'enquête lors de deux études nationales sur les adolescents de la Protection Judiciaire de la Jeunesse en 1997 et en 2004 (Choquet et al. 1998 et 2005). Les non réponses ont été attribuées principalement à une impossibilité de rencontre, absence suite à la convocation ou absence d'information disponible. Dans notre étude, il a existé de même une différence importante entre le nombre des adolescents recensés et celui des adolescents présents dans les sites au moment de l'enquête.

Le recensement administratif nous a permis d'avoir cependant accès à des données objectives concernant la population globale et théorique d'adolescents correspondant aux critères d'inclusion ainsi que concernant les foyers qui devaient les héberger : âge, sexe, statut juridique du placement, statut administratif de l'hébergement (foyer recevant en urgence ou pas, mixité, distribution des âges de la population accueillie...) et caractéristiques descriptives de l'établissement (capacité d'accueil, milieu urbain, semi urbain ou rural...). Nous n'avons pas trouvé de différences significatives concernant l'ensemble de ces caractéristiques entre les adolescents enquêtés et les non enquêtés.

Analyse et comparaison des résultats avec la population générale de même âge

Prévalence générale : 48,6% IC =[41,2-56,1]

Les taux de prévalence des troubles mentaux communs chez les adolescents sont décrits en population générale avec des variations. Des différences d'outils, de méthodes comme la prise en compte ou non de l'entretien parental, de la période d'apparition des troubles (période actuelle ou rétrospective, 3, 6 ou 12 mois), les tranches d'âge concernées rendent nécessaires des comparaisons prudentes et attentives. Il existe un travail important, sans cesse actualisé, réalisé pour construire des repères acceptables de prévalence à des fins de comparaison.

L'INSERM en 2002 proposait un taux de 12,5% (enfant et adolescent) en synthèse de son expertise collective sur les troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent. En 1998 Roberts et ses collègues réalisent une revue de la littérature de 52 études concernant les adolescents et retiennent un taux de prévalence de 18 à 20%. Dans une récente mise à jour par une revue des publications des 10 dernières années, Costello et al. (2005) montrent des taux de prévalence tous troubles confondus chez les 9 -16ans à 13, 3% pour les 3 mois passés. Fombonne (2005) dans une revue de la littérature fait apparaître des taux moyens autour de 15%. Verhulst (1995) dans une revue de 49 études de 1965 à 1993 retient un taux moyen de 12,4% pour tous les troubles.

Au Québec, avec le DISC 2.25 traduit en français, Breton et al (1999) montrent un taux global de 15,8%, pour une population de 6/14ans. Ce taux n'inclut cependant pas le trouble « psychosis screen» qui n'avait pas été recherché.

Romano et al. (2001) avec le même instrument et à partir des données de la même étude québécoise trouve pour les adolescents un taux global de 22,7%. En utilisant le DISC IV (la dernière version anglaise du DISC), Roberts et al (2006) ont réalisé une étude de prévalence des troubles mentaux chez les adolescents d'une large zone urbaine à Houston aux USA. Le résultat pour les 12 derniers mois est de 17,1%. De même, à Porto Rico, avec le DISC IV pour les 12 derniers mois, Canino (2004) décrit des taux à 19,8%.

Notons enfin que nous n'avons pas recherché certains troubles : les troubles des apprentissages, les retards de développement intellectuel et les abus de substances. Ces diagnostics ne sont donc pas inclus dans notre taux.

Le taux global de troubles (48,6%) au cours des 6 derniers mois, retrouvé dans notre étude est donc globalement 2 à 3,5 fois plus élevé que dans la population générale des adolescents.

Troubles anxieux 28,4% IC=[22,1-35,6]

Différentes revues de la littérature permettent des estimations autour de 5% (INSERM, 2002, p 25 ; Fombonne 2005). Il existe 5 fois plus de troubles anxieux dans notre échantillon.

Dépression majeure 14,8% IC=[10,1-20,9]

Le taux le plus élevé retrouvé dans la revue de littérature pour ce trouble (dépression au cours des 6 derniers mois) est 6% (INSERM, 2002, citant Reinherz et al, 1993). Fombonne (2005) retient 3%. Le taux observé dans notre étude est 2,5 à 5 fois plus élevé.

Symptômes psychotiques (Psychosis screen) 18,6 % IC=[13,4-25,1]

Le taux généralement retenu pour les troubles schizophréniques et pour toute psychose avérée est de 0,5% à l'adolescence (Fombonne, 2005). Mais le diagnostic « psychosis screen » ne lui est pas directement comparable (Narrow et al. 1998). Nous n'avons pas pu trouver de prévalence des « symptômes psychotiques du DISC » dans la population générale de cet âge (Vreugdenhil et al., 2004). Cependant ce diagnostic est utilisé dans certaines études ciblées sur des adolescents en situation particulière. Vreugdenhil et al. (2004), rapportent des taux de « psychosis screen » chez les adolescents incarcérés, à partir du DISC autour de 25% en considérant la présence d'un élément pathognomonique, et 34% si l'on étend cette définition à « au moins trois symptômes non pathognomoniques ».

Dans notre étude 2/3 des adolescents pour lesquels est rapporté ce trouble présentent des troubles associés et la moitié d'entre eux plus de 2. Enfin ce trouble est observé dans la totalité des cas présentant 5 ou 6 troubles associés.

Même si le diagnostic de schizophrénie ne présente pas ici une validité diagnostique suffisante, on peut considérer que 18,6% de ces adolescents présentent un trouble mental sévère avec trouble du jugement et des repères fondamentaux, associé dans 2/3 des cas à d'autres troubles mentaux avérés.

Trouble hyperactivité avec déficit de l'attention 3,8% IC=[1,7-8]

Le taux communément retenu est inférieur à 2% à l'adolescence (Fombonne, 2005). Le taux est donc légèrement plus élevé, mais le chiffre inférieur de l'intervalle de confiance lui est inférieur.

Trouble des conduites 15,3 IC=[10,6-21,5]

L'expertise collective de l'INSERM sur le trouble des conduites retient un taux de prévalence pour l'adolescence entre 3 et 9% (INSERM, 2005, p24). Par ailleurs, nous retrouvons une co-morbidité élevée, pour plus de la moitié des cas comme cela est régulièrement décrit (INSERM, 2005, p43). Ce trouble présente une augmentation modérée par rapport à la population générale.

Troubles non retrouvés : Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC), Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), Enurésie (En)

Les TOC et l'énurésie sont rares à l'adolescence, leur prévalence est respectivement inférieure à 1% (INSERM, 2002, p 25, Fombonne, 2005) et à 2% (Wena et al 2006). Concernant les TCA, l'anorexie mentale est très rare (moins de 0,2% chez la fille et quasiment inexistante chez le garçon) (Fombonne, 2005). La boulimie est plus fréquente mais reste inférieure à 1%, en particulier chez la fille (Fombonne, 2005). Notre échantillon de 183 personnes dont 77 filles est suffisamment faible pour expliquer l'absence de dépistage de ces troubles par le hasard.

En revanche, l'absence de ces troubles permet d'envisager qu'il n'existe pas une élévation globale et homogène des troubles chez les adolescents placés. La prévalence de certains troubles comme les troubles anxieux (TA), la dépression majeure (DM) et les symptômes psychotiques (SP) est très élevée, alors que d'autres troubles comme le trouble des conduites (TC) et le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) présentent une élévation modérée ; enfin les TOC, les TCA et l'énurésie ne montrent aucune élévation. Cette population présente un profil pathologique spécifique.

Prévalences des troubles mentaux chez les adolescents impliqués dans les dispositifs de protection de l'enfance, retrouvées dans d'autres pays

Des taux de prévalence comparables à nos résultats sont retrouvés dans plusieurs études réalisées récemment chez des adolescents des milieux socio-éducatifs ou impliqués dans un dispositif de protection de l'enfance (cf au chapitre 3.2.2). Dans l'état du Missouri (USA), Mac Millen et al (2004) ont évalué la prévalence des troubles mentaux chez les adolescents de plus de 17ans placés : 62% ont présenté un trouble dans leur vie et 37% dans l'année passée.

En Californie, Garland et al (2001) avec le DISC évaluent à 42% la prévalence des troubles chez des enfants impliqués dans la protection de l'enfance. En Pennsylvanie, Harman et al. (2000) montrent que les enfants de la protection de l'enfance ont, selon les diagnostics psychiatriques, 3 à 10 fois plus de troubles. Au Royaume Uni, Mc Cann et al (1996), Meltzer et al. (2003) puis Ford et al. (2007) rapportent des taux compris entre 45 et 67%. Plus récemment, dans les foyers sociaux allemands, Schmidt et al. ont évalué la prévalence à près de 60%.

Même si les méthodes et outils de ces études ne sont pas identiques, leur résultats vont tous dans le même sens et permettent d'affirmer une prévalence des troubles mentaux chez les enfants de la protection de l'enfance très significativement supérieure aux moyennes nationales au même âge.

Tableau 4

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les adolescents placés comparés aux adolescents en population générale

	Adolescents Placés dans les foyers des Bouches-du Rhône	Adolescents population générale (Fombonne, 2005 et Inserm 2003)
Troubles anxieux	28.4	5
Trouble des Conduites	15.3	8
THADA	3.8	2
Symptômes Psychotiques	18.6	0.5 (psychoses avérées)
Dépression Majeure	14.8	3
TOC	0	1
TCA	0	1.2
Au moins un trouble	48.6	12

La surexposition féminine

Fombonne (2005) évalue dans sa revue de la littérature des principales études de prévalence en population générale, un taux de DM 2 fois supérieur chez les filles. Romano et al. (2001) avec le DISC 2.25 en français au Québec montrent un rapport plus élevé, de 4. Il est dans notre étude 5 fois supérieur. De même pour les troubles anxieux, Fombonne (2005) ainsi que Canino et al. (2004) à Porto Rico et Roberts et al., (2006) aux Etats-Unis avec le DISC décrivent autour de 2 fois plus de troubles chez les filles, quand Romano et al. (2001) en rapportent 4 fois plus. Dans notre étude, le rapport est de 4. Vermeiren et al (2006) rapportent dans une revue de littérature des études de prévalence chez les adolescents incarcérés cette même surexposition féminine pour les TA et les DM.

En population générale, les TC et le THADA sont beaucoup plus fréquents chez les garçons : le TC est 3 fois (Romano et al., 2001) plus fréquent et le THADA de 1,5 à 3 fois plus fréquent chez le garçon (Fombonne, 2005, Romano et al., 2001). Dans notre étude, le TC est à peine plus élevé chez les garçons (17,9%) que chez les filles (11,7%) ; on observe même une tendance inverse pour le THADA : 6,5% pour les filles et 1,9 pour les garçons, même si la différence n'est pas significative. Mac Millen et al. (2004) montrent cette même absence de différence pour les TC et le THADA chez les filles et les garçons impliqués dans la protection de l'enfance.

S'il existe des taux de prévalence supérieurs chez les filles en population générale, cette augmentation est encore plus forte chez les adolescentes impliquées dans la protection de l'enfance. Les garçons se manifestant plus souvent par des troubles externalisés et perturbateurs (Romano et al., 2001), ils pourraient être repérés puis pris en charge plus tôt.

Nous proposons plus loin une analyse et des hypothèses plus détaillées pour rendre compte de cette différence de genre.

Limites de l'étude

La taille de notre échantillon d'étude constitue une des limites de ce travail. Elle implique des IC encore importants. Cependant la plupart des études publiées concernant des milieux similaires ont travaillé à partir d'échantillons de taille comparable : Mc Millen et al (2005) sur 373, Minnis et al (2004) sur 182, Mc Cann et al(1996) sur 88.

Par ailleurs, notre travail repose sur l'utilisation d'un questionnaire diagnostique structuré, le DISC, rempli par un enquêteur entraîné mais non clinicien et non sur une évaluation diagnostique réalisée par un psychiatre. Cette approche permet de conduire des enquêtes de prévalence en population dans des conditions de réalisation pratique acceptable avec des résultats de bonne qualité dans la mesure où cet instrument diagnostique a été largement validé et utilisé dans différentes situations (populations générales dans plusieurs pays).

Enfin, la diversité des méthodes et d'outils (incluant le questionnaire parental ou pas, relativisation par des scores de dysfonctionnement social ou pas, nombre de troubles recherchés etc.) selon les études doit rendre prudente la comparaison des taux issus de différentes études. Cependant, des résultats très proches des nôtres existent pour des populations comparables dans d'autres pays, ce qui renforce la validité de nos résultats.

3.2.3.4 Conclusion de l'étude

La prévalence des troubles mentaux chez les adolescents placés dans des foyers sociaux des Bouches-du-Rhône est 2 à 3,5 fois plus élevée que dans la population générale. Les troubles du comportement (notamment le trouble des conduites) n'en constituent qu'une faible part. Les troubles anxieux et la dépression majeure sont très fréquents ainsi que les tentatives de suicide. Il existe des éléments particulièrement inquiétants représentés par le taux élevé des comorbidités, incluant notamment les « symptôme psychotiques » retrouvés dans 18,6% des cas. Ceci évoque l'existence d'un taux élevé (1/5) de trouble sévère et durable du fonctionnement psychique chez ces adolescents. Enfin, les filles présentent beaucoup plus de troubles que les garçons, augmentant encore leur classique sur-représentation des troubles internalisés à l'adolescence (TA, DM) et y ajoutant une augmentation des troubles externalisés habituellement rencontrés plutôt chez les garçons.

La prévalence des troubles explorés n'est pas augmentée pour tous, évoquant la possibilité d'un profil pathologique spécifique. Malgré les limites de l'échantillonnage, l'importante proximité des résultats avec les études de prévalence chez les adolescents de la protection de l'enfance conduites dans d'autres pays renforce leur validité. Ces adolescents partagent tous l'existence d'importants dysfonctionnements familiaux, élément clairement reconnu comme facteur associé au développement des troubles émotionnels et comportementaux chez les enfants et adolescents (Dadds et Barret, 1996, Cichetti et Toth 1998).

Les troubles mentaux sont peu dépistés et peu traités au sein des foyers sociaux comme s'il était « normal d'aller mal » dans ces situations, de façon comparable à ce qui se rencontre dans les milieux de justice des mineurs mais aussi de la détention. Cette étude n'est pas suffisante pour une bonne connaissance de la psychopathologie de ces adolescents et de leurs troubles. Mais parce que les recherches épidémiologiques en France sur ce sujet sont inexistantes, elle contribue à cette connaissance. Elle permet d'affirmer le besoin de développer un corpus de connaissances spécifiques sur le fonctionnement psychique de ces adolescents évoluant en milieu socio-éducatif afin de proposer des dispositifs de soins adaptés à leurs besoins en santé mentale.



Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System

Guillaume Bronsard^{a,b,*}, Christophe Lançon^c, Anderson Loundou^b, Pascal Auquier^b, Marcel Rufo^d, Marie-Claude Siméoni^b

^a Adolescent House and Medico-Psycho-Pedagogic Center of the County of Bouches-du-Rhône, Marseille, France

^b Department of Public Health (EA 3279) at the Medicine University of Marseille, France

^c Department of Psychiatry at the University Hospital of Sainte Marguerite, Marseille, France

^d Adolescent Psychiatry Service of the University Hospital Salvator, Marseille, France

ARTICLE INFO

Article history:

Received 14 May 2010

Accepted 9 May 2011

Available online 14 May 2011

Keywords:

Adolescent

Prevalence

Psychiatric disorder

French

Child welfare system

Residential group home

ABSTRACT

Purpose: To determine the prevalence of some major mental disorders among adolescents living in a residential group home and the distribution of these disorders by gender.

Method: The participants included 183 adolescents (13–17 years old) living in residential group homes of the Child Welfare System in the county of Bouches-du-Rhône (South of France). A structured psychiatric Diagnostic Interview Schedule for Children was used to assess the existence of Anxiety Disorder (AD), Major Depression (MD), Conduct Disorder (CD), Eating Disorder (ED), Enuresia (En), Psychosis Screen (PS) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among the study participants over the six-month period before the assessment was taken. The existence of Suicide Attempts (SA) during the lifetime of each child was also assessed.

Results: Of the youths qualified, 48.6% as having at least one psychiatric disorder during the last six months (AD: 28.4%; CD: 15.3%; MD: 14.8%; PS: 18.6%; ADHD: 3.8%), and SA have been reported in 23% of them. Females were more affected than boys ($p < 0.001$) with 64.9% having at least one disorder compared to 36.8% of boys; AD: 49.3% vs. 13.2%; and MD: 27.3% vs. 5.6%.

Conclusion: Adolescents living in residential group homes of the Child Welfare System in France have notably high rates of mental disorder (about three times more than those of the general population of the same age), similar to the patterns found in adolescents in North America and Europe. These data are the first of their kind in France and will guide necessary changes to the child welfare system.

© 2011 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

In France, more than 250,000 children are involved with the Child Welfare System. Half of them are 13 to 17-year-old adolescents. Almost 135,000 are placed in out-of-home care, a half in foster care homes, and the other half in residential group homes (Baillieu & Trespeux, 2008).

Literature focusing on the mental health of children involved with the child welfare system highlights the fact that they are very vulnerable. They generally have significantly dysfunctional families. Family dysfunction is clearly recognized as a factor associated with the development of emotional and behavioral disorders among children and adolescents (Cicchetti & Toth, 1998; Dadds & Barrett, 1996). McMillen, Zima, Scott et al. (2005) assessed the prevalence of mental disorders in the population of youths over 17 years old that was in the

foster care system in the state of Missouri (USA): 62% had experienced a mental disorder in their lifetimes and 37% had experience such a disorder in the past year. In California (USA), Garland, Hough, McCabe et al. (2001) estimated the mental disorder prevalence rate at 42% in children involved in the Child Welfare System. McCann, James, Wilson, and Dunn (1996) found that 67% of children in the English child welfare department had a psychiatric disorder diagnosis. In Scotland, Minnis, Everett, and Piloni (2006) found that 60% of children placed in foster care showed signs of psychiatric problems. In Pennsylvania (USA), Harman, Childs, and Kelleher (2000) reported that children in foster care were 3 to 10 times more likely to receive a psychiatric diagnosis. In a recent study Schmid, Goldbeck, Nuetzel, and Fegert (2008) found prevalence rate around 60% among adolescent living in residential group homes in Germany.

Furthermore, differences in the distribution of mental disorders by gender were emphasized. Within the general population, there were more mood disorders and anxiety disorders in girls, but fewer conduct disorders and attention deficit and hyperactivity disorders than in boys (Fombonne, 2005). McMillen, Zima, Scott, et al. (2005) showed

* Corresponding author at: 169 Rue Paradis, 13006 Marseille, France. Tel.: +33 4 91 37 33 77; fax: +33 4 91 37 45 90.

E-mail address: guillaume.bronsard@free.fr (G. Bronsard).

that the increase of mood disorders and anxiety disorders in girls in the child welfare system was more important than in the general population, whereas the rates of conduct disorders and attention deficit hyperactivity disorders did not differ between girls and boys.

Although the few studies available concluded that psychiatric morbidity in children and adolescents involved in child welfare system was very high, they explored a wide range of specific psychiatric problems, not always comparable across studies, and used different screening tools. Furthermore, the organization of the child welfare systems in each country is not strictly comparable. The reasons for and the kinds of placements (i.e., residential group homes, foster care homes, kinship placements, and others) may be different, even in the same country, depending on the culture and according to the custom of local social services. Therefore, the results of previous studies cannot be easily synthesized and generalized to other countries.

To our knowledge, there is no prevalence study of mental disorders in France concerning adolescents in out-of-home care (foster care home or residential group home), nor, more generally, among adolescents involved in the child welfare system. However, such information would be valuable to improve screening of mental disorders and to design appropriate care for this group.

The objective of this study was to provide a first estimate of the prevalence of mental disorders and their distribution by gender in adolescents who are under the care of the French Child Welfare System and who are living in residential group homes.

2. Method

2.1. Participants

Any 13 to 17-year-old adolescent able to speak French who was in one of these residential group homes during the inclusion time period (June 2005 and June 2006), who was present on the day when the interview was planned and who agreed to participate was eligible for the study. After obtaining consent to participate in the study from adolescents and their parents, the adolescents were interviewed by trained researchers. This study was declared and received the approval of the "Comission nationale de l'informatique et des libertés" (National Committee of informatics and liberties) and of the local authority (The Child Welfare administration of the county of the Bouches-du-Rhône). It was conducted on the terms and conditions specified by the Helsinki Declaration on human subjects testing.

2.2. Study sampling

In each county, an administrative file is available and allows one to estimate the number of adolescents involved with the child welfare system who are living in residential group homes during a given period of time. This file made it possible to design a sampling procedure, taking into account major confounding factors, like age and gender of the adolescents, juridical status of placements and features of the institution.

In the county of Bouches-du-Rhône, approximately 6000 children were looked after by the child welfare system during the period of the study. Of these, 3300 were in out-of-home care and 1300 were adolescents between 13 and 17 years of age. One-half of these adolescents were living in foster care homes and the other half ($n=653$) in residential group homes. The choice between foster care homes and residential group homes is incidental, according to non-objective local and actual circumstances (i.e., availability and institutional problems). To enhance feasibility we focused the study on residential group homes.

A gap between the number of registered adolescents and the number who were present at the venues of interviewers was expected given that the adolescents may be unexpectedly displaced, run away

or be lost (Choquet, Hassler, & Morin, 2004; Choquet, Ledoux, Hassler, & Paré, 1998).

Considering the existing literature (Garland et al., 2001; McCann et al., 1996; McMillen et al., 2005; Schmid et al., 2008), a prevalence rate of approximately 50% for at least one psychiatric disorder could be reasonably assumed. To obtain precision of the prevalence estimates within 10%, a minimum sample of 100 subjects should be included.

2.3. Tools

The French child-report version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.25) was used. The DISC is a structured psychiatric diagnostic interview for children and adolescents aged 6 to 18 and their parents. This tool was developed and updated by the American Institute of Mental Health and extensively validated (Breton, Bergeron, Valla et al., 1998; Shaffer, Fisher, Dulcan et al., 2000; Shaffer, Fisher, Lucas et al., 1996; Shaffer, Fisher, & Piacentini, 1991). It is a largely used tool for children and adolescents (Breton, Bergeron, Valla et al., 1999; Renou, Hergueta, Flament et al., 2004). The DISC requires a one-on-one interview of about 1.5 h in duration during which the interviewer completes the questionnaire by asking questions directly to the adolescent. The interviewer status does not affect its reliability due to the highly structured organization of the DISC (Breton et al., 1998). Seven diagnoses were explored: Anxiety Disorder (AD), Major Depression (MD), Conduct Disorder (CD), Eating Disorder (ED), Nocturnal Enuresis (NE), Psychosis Screen (PS) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Only diagnoses that had been made in the last 6 months were studied. In addition to collecting data on DSM-III-R diagnoses (American Psychiatric Association, 1987), DISC 2.25 questions were also used to assess any Suicide Attempts (SA) that had been made during the lifetime of the adolescent.

2.4. Statistical analyses

Descriptive statistics were computed for all variables. Means and standard deviations were calculated for continuous variables, whereas proportions were calculated for categorical variables. The comparability between included adolescents and non-included eligible adolescents was tested using Chi-squared tests or accurate Fisher tests for qualitative variables, depending on the conditions of the application. The algorithms of the DISC 2.25 allowed for identification of the presence or absence of each disorder that was explored for each individual. DSM-III-R 6-month prevalence rates were calculated for AD (composed of simple phobia, social phobia, agoraphobia, separation anxiety disorder, overanxious disorder and generalized anxiety disorder), depressive disorders (comprising dysthymia and major depression), CD, ADHD and PS (composed of at least three non pathognomonic or one pathognomonic symptoms). Internalizing disorders (grouping AD and MD) and externalizing disorders (CD and ADHD) were also considered.

The prevalence rate for each disorder was expressed by dividing the number of individuals with the disorder by the total number of subjects included in the study. For each prevalence estimate obtained from the study sample, a 95% confidence interval was calculated using the method of quadratic Fleiss (1981). Broader categories of disorders, specifically the prevalence of one or more disorders and that of at least two disorders, were also examined. Gender differences in prevalence rates of disorders were studied. The threshold significance for test results (p) was 0.05. The analysis was performed using SPSS software version 15 and SAS version 9.1.

3. Results

The inclusion procedure resulted in a sample of 183 adolescents. In total, 653 individuals in residential group homes were registered

in the administrative files during the targeted period of time. The study sample consisted of 106 boys (58%). The mean age was 15.3 years \pm 1.4 (Range 13.0–17.5) and did not differ according to gender. No significant differences were found between the included population and the population not included in the study due to major confounding factors registered in the administrative census.

Six-month prevalence estimates in the whole sample and by gender are described in Table 1. The findings show that 48.6% of interviewed adolescents had at least one mental disorder. The most frequent disorders were: Anxiety Disorder (28.4%), Psychosis Screen (18.6%), Conduct Disorder (15.3%) and Major Depression (14.8%). Suicide Attempts were reported in 23.7% of cases. Internalized disorders were identified in almost one-third (32.8%) of the adolescents, whereas externalized disorders affected 17.5% of them. Co-morbidity was high: 23.5% of adolescents had at least two disorders and 4.1% of the adolescents presented more than four. However, some disorders were not evidenced: eating disorder (ED), obsessive compulsive disorder (OCD) and nocturnal enuresis (NE). Regarding gender differences, girls had significantly ($p < 0.001$) more disorders (64.9% vs 36.8%), more co-morbidities (40.3% vs 11.3%), more anxiety disorders (49.3% vs 13.2%) and more major depression (27.3% vs 5.6%) than boys. Internalized disorders were significantly more frequent in girls (57.1% vs 15.1% in boys), whereas the distribution of externalized disorders did not significantly differ according to gender.

4. Discussion

In the current study of a sample of adolescents living in residential group homes in France, almost 50% of participants demonstrated at least one psychiatric disorder.

Several limitations of this study should be noted. The size of our sample is one of the limits of this work, even though other studies were conducted in similar environments with samples of comparable size: McMillen, Zima, Scott, et al. (2005) studied a group of 373 fostered adolescents, Minnis, Everett, and Pelosi, (2006) evaluated 182 adolescents, and McCann, James, Wilson, and Dunn (1996) studied a group of 88 adolescents. Caution should be used when comparing the prevalence rates found by different studies because of the diversity of methods and tools (including use of a parental questionnaire, adjustment for scores of social dysfunction, the heterogeneity and variety of disorders sought, among others). Providing epidemiological information based on the DSM-III-R study could be criticized because the clinical significance is not integrated into the formulation of the disorders (Canino, Shrout, Rubio-Stipec et

al., 2004; Pickles et al., 2001; Pine, Alegría, Cook et al., 2002). Moreover, this study relies solely on information provided by the adolescents. Adolescents may under-report externalizing symptoms, and the most complete picture would be obtained when all informants (including parents and other adults caring for the adolescents) participate in the evaluation (Stanger & Lewis, 1993). Unfortunately, the implementation of such an approach in the present context of placed adolescents seems quite difficult and even unrealistic. Nevertheless, the use of a standardized and extensively validated instrument relying on explicit diagnostic criteria allowed for a large-scale epidemiological study of mental disorders among children living in residential group. An instrument relying on DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) was not available and validated in French at the time of the present study.

Beyond the aforementioned limits, this study is of great interest for both French health professionals and social workers caring for these adolescent children placed because, this is the first study of this type focusing on this population in France. Importantly, information about this population remains dramatically scarce in France. These results can be compared with data from other countries, in order to observe differences between national child welfare systems and their responses to mental health needs.

The overall 6-month prevalence demonstrated in our study is 2.5 to 3.5 times higher than those found in the general population of adolescents. With regard to the overall prevalence of mental disorders in children and adolescents, the French National Institute of Medical Research proposed a rate of 12.5% based upon its collective expertise (INSERM, 2002). In a recent review of publications over the last 10 years, Costello, Egger, and Angold (2005) showed prevalence rates of 13.3%, taking all mental disorders into account for the 9 to 16-year-old age group population. Verhulst and Koot (1995), in a review of 49 studies performed between 1965 and 1993, reported an average rate of 12.4%.

Compared to the general adolescent population, rates are not homogeneously increased for all disorders. In our sample, AD is about 5 times more frequent (5% of adolescents in the general population) (Fombonne, 2005; INSERM, 2002), and MD is 2.5 to 5 times more frequent (3 to 6% of adolescents in the general population) (Fombonne, 2005; INSERM, 2002). There is also a high rate of PS (18.6%), as the rate generally reported for schizophrenic disorders and for any psychosis is 0.5% at adolescence (Fombonne, 2005). However, the diagnostic "psychosis screen" is not directly comparable to the rate of schizophrenic disorders and psychosis (Narrow, Regier, Goodman et al., 1998). To our knowledge, prevalence of "psychotic symptoms" described by the DISC for the general population of that age has not

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

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

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

in the administrative files during the targeted period of time. The study sample consisted of 106 boys (58%). The mean age was 15.3 years \pm 1.4 (Range 13.0–17.5) and did not differ according to gender. No significant differences were found between the included population and the population not included in the study due to major confounding factors registered in the administrative census.

Six-month prevalence estimates in the whole sample and by gender are described in Table 1. The findings show that 48.6% of interviewed adolescents had at least one mental disorder. The most frequent disorders were: Anxiety Disorder (28.4%), Psychosis Screen (18.6%), Conduct Disorder (15.3%) and Major Depression (14.8%). Suicide Attempts were reported in 23.7% of cases. Internalized disorders were identified in almost one-third (32.8%) of the adolescents, whereas externalized disorders affected 17.5% of them. Co-morbidity was high: 23.5% of adolescents had at least two disorders and 4.1% of the adolescents presented more than four. However, some disorders were not evidenced: eating disorder (ED), obsessive compulsive disorder (OCD) and nocturnal enuresis (NE). Regarding gender differences, girls had significantly ($p < 0.001$) more disorders (64.9% vs 36.8%), more co-morbidities (40.3% vs 11.3%), more anxiety disorders (49.3% vs 13.2%) and more major depression (27.3% vs 5.6%) than boys. Internalized disorders were significantly more frequent in girls (57.1% vs 15.1% in boys), whereas the distribution of externalized disorders did not significantly differ according to gender.

4. Discussion

In the current study of a sample of adolescents living in residential group homes in France, almost 50% of participants demonstrated at least one psychiatric disorder.

Several limitations of this study should be noted. The size of our sample is one of the limits of this work, even though other studies were conducted in similar environments with samples of comparable size: McMillen, Zima, Scott, et al. (2005) studied a group of 373 fostered adolescents, Minnis, Everett, and Pelosi, (2006) evaluated 182 adolescents, and McCann, James, Wilson, and Dunn (1996) studied a group of 88 adolescents. Caution should be used when comparing the prevalence rates found by different studies because of the diversity of methods and tools (including use of a parental questionnaire, adjustment for scores of social dysfunction, the heterogeneity and variety of disorders sought, among others). Providing epidemiological information based on the DSM-III-R study could be criticized because the clinical significance is not integrated into the formulation of the disorders (Canino, Shrout, Rubio-Stipec et

al., 2004; Pickles et al., 2001; Pine, Alegría, Cook et al., 2002). Moreover, this study relies solely on information provided by the adolescents. Adolescents may under-report externalizing symptoms, and the most complete picture would be obtained when all informants (including parents and other adults caring for the adolescents) participate in the evaluation (Stanger & Lewis, 1993). Unfortunately, the implementation of such an approach in the present context of placed adolescents seems quite difficult and even unrealistic. Nevertheless, the use of a standardized and extensively validated instrument relying on explicit diagnostic criteria allowed for a large-scale epidemiological study of mental disorders among children living in residential group. An instrument relying on DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) was not available and validated in French at the time of the present study.

Beyond the aforementioned limits, this study is of great interest for both French health professionals and social workers caring for these adolescent children placed because, this is the first study of this type focusing on this population in France. Importantly, information about this population remains dramatically scarce in France. These results can be compared with data from other countries, in order to observe differences between national child welfare systems and their responses to mental health needs.

The overall 6-month prevalence demonstrated in our study is 2.5 to 3.5 times higher than those found in the general population of adolescents. With regard to the overall prevalence of mental disorders in children and adolescents, the French National Institute of Medical Research proposed a rate of 12.5% based upon its collective expertise (INSERM, 2002). In a recent review of publications over the last 10 years, Costello, Egger, and Angold (2005) showed prevalence rates of 13.3%, taking all mental disorders into account for the 9 to 16-year-old age group population. Verhulst and Koot (1995), in a review of 49 studies performed between 1965 and 1993, reported an average rate of 12.4%.

Compared to the general adolescent population, rates are not homogeneously increased for all disorders. In our sample, AD is about 5 times more frequent (5% of adolescents in the general population) (Fombonne, 2005; INSERM, 2002), and MD is 2.5 to 5 times more frequent (3 to 6% of adolescents in the general population) (Fombonne, 2005; INSERM, 2002). There is also a high rate of PS (18.6%), as the rate generally reported for schizophrenic disorders and for any psychosis is 0.5% at adolescence (Fombonne, 2005). However, the diagnostic "psychosis screen" is not directly comparable to the rate of schizophrenic disorders and psychosis (Narrow, Regier, Goodman et al., 1998). To our knowledge, prevalence of "psychotic symptoms" described by the DISC for the general population of that age has not

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

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

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

been reported. However, this diagnosis is reported in some targeted studies on adolescents in special situations. Based on the same tool (DISC), Vreugdenhil, Vermeiren, Wouters et al. (2004) reported “psychosis screen” rates in incarcerated adolescents to be around 25% with one pathognomonic element and to be 34% if more than three non-pathognomonic symptoms are considered. In our study, two-thirds of adolescents with PS have associated disorders, and half of them have more than two. PS is observed in all cases with five or more associated disorders. Almost one-fifth of the adolescents studied have a severe mental disorder with judgment and bearing disorders that are associated in two-thirds of cases with other mental disorders. Likewise, the rate of Suicide Attempts reported in our study is much higher: 18.6% of adolescents have declared to have attempted suicide once in their life time, whereas attempted suicides are estimated between 2.7% and 8% (Fombonne, 2005) in the overall adolescent population. The increase is more moderate for the presence of externalized disorders in our population compared to the general population. The self-reported rate of ADHD in adolescents is 2% (Fombonne, 2005), which is close to the rate found for adolescents in our study. The rate of CD is higher, but the highest rate commonly reported (9%) (INSERM, 2005) is close to the lower limit of the 95%CI of the prevalence estimate. In our study, this disorder is associated with high co-morbidity, as it is regularly described (INSERM, 2005). Conversely, some disorders were not found: OCD, ED and EN. These disorders are rare in adolescence, with the prevalence of OCD and EN being below 1% (Fombonne, 2005; INSERM, 2002), and 2% (Wen, Wang, Chen, Wen et al., 2006), respectively. Regarding ED, mental anorexia is very rare (less than 0.2% among girls and almost non-existent in boys) (Fombonne, 2005). Bulimia is more common, especially among girls, but the prevalence is less than 1% (Fombonne, 2005). Our sample of 183 persons, including 77 girls, is low enough to explain the absence of these disorders by chance.

These contrasting results suggest that there is not an overall and uniform increase in mental disorders in adolescents living in residential group homes and that this population might present a specific pathological profile. Particularly, the high rate of psychotic symptoms observed in our sample is noticeable and should be further investigated because early detection and care of these disorders would improve the course of the disease.

The distribution of disorders by gender is another interesting finding of this study. Looking at the global prevalence rate, our study showed that mental disorders are much more frequent in girls (nearly two-thirds) than in boys (around one-third), which is in accordance with other epidemiological studies conducted among placed adolescent populations (McMillen et al., 2005). Concerning the distribution of SA reported by adolescents, girls are more affected because 41.3% of them have attempted suicide compared to 12.7% for boys. In a specific population, Choquet et al. (2004) showed very similar figures: 9% of boys and 44% of girls under the French Judicial Protection of Youth have attempted suicide.

Our results differ from those found in the general population too with regard to the balance of troubles between internalized and externalized disorders in boys compared to girls. In the general population, CD and ADHD are much more common among boys (Romano, Tremblay, Vitaro et al., 2001): CD is 3 times more frequent (INSERM, 2005), and ADHD is 1.5 to 3 times more frequent among boys (Fombonne, 2005; INSERM, 2005). In our study, CD is not significantly higher among boys (17.9%) than girls (11.7%). A reverse trend is evidenced for ADHD: 6.5% for girls and 1.9% for boys.

If there are higher prevalence rates of mental disorders among girls in the general population, this overrepresentation is even more pronounced among teenagers living in residential group homes and the distribution of disorders is not comparable, with no difference between girls and boys for externalized disorders. These data suggest that increased attention should be focused on disorders in girls living in residential group homes since they are likely to be particularly vulnerable.

Lastly, our prevalence estimates are very high but consistent with the few studies available in Northern European or American countries, showing mental disorder rates in infants and adolescents in out-of-home care that are over 50% (Garland et al., 2001; McMillen et al., 2005; Minnis, Everett, & Pelosi, 2006; Pilowsky & Wu, 2006; Schmid et al., 2008). This similarity reinforces the validity of our results.

Despite some limitations, the present results highlight that adolescents living in residential group homes in France are a vulnerable population with a high risk of mental disorder. These results may be informative to those who care for and treat these youths. When children are placed out-of-home, the choice between placement in a foster care home or a residential group home is circumstantial (often determined by availability). Therefore, it is likely that the rate of mental disorders among adolescents in foster care homes would not be different among these two groups. Such assessments are important tools for planning the organization of care and mental health services for children in the child welfare system, in particular, among placed adolescents. Strikingly, the integration of systematic mental health screening for children and adolescents entering the child welfare system is needed. This finding implies that all professionals (social workers, educators, nurses, psychologists, medical doctors...) caring for these adolescents should be aware of this specific psychopathology and could benefit from specific training about preventive care, screening for mental health problems and orientation to a relevant specialized treatment. This study is not sufficient to develop good knowledge of the psychopathology of these adolescents and their disorders, but it is the first such study in France. This study reveals the need to develop a corpus of specific knowledge on mental functioning of adolescents involved in the child Welfare System in order to offer them care tailored to their specific mental health needs.

5. Conclusion

The prevalence of mental disorders in adolescents living in French residential group homes is 2.5 to 3.5 times higher than in the overall population. Behavioral disorders are not necessarily the reason for this very high rate. Among these adolescents, anxiety disorders and major depression occur the most frequently, as well as suicide attempts. Some mental disorder elements represent a big concern, such as the high rate of co-morbidities, including the “psychotic symptoms” found in almost one in five adolescents. There is a high rate (1 in 5) of severe and durable disorders of mental functioning among these adolescents.

Acknowledgments

This study was supported by the Direction of Research, Evaluation, Studies and Statistics of the French Ministry of Health, Youth and Sports.

The authors are grateful to all the adolescents and the social workers who participated.

References

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised third edition (DSMIII-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth (DSMIV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bailleau, G., & Trespeux, F. (2008). *Les bénéficiaires de l'aide sociale des départements en 2006. Document de travail, Série statistiques, DREES N°122*.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthume, C., & Saint Georges, M. (1998). Diagnostic interview schedule for children (DISC 2.25) in Quebec: Reliability findings in the light of MECA study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1167–1174.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., et al. (1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375–384.

- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., et al. (2004). DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 85–93.
- Choquet, M., Hassler, C., & Morin, D. (2004). *Santé des 14–20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur Public), sept ans après*. Paris: INSERM.
- Choquet, M., Ledoux, S., Hassler, C., & Paré, C. (1998). *Adolescents (14–21 ans) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et leur santé*. Paris: INSERM.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychology*, 53, 221–241.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders. I: Method and public health burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 972–986.
- Dadds, M. R., & Barrett, P. M. (1996). Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Behaviour Change*, 13, 231–239.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. (2nd Edition). : John Wiley and sons.
- Fombonne, E. (2005). *Epidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie*, 2, 169–194.
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., et al. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 409–418.
- Harman, J. S., Childs, G. E., & Kelleher, K. (2000). Mental health care utilisation and expenditures by children in foster care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154, 1114–1117.
- INSERM, Expertise collective (2005). *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent* (Les éditions Inserm). Paris.
- INSERM, Expertise collective (2002). *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent* (Les éditions Inserm). Paris.
- McCann, J. B., James, S. W., Wilson, S., & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313, 1529–1530.
- McMillen, J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Jr., et al. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 88–95.
- Minnis, H., Everett, K., & Pelosi, A. J. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63–70.
- Narrow, W. E., Regier, D. A., Goodman, S. H., et al. (1998). A comparison of federal definitions of severe mental illness among children and adolescents in four communities. *Psychiatric Services*, 49, 1601–1608.
- Pickles, A., Rowe, R., Simonoff, E., Foley, D., Rutter, M., & Silberg, J. (2001). Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *British Journal of Psychiatry*, 179, 230–235.
- Pilowsky, D. J., & Wu, L. T. (2006). Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of american adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*, 38, 351–358.
- Pine, D. S., Alegria, M., Cook, E. H., et al. (2002). Advances in developmental science and DSM-V. In D. J. Kupfer, M. D. First, & D. A. Regier (Eds.), *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Renou, S., Hergueta, T., Flament, M., Mouren-Simeoni, M. C., & Lecrubier, Y. (2004). Diagnostic structured interview in child and adolescent's psychiatry. *L'Encephale*, 30, 122–134.
- Romano, E., Tremblay, R. E., Vitaro, F., Zoccolillo, M., & Pagani, L. (2001). Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: Findings from an adolescent community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 451–461.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 2.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., et al. (1996). The NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC 2.3): Description, acceptability, prevalence rates in the MECA study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167–1174.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Swab-Stone, M. (2000). NIMH diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865–877.
- Shaffer, D., Fisher, P., & Piacentini, J. (1991). *DISC-2.25*. [unpublished manuscript]. Located at New York State Psychiatric Institute, New York.
- Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement among parents teachers and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 107–115.
- Verhulst, F., & Koot, H. (1995). *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford: Oxford university Press.
- Vreugdenhil, C., Vermeiren, R., Wouters, L. F., Doreleijers, T., & Van Der Brink, W. (2004). Psychotic symptoms among male adolescent detainees in the Netherlands. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 73–86.
- Wen, J. G., Wang, Q. W., Chen, Y., Wen, J. J., & Liu, K. (2006). An epidemiological study of primary nocturnal enuresis in Chinese children and adolescents. *European Urology*, 49, 1107–1113.

3.3 Etude de la Qualité de vie des enfants placés

3.3.1 Présentation de la démarche d'étude de la Qualité de Vie.

L'étude de prévalence des troubles mentaux que nous avons menée auprès des adolescents vivant en foyers, a pu être associée à l'utilisation d'un auto-questionnaire explorant et mesurant la « Qualité de Vie » (QV). L'étude de la QV évalue des éléments subjectifs de vécu personnel définissant par exemple l'estime de soi, le bien-être psychologique ou physique auxquels on peut associer la mesure d'éléments objectifs comme le nombre d'hospitalisations, le recours aux soignants ou le nombre de redoublements ayant eu lieu ou d'autres éléments subjectifs comme la satisfaction d'un lieu de vie, des croyances etc., si l'on souhaite explorer les relations existant entre QV et ces autres éléments, ou rechercher par exemple dans quelle mesure ces éléments pourraient être des déterminants de la QV.

Le concept de QV est utilisé en médecine depuis les années soixante-dix. Il veut traiter l'insuffisance de la mesure de la santé « objective ». Les indices biologiques ou physiques ne suffisent en effet pas à parler de la santé, en particulier de celle du « malade », ni à prendre certaines décisions thérapeutiques. L'OMS dès 1946, avait déjà largement étendu la description de la santé, bien au-delà de l'état « non maladie ou infirmité », vers le bien-être, social, physique et psychologique.

Les choix entre deux traitements, ou de stratégies soignantes, ont pu ainsi progressivement inclure d'autres critères que les effets sur la mortalité ou l'amélioration d'un critère biologique. Ce concept met en avant que la quantité de vie ne suffit pas à traiter la santé...sa qualité est aussi déterminante. De plus, cette qualité a une dimension subjective, et c'est celle du malade qui est interrogée, la perception de la santé par les soignants n'étant pas particulièrement convergente avec celle des soignés (Auquier, Simeoni et Robitail, 2006). Mais il faut pouvoir établir, calculer... objectiver des éléments subjectifs... mesurer la « santé perçue ». Des instruments produisent donc des indicateurs de QV, fiables et reproductibles en s'appuyant sur les réponses à des questionnaires standardisés (Auquier et al., 2006).

L'aspect a priori contradictoire d'objectiver des éléments subjectifs, a nourri quelques débats peu féconds mais pourtant durables, organisés sur l'opposition des approches qualitatives et quantitatives ; ces deux approches renvoyant à deux systèmes de représentations, par nature construits et imparfaits, que l'on pourrait considérer complémentaires (Auquier et al., 2006). La mesure de la QV n'a pas pour ambition de définir ce qu'est la qualité de vie de façon globale et philosophique mais « *simplement de quantifier certains de ses attributs caractéristiques identifiés grâce à des définitions opérationnelles (capacités physiques, psychiques, sociales, relationnelles.)* » (Auquier et al.,2006).

Ce débat est analogue à celui de la mesure de l'intelligence, mesurant en effet seulement quelques aspects de l'intelligence opérationnelle, puisque l'intelligence de façon générale ne peut être simplement définie, tellement les dimensions sociales, culturelles, historiques, philosophiques et politiques participent aux tentatives de définition. L'opposition idéologique et affectivée se base et se construit sur le simple fait de ne pas parler de la même chose, les uns parlant d'une partie de l'intelligence, en général opératoire, les autres parlant du concept d'intelligence menacé par le réductionnisme du chiffrage. Les outils de mesure, les échelles d'intelligence sont pourtant utilisés assez facilement, par les cliniciens et les commissions d'orientation dès lors que l'on a compris ce que cette « intelligence » définit et surtout ce qu'elle ne définit pas. Ceci implique des précautions de connaissance des instruments utilisés, de l'histoire et des objectifs initiaux de leur construction. Ces mêmes précautions seront à développer avec la mesure de la Qualité de Vie et à poser au moment de la diffusion des résultats.

En 1993, l'OMS définit la « Qualité de Vie » (QV) comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » et produit son instrument de mesure le WHOQOL (World Health Organization, 1993).

Les études incluant la QV sont nombreuses depuis une vingtaine d'année. Le moteur de recherche sciencedirect (moteur de recherche multidisciplinaire de l'éditeur scientifique Eselvier) montre plus de 200 000 articles reliés à la QV. Si l'on croise le mot clé QV avec « enfant » ou « adolescent », il en existe environ 20 000. 95% des

articles ont été écrits à partir de 1995, avec une augmentation continue du nombre de publications de 1993 à 2011, qui a décuplé. Le thème associé le plus souvent retrouvé est la maladie somatique chronique, et en particulier le cancer (thème retrouvé dans près de la moitié des publications, sciencedirect). Les études associant les troubles mentaux à la QV sont plus rares, 5% environ des articles reliés à la QV.

3.3.2 Les études de QV chez les adolescents

Il existe une dizaine d'outils spécifiques pour la population enfant/adolescent (Auquier et al., 2006 ; Pal, 1996 ; Eiser et Morse, 2001) présentant un degré de validation variable. Ils peuvent interroger les enfants eux-mêmes, et souvent les parents. Les temps de passation sont courts, entre 5 et 30 minutes.

La mesure de la qualité de vie liée à la santé (*Health Related Quality of Life*) est une démarche largement utilisée dans l'analyse des situations d'individus porteurs de maladies chroniques, mais elle peut devenir un instrument d'« état des lieux » sanitaire et de prévention auprès de populations vulnérables ou particulières, non repérées malades. Siméoni et al (1997 ; 1998 ; 2000 ; 2001) ont ainsi étudié en France la population adolescente du département des Bouches-du-Rhône par un auto-questionnaire de QV.

Cette démarche pourrait permettre d'isoler des problématiques spécifiques avant qu'elles ne se constituent en entité morbide avérée, mais aussi de mesurer des bénéfices de programmes d'éducation à la santé ou de prévention (Siméoni et al., 2001). Enfin elles permettent d'inclure et d'impliquer directement les préoccupations et points de vue des adolescents eux-mêmes, ce qui pourrait faciliter l'adaptation des réponses (Manificat et al. 1997) et augmenter l'acceptabilité des outils.

3.3.3 La QV chez les enfants placés

Cette population considérée comme particulièrement vulnérable (Cichetti et Toth, 1998 ; Kayser et al., 2011), réunit un grand nombre de facteurs de risque psychosociaux et présente de très hauts taux de troubles mentaux (cf supra). Cette population est aussi assez facilement repérable. Ces enfants sont confiés à des administrations qui ont la mission de les protéger, de favoriser leur épanouissement, de les « soigner ».

La mesure de la QV indiquerait un état général, que l'on pourrait comparer au reste de la population ou à d'autres populations spécifiques. Cette mesure associée à l'étude de facteurs objectifs, pourrait permettre en plus de repérer des facteurs déterminants sur lesquels les professionnels pourraient agir ou développer leur vigilance lorsqu'ils existent. Les thématiques de santé globale et perçue, explorées par les instruments sont de plus particulièrement échangeables d'une discipline à l'autre, construisant des données simplement utilisables dans de tels contextes hautement multidisciplinaires.

Depuis le début des années 2000, une dizaine d'études ont exploré la QV chez les enfants placés. La QV est régulièrement abaissée, de façon globale et significative (Damjanovic et al 2011, Carbone et al 2007, Akister et al, 2010). Si la satisfaction des enfants est mesurée bonne dans leur parcours de placement (Wilson et Conroy, 1999), certains facteurs d'état actuel ou d'anamnèse sont mis en avant comme facteur influençant spécifiquement la QV. Les troubles mentaux ou les « problèmes en santé mentale » sont régulièrement rapportés comme un facteur dégradant (Damjanovic et al., 2011 ; Carbone et al., 2007).

Certaines équipes ont étudié la QV chez des adultes anciens enfants placés et les facteurs prédictifs de QV à l'âge adulte. Dumaret et al. (2011), ont étudié la situation et l'état de santé de 123 adultes ayant passé au moins trois ans placés dans les « villages SOS » en France, dispositif de famille d'accueil. Il apparaît que leur insertion sociale générale est bonne, facteur influençant positivement la QV, mais celle-ci se dégrade en cas de violences subies dans l'enfance ou de la persistance de troubles psychiques au-delà du placement. Aux Etats-Unis, Anctil et al (2007), ont mis en évidence le lien entre abus sexuel et baisse très significative de l'estime de soi par l'utilisation d'outil de mesure de la QV. Les études de QV permettent donc d'isoler des facteurs associés à ses variations et doivent favoriser la prévention primaire ou secondaire de ces facteurs.

Une équipe israélienne a utilisé l'outil de mesure de QV pour évaluer de façon comparative l'évolution des enfants selon le choix de placer ou de maintenir à domicile des enfants à risques (Davidson-Arad, 2003, 2005, 2010). La QV augmente progressivement chez les enfants placés et reste pauvre chez ceux maintenus à

domicile, stabilisant clairement le choix de déplacer les enfants hors de chez eux dans des conditions objectivables.

Les informations obtenues à partir de l'étude de QV chez les enfants placés renseignent sur l'état du groupe, des facteurs associés à l'évolution favorable ou non de la situation, y compris à très long terme, mais peuvent aider aussi à argumenter vers un choix aussi crucial et incertain que le placement.

Cependant, de la même façon que pour les études recherchant la prévalence des troubles mentaux, les chiffres et les résultats ne sont pas aisément transposables d'un pays à l'autre. Des différences notables existent selon les pays, même en population générale (Michel et al, 2009). Les cohortes d'enfants placés ne représentent pas une population homogène et directement comparable, tant les motifs de placement et les dispositifs alternatifs sont liés à l'histoire, la culture et les politiques publiques comme nous l'avons montré plus haut. La QV, rapportant principalement des éléments de santé perçue, subjectifs à partir d'outils variés, les valeurs ne sont là aussi pas immédiatement comparables.

3.3.4 Etude de la QV des adolescents placés dans les foyers sociaux du Département des Bouches-du-Rhône

L'étude de prévalence des troubles mentaux auprès des adolescents vivant en foyers que nous avons présentée plus haut, a pu être associée à celle de leur QV. Outre une description des caractéristiques de QV de cette population vulnérable et désignée, nous pouvons rechercher plusieurs facteurs associés influençant spécifiquement la QV. Le sexe, l'âge, mais aussi la présence de troubles mentaux, et en particulier leur forme externalisée ou internalisée.

Le sexe et l'âge sont très régulièrement isolés comme facteurs modifiant l'état de santé et l'expression des troubles (Michel et al., 2009). Notre étude de prévalence des troubles mentaux a déjà constaté que les filles étaient beaucoup plus atteintes que les garçons concernant les troubles internalisés et autant que les garçons pour les troubles externalisés.

L'existence de troubles ou de « problèmes » mentaux, dégrade directement la QV des adolescents placés, comme l'ont montré les études de Damjanovic et al. (2011) ou Carbone et al. (2007). Ces résultats sont attendus, car les troubles mentaux s'expriment très largement dans le champ de l'adaptation sociale et de la perception de soi dans l'environnement, thèmes organisateurs de la QV. Nous souhaitons cependant mieux connaître les mécanismes de lien entre les troubles mentaux et la QV. En effet, nous avons utilisé la catégorisation duelle « troubles externalisés » / « troubles internalisés » au cours de la description de la prévalence générale des troubles mentaux dans cette population. Les troubles externalisés, correspondant aux troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention et aux troubles des conduites, apparaissent principalement dans le champ de l'agir visible, perturbant directement l'environnement humain ; alors que les troubles internalisés, correspondant aux troubles anxieux et aux troubles de la dépression majeure, devraient être associés, comme la clinique l'évoque, à une dégradation de l'estime de soi et une perturbation de l'autonomie. Notre hypothèse est que les troubles internalisés perturbent la QV d'une façon différente des troubles externalisés, ces derniers « attaquant » directement l'entourage.

Par ailleurs, il existe chez les enfants placés d'autres facteurs que les troubles mentaux pouvant perturber la QV : l'échec scolaire, abus et négligences dans la petite enfance, décès d'un parent, famille monoparentale etc. Ces facteurs ne sont pas nécessairement confondus avec l'apparition de troubles mentaux, même s'ils y sont volontiers associés, et dans certains cas facteurs de risque. Ces facteurs pourraient aussi dégrader spécifiquement la QV, sans être confondus avec l'influence des troubles mentaux. L'étude de la QV chez les adolescents placés permettra d'isoler une éventuelle part spécifique des troubles mentaux dans sa dégradation.

Nous avons étudié 183 adolescents (13-17ans) vivant en foyers dans le département des Bouches-du-Rhône. Notre étude a deux objectifs : présenter la description de leur QV et étudier l'impact des troubles mentaux (TM) sur cette QV. Ces données fourniront des éléments de réflexion pour affiner les actions de dépistage et de traitement des troubles mentaux au sein de cette population spécifique.

3.3.4.1 Méthodologie

Echantillon de l'étude.

653 adolescents de 13 à 17 ans étaient enregistrés par l'administration territoriale des Bouches-du-Rhône (ASE) comme vivant en foyer entre juin 2005 et juin 2006.

Les adolescents francophones présents le jour programmé de la rencontre ont été éligibles. Après obtention de l'accord des parents et des sujets eux même, les adolescents ont rencontré et ont été interrogés par des professionnels formés à l'outil DISC 2.25 (cf chapitre précédent présentant l'étude de prévalence des troubles mentaux). A la fin de l'interview, un autoquestionnaire à été donné aux adolescents pour obtenir les informations complémentaires.

L'étude a été déclarée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), et aux administrations territoriales sanitaires et sociales, qui n'ont fait mention d'aucune réserve. Les conditions du déroulement sont conformes à la déclaration d'Helsinki au sujet des études sur les humains. La procédure d'inclusion a permis de rencontrer 183 adolescents. Aucune différence significative n'a été retrouvée concernant les caractéristiques soio-démographiques et administratives avec la population de la liste administrative (Bronsard et al., 2011)

Variables étudiées

Données descriptives

L'autoquestionnaire complété par les adolescents eux-mêmes, a permis de récolter les données suivantes : age, sexe, niveau scolaire (nombre de redoublements), suicidalité (idées de mort et de suicide les six derniers mois, et tentatives de suicide / vie entière), rencontres avec professionnels sociaux ou sanitaires, violences physiques (victimes, auteurs ou les deux).

Mesure de la Qualité de Vie (QV)

La QV a été mesurée par l'outil «Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent». Un score d'index global de QV a pu être calculé ainsi que des scores de dimensions spécifiques : Vitalité (V), Bien-être psychologique (Ps), Bien-être physique (Ph), relations aux amis (A), loisirs (L), relations aux parents (P), relations aux enseignants

(E), performance scolaire (PS), estime de soi (E), vie sentimentale (VS) (Simeoni et al. 2001, Sapin et al. 2005).

Les scores sont calculés de 0 à 100 ; plus le score est haut, meilleure est la QV. Des données de références en population générale sont disponibles et peuvent être utilisées pour la comparaison (Rajmil et al. 2006, Ravens-Sieberer et al. 2007)

Evaluation des troubles mentaux

Les autoquestionnaires ont été couplés à la mesure de la prévalence des troubles mentaux, précédemment détaillée (Bronsard et al, 2011).

Dans notre présente étude, les troubles ont été classés en troubles internalisés (troubles anxieux, troubles de l'humeur) et troubles externalisés (troubles des conduites, troubles opposition provocation, hyperactivité avec déficit de l'attention) et autres.

Trois catégories ont été constituées selon l'existence et le type de troubles mentaux :

- Absence de troubles mentaux
- Présence de troubles externalisés avec ou sans autres troubles
- Présence de n'importe quel trouble à l'exclusion de troubles externalisés

Analyses statistiques

Les données descriptives sont exprimées par des moyennes et dérivations standards (DS) pour les variables quantitatives, et pourcentages pour les qualitatives.

Pour vérifier la représentativité de l'échantillon, les variables démographiques et cliniques ont été comparées entre le groupe des répondants et celui des non-répondants.

Les tests de Chi Deux ou de Fisher ont été utilisés pour les variables quantitatives, et les "Student's Test" ou analyse de variance pour les variables continues. Une analyse de covariance a été faite pour comparer les score de QV des répondants avec les scores de la population française de référence, en ajustant l'âge et le sexe.

Les analyses univariées explorent les liens entre les scores de QV (VSPA) et les troubles mentaux, l'âge, le sexe, en utilisant ANOVA ou le coefficient de corrélation de Pearson. Des analyses de Régressions Linéaires Multiples (Analyses Multivariées) ont ensuite été réalisées pour étudier les liens entre la QV et les troubles mentaux ajustés pour l'âge et le genre, en associant le score de VSP-A ($p < 0.30$) avec les différentes catégories de troubles mentaux, d'âge et de genre. Chaque score de QV a été considéré comme une variable indépendante. Les coefficients beta standardisés sont reliés avec les valeurs p correspondantes. Pour chaque modèle, ils représentent un changement de dérivation standard des variables dépendantes (QV) résultant d'un changement d'une dérivation standard des différentes variables indépendantes.

Un coefficient bêta élevé correspond à un effet relatif de la variable indépendante plus grand sur la QV. Enfin, pour chaque modèle une bonne correspondance est exprimée par les valeurs de R^2 . Le taux statistique significatif était défini à $p < 0.05$. Les analyses statistiques ont été effectuées par le logiciel SPSS Version 16.0 software package (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

3.3.4.2 Résultats

73 auto-questionnaires sur les 183 remis ont pu être exploités. Nous avons comparé certaines caractéristiques des adolescents répondants et des adolescents non répondants. Le sexe, l'âge, la situation sociale et juridique, mais aussi la distribution des troubles mentaux au sein des groupes répondants et non répondants. Nous n'avons pas relevé de différence significative.

Table 1: Comparaison des répondants/non répondants

	Repondant au Questionnaire		p *
	Non (n=110)	Oui (n = 73)	
Donnée Socio-Demo			
Age (ans)			
<15	55 (50%)	43 (59%)	
>= 15 ans	55 (50%)	30 (41%)	0.414
Genre (Sex Ratio)	63/47 (1.34)	43/30 (1.43)	0.827
Troubles Mentaux Evalués			
Aucun	57 (51.8%)	37 (50.6%)	
TE avec ou sans AT	32 (29%)	25 (34.2%)	
N'importe quel T sans TE	21 (19%)	11 (15%)	0.673

* p-value < 0.05 est significatif

TE : Troubles Extenalisés AT : Autre trouble

3.3.4.2.1 Caractéristiques remarquables de l'état et de la biographie des adolescents placés, et comparaison avec la population générale

Les réponses au questionnaire permettent de définir que la fréquence de l'agression est très élevée (victime 52%, auteur 52%) et que l'état de victime se mêle très souvent à celui d'auteur (victime et auteur à la fois dans 40% des cas). Le fait de « penser mourir » ou « de penser au suicide » est élevé (23 et 32%). Le passage à l'acte suicidaire retrouvé chez 20% des adolescents répondants, est lui aussi très élevé comme nous l'avons décrit au cours de l'étude de prévalence (Bronsard et al. 2011).

Ces taux sont beaucoup plus élevés que ceux retrouvés dans la population adolescente générale au cours des enquêtes produites par le « Baromètre Santé 2005 » (Beck, Guilbert & Gautier, 2007) : les 15/19 ans rapportent des « idées suicidaires » dans 8,4% des cas (11,3 chez les filles et 5,7 chez les garçons). Cette

même source signale que 4,8% des adolescents ont effectué une tentative de suicide (7,9% chez les filles et 2% chez les garçons).

Le niveau scolaire est globalement bas chez les adolescents des foyers, avec 10% présentant un niveau « enseignement élémentaire », et 75 % d'entre eux ayant redoublé au moins une fois. Enfin le recours à des professionnels spécialistes (médecin généraliste, psychologue ou psychiatre, infirmière, assistante sociale) est de 50%.

Table 2 : Caracteristiques des 73 adolescents vivant en foyers

	N (%) ou moyenne(+/-ds)
Age (ans)	15.4 (+/-0.4)
Genre	
Garçons	43 (58.9%)
Filles	30 (41.1%)
Troubles mentaux	
<i>Troubles internalisés</i>	
Troubles Anxieux	19 (26.0%)
Dépression majeure	13 (17.8%)
<i>Troubles externalisés(TE)</i>	
Troubles des conduites	10 (13.7%)
Trouble de l'Hyperactivité/Déficit de l'attention	3 (4.1%)
<i>Symptômes Psychotiques</i>	18 (24.7%)
Absence de Trouble	37 (50.7%)
TE avec ou sans comorbidité	11 (15.1%)
N'importe quel trouble sauf TE	25 (34.2%)
Suicidalité	
Idées de mort 6 derniers mois	24 (32.9%)
Idées de suicide 6 derniers mois	17 (23.3%)
Tentative de suicide vie entière	15 (20.5%)
Rencontre avec un professionnel social ou sanitaire au moins une fois dans l'année	
Medecin généraliste	57 (78.1%)
Psychiatre ou psychologue	35 (47.9%)
Infirmière	24 (32.9%)
Assistante sociale	39 (53.4%)
Agression	
Victime ou auteur	30 (40.4%)
Auteur non victime	8 (11.0%)
Victime non auteur	8 (11.0%)
Ni victime/ni auteur	27 (37.6%)
Redoublement à l'école^a	
Jamais	18 (24.7%)
Une fois	40 (54.8%)
Deux fois	11 (15.1%)
Trois fois	1 (1.4%)

Nombre de valeur manquante (MV): ^aMV=3.

3.3.4.2.2 Mesure de la QV chez les adolescents placés

Nous avons ensuite mesuré la QV pour cette population. Nous présentons les résultats avec les indices comparés en population générale au même âge. L'index global de QV est significativement diminué chez les adolescents placés par rapport à

ceux de la population générale. Certains indices sont significativement diminués : Energie/ Vitalité, Relations avec les amis, Relations avec les parents, Travail scolaire, Vie sentimentale et sexuelle, Estime de soi ; contrairement à d'autres indices qui sont de niveaux comparables à ceux en population générale : bien-être psychologique, bien-être physique, loisirs, relations avec les professeurs.

Table 3: Qualité de vie des adolescents vivant en foyers comparée à ceux de la population générale

Subscales du VSP-A ²	Adol* Foyers	Normes Françaises ¹	p ³
	Moy (ET) (N=73)	Moy (ET) (N=487)	
Vitalité	52.42 (3.07)	64.40 (0.85)	0.000
Bien être Psychologique	60.80 (3.61)	62.52 (0.99)	0.128
Relations aux amis	62.17(3.36)	70.52 (0.93)	0.017
Loisirs	50.66 (3.61)	57.42 (1.00)	0.072
Relations aux Parents	32.48 (3.96)	55.31 (1.09)	0.000
Bien être physique	69.13 (2.91)	68.37 (0.80)	0.802
Relations aux enseignants	53.78 (3.92)	54.20 (1.09)	0.918
Performance Scolaire	44.63 (4.18)	57.56 (1.16)	0.003
Estime de soi	55.67 (4.4)	70.62 (1.21)	0.001
Vie Sentimentale	32.36 (5.9)	49.16 (2.18)	0.008
Index global de QV	48.68 (1.91)	56.77 (0.54)	0.000

¹ Resultats pour les adolescents français de 13 à 17 ans (Simeoni et al. 2001, Sapin et al. 2005).

² VSP-A: Echelle de QV pour Adolescent (autoquestionnaire)

³ Ajustement sur l'âge et le genre des adolescents Valeurs en gras : p inférieur 0.05 est significatif
ET : Ecart Type

3.3.4.2.3 Impact des variables sexe, âge, « troubles mentaux externalisés et non externalisés sur la QV des adolescents placés

Nous avons étudié l'impact de différentes variables, sur l'index général de la QV et ses sous dimensions. Nous avons comparé l'effet de l'existence de troubles mentaux (TM) par rapport à leur absence. Nous avons aussi isolé les TM externalisés, avec ou sans co-morbidité. En effet nous supposons que la dimension externalisée du trouble a un effet spécifique, direct et perturbateur de l'environnement et doit être étudiée spécifiquement.

Les analyses uni-variées et multi-variées (Tab 4 et 5) nous permettent de soutenir que chez les adolescents placés, l'existence d'un TM (externalisé ou non) diminue de façon significative l'index global, ainsi que le bien-être psychologique. Les troubles non externalisés sont significativement associés à une détérioration du bien-être psychologique et du bien-être physique mais pas l'estime de soi. Les troubles externalisés dégradent spécifiquement le bien-être psychologique, l'estime de soi, les relations aux professeurs, la scolarité mais pas le bien-être physique.

Nous avons aussi étudié les effets du genre et de l'âge. L'âge n'a pas impact significatif. Par contre le genre montre des effets importants. La comparaison fille versus garçon dans l'analyse multi variée montre une différence significative en défaveur des filles pour l'Index Global, « énergie /vitalité », « bien-être psychologique », « bien-être physique », « les relations aux amis » et « l'estime de soi ».

Table 4: Association entre la QV et les troubles mentaux, l'âge et le genre des adolescents vivant en foyers (analyse univariée)

	Index	V	Ps	A	L	P	Ph	E	PS	E	VS
	m±ds ou R	m±ds ou R	m±ds ou R	m±ds ou R	m±ds ou R	m±ds ou R	m±ds ou R	m±ds ou R	m±ds ou R	m±ds ou R	m±ds ou R
Troubles mentaux ²											
Aucun	57.25 ±10.3	58.92 ±26.4	80.68 ±19.1	60.71 ±24.2	55.74 ±22.6	41.22 ±25.4	79.22 ±16.9	59.46±26.3	51.35 ±29.2	83.45 ±27.4	30.39±33.8
TM sans TE	48.19 ±12.3	55.00 ±20.5	57.92 ±29.3	60.73 ±22.1	51.75 ±21.9	28.39 ±25.4	61.46 ±20.5	51.81 ±28.5	46.50±25.9	58.85 ±37.3	40.63±32.4
TE	42.10 ±12.6	50.45 ±24.2	49.09 ±25.8	54.09 ±26.8	55.68 ±26.2	31.25 ±26.8	68.18 ±12.9	34.10 ±29.4	21.59 ±20.2	53.41±38.3	34.09±38.3
P	0.000	0.568	0.000	0.700	0.781	0.145	0.001	0.032	0.008	0.004	0.866
Genre ²											
Garçon	54.80 ±11.9	61.74 ±25.6	77.44 ±24.2	53.63 ±24.5	52.91 ±23.1	37.35 ±26.0	77.03 ±16.1	55.23 ±26.8	48.26 ±27.2	85.56 ±27.0	39.74 ±33.5
Fille	47.61±12.7	48.50 ±19.75	54.66 ±25.4	68.44±19.7	56.46 ±22.2	32.54 ±26.2	63.58 ±20.9	49.70 ±31.2	40.83 ±30.2	53.02 ±38.1	37.93±34.3
P	0.018	0.020	0.000	0.008	0.514	0.446	0.003	0.429	0.277	0.001	0.828
Age ¹											
R	-0.285	0.060	-0.292	-0.057	-0.101	-0.173	-0.289	-0.134	-0.070	-0.333	0.154
p	0.016	0.616	0.013	0.630	0.397	0.146	0.014	0.265	0.558	0.004	0.209

¹ Pour les variables continues, les résultats sont affichés en coefficient de corrélation (R).

² Pour les variables qualitatives, les résultats sont affichés en m±ds

Valeur en gras p <0.30, seuil pour l'analyse multivariée

VSP-A: Autoquestionnaire pour Adolescent. Subscales: Vitalité (V), Bien être psychologique (Ps), Bien être physique (Ph), relations aux amis (A), loisirs (L), relations aux parents (P), relations aux enseignants (E), performance scolaire (PS), estime de soi (E), vie sentimentale (VS)

DS Dérivation Standard.

TM : Trouble mentaux

TE : Trouble externalisé

Table 4: Association entre les troubles mentaux et la QV chez les adolescents vivant en foyers (Modèle de régression linéaire multiple)

	Index		V		Ps		A		L		P		Ph		E		SP		E		VS	
	B	P	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
TM sans TE VS None	-0.25	0.04	-0.04	0.78	-0.27	0.01	-0.08	0.53	-0.86	0.52	-0.19	0.15	-0.32	0.01	-0.10	0.46	-0.06	0.66	-0.17	0.15	-0.04	0.80
TM dont TE vs none	-0.39	0.00	-0.16	0.22	-0.38	0.00	-0.10	0.43	0.03	0.84	-0.10	0.44	-0.15	0.21	-0.31	0.01	-0.39	0.00	-0.23	0.04	-0.12	0.38
Age (an)	-0.11	0.33	0.13	0.29	-0.09	0.38	-0.05	0.69	-0.10	0.44	-0.11	0.38	-0.15	0.21	-0.03	0.82	0.05	0.70	-0.19	0.09	0.19	0.15
Fille (vs garçon)	-0.22	0.04	-0.28	0.02	-0.35	0.00	0.33	0.00	0.11	0.38	-0.04	0.77	-0.25	0.02	-0.08	0.52	-0.13	0.25	-0.36	0.00	-0.43	0.73
R ² (%)	27.4		4.9		36.0		6.1		-3.1		1.10		21.4		4.8		9.7		26.1		-2.4	

VSP-A: autoquestionnaire de QV, scores de 0 à 100. Vitalité (V), Bien être psychologique (Ps), Bien être physique (Ph), relations aux amis (A),

loisirs (L), relations aux parents (P), relations aux enseignants (E), performance scolaire (PS), estime de soi (E), vie sentimentale

TM sans TE : Trouble mentaux à l'exclusion des troubles externalisés

TM dont TE : Tout troubles mentaux, incluant les troubles externalisés

β , coefficient beta standardisé; R carré indique la bonne concordance du modèle.

Valeur en gras : $p < 0.05$ est significatif.

Le coefficient beta standardisé représente les modifications (exprimées en unité de dérivation standard) des scores de QV résultant d'une modification d'une dérivation standard d'une variable indépendante

3.3.4.3 Discussion

Limites : taux de participation

Seuls 73 auto-questionnaires ont pu être récupérés. Ce chiffre est faible, puisqu'il correspond à 40% des adolescents susceptibles de répondre. L'auto-questionnaire a été remis aux 183 adolescents à la fin de l'entretien individuel réalisé pour la passation du DISC 2.25.

Il n'a pas été possible de savoir à quel niveau la déperdition principale s'est déroulée : questionnaire non rempli car égaré, négligé ou jeté ? Questionnaire rempli

puis égaré ou mal récupéré ? Les difficultés de lecture et d'écriture de certains adolescents, mal objectivées au préalable par manque de données fiables dans les dossiers, ont probablement défavorisé le remplissage du questionnaire. Choquet et al. (1998, 2004), lors d'une étude multicentrique par auto-questionnaire auprès des adolescents suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse, ont rencontré des difficultés similaires avec une récupération des documents inférieure à 30%.

Pour la passation du DISC 2.25, les rencontres avec les adolescents au sein des foyers avaient été très difficiles à organiser. Cependant aucune difficulté n'avait été décrite lors de leur déroulement effectif. Les enquêteurs n'ont rapporté aucun signe de rejet de la démarche par les adolescents, qui sont restés attentifs et participatifs pendant les deux heures de passation, en face à face avec l'enquêteur. Aucun adolescent n'a mis fin ou n'a refusé la démarche. Le remplissage de l'auto-questionnaires, au contraire du DISC, n'a par définition pas été accompagné, ce qui est probablement l'élément méthodologique défavorable le plus déterminant. L'accompagnement proximal et durable des adolescents par les professionnels est à l'évidence un facteur très influent sur leur participation à la démarche de recherche.

Analyse des résultats

Les répondants ne se différencient pas des non répondants concernant le sexe, l'âge et la répartition des catégories de troubles, permettant ainsi d'envisager une bonne représentativité de l'échantillon (tab 1).

Caractéristiques psychologiques, comportementales et scolaires (Tab 2)

La violence est fréquente et la coexistence des statuts de victime et d'auteur est présente dans 40% des cas. Cette coexistence est en soi une difficulté pour traiter et répondre à cette problématique. En effet, nous avons vu plus haut le poids des représentations hautement compassionnelles associées aux enfants victimes, dont l'intensité peut être comparable à celle du rejet et de la crainte induits par les adolescents auteurs d'agression. La coexistence de ces deux statuts à représentation contradictoire pourrait désorganiser le positionnement, les attitudes et les réponses.

Concernant la suicidalité, les questionnaires rapportent que 20% des adolescents vivant en foyer ont « pensé au suicide ». Ce taux est plus élevé que celui retrouvé

dans la population adolescente générale au cours des enquêtes produites par le « Baromètre Santé 2005 » (Beck et al., 2007) : les 15/19 ans rapportent des « idées suicidaires » dans 8,4% des cas (11,3 chez les filles et 5,7 chez les garçons). Cette même source signale que 4,8% des adolescents ont effectué une tentative de suicide durant leur vie entière (7,9% chez les filles et 2% chez les garçons), alors que 20% des adolescents des foyers répondants l'ont effectué. Les facteurs de risques psychosociaux sont surreprésentés chez les adolescents des foyers (Kayser et al., 2011), comme nous l'avons montré déjà pour le développement des troubles psychiques dans cette population.

On note un taux équivalent entre les idées suicidaires et les tentatives de suicide chez ces adolescents alors que les tentatives de suicide sont deux fois moindre que les idées suicidaires en population générale. La suicidalité montre des spécificités chez les adolescents des foyers, dont l'analyse pourrait donner des pistes nouvelles de prévention des passages à l'acte.

Au minimum, on doit considérer que le dépistage et la prévention du suicide sont à améliorer de façon spécifique chez les adolescents vivant en foyer, et que si les idées suicidaires y sont deux fois plus fréquentes, les actes suicidaires sont eux quatre fois plus fréquents.

L'analyse quantitative du recours aux soignants pourrait nous aider sur ce sujet. Le recours au soignant, en particulier somatique ou généraliste, est assez important puisque 78% d'entre eux ont consulté un médecin généraliste dans l'année ; 47,9% ont eu recours à un psychologue ou un psychiatre, 32,9% à une infirmière et 53,4% à une assistante sociale.

Il faut cependant relativiser ces résultats, en particulier concernant les avis ou les consultations de psychologue ou de psychiatre. Des psychologues travaillent dans la plupart des foyers sociaux, et sont en nombre dans les services de l'aide sociale à l'enfance (une cinquantaine dans les Bouches-du-Rhône en 2011, chiffre communiqué par l'administration locale). Etant donné les perturbations systématiques, de fait, du fonctionnement familial et les taux de prévalence de troubles mentaux dépassant les 50%, et le chiffre de psychologues disponibles, le chiffre de recours aux psychologues ou psychiatres inférieur à la moitié apparaît en fait faible.

Cette population très vulnérable, en particulier concernant sa santé psychique devrait bénéficier de dépistage systématique, mais surtout d'intervention spécifique, régulière et dédiée comme le montrent Milburn, Lynch et Jackson (2008) et Blower et al. (2004).

QV, index global et indices

Les indices globaux de QV sont significativement abaissés par rapport à la population générale, comme cela a été régulièrement décrit (Davidson-Arad et al. 2010, Anctil et al. 2007, Carbone et al. 2007, Damjanovic et al., 2001) mais l'analyse du détail apporte des résultats nouveaux et pour certains inattendus.

Les propositions renvoyant à la qualité des relations avec les parents montrent des indices dégradés. Les enfants sont placés avant tout en conséquence d'un défaut de protection parentale, installé par négligence ou mauvais traitement, impliquant une perturbation des relations aux parents. Cet élément évoque que les adolescents ne développent pas d'idéalisation secondaire et compensatrice à la séparation. Par contre, malgré un échec scolaire plus élevé qu'en population générale comme le montrent le niveau scolaire et le taux de redoublement à 75% contre 35% en population générale (Choquet et al., 1998 ; 2005), la relation avec les professeurs n'est pas décrite de façon pire que pour la population générale. Nous pouvons évoquer la capacité des adolescents à discriminer leurs relations aux différents adultes, sans tendance à l'amalgame ni à de simples projections sur les enseignants des représentations conflictuelles concernant les parents.

Malgré les taux très élevés de prévalence des TM que nous avons précédemment décrits pour cette population, le taux élevé de suicidalité, et la connaissance du passé d'abus et de négligences de ces enfants, certains scores ne sont pas dégradés. Les adolescents placés ont rapporté des indices de « bien-être psychologique » et de « bien-être physique » de même niveau qu'en population générale (tab 3), alors que les indices de vitalité, estime de soi, relations aux amis, relations aux parents, vie affective et performance scolaire, évoquant une dépressivité globale sont significativement abaissés.

Ces adolescents expriment « qu'ils se sentent bien », alors que les questions concernant leur fonctionnement social et scolaire rapportent une dégradation. Les adolescents expriment paradoxalement une bonne représentation de leur état.

Notre étude montre un niveau d'« estime de soi » légèrement dégradé chez les adolescents en foyer, alors que Blower et al (2004) en rapporte un taux préservé. Ces auteurs réfléchissent à la notion d'« idéalisation défensive » pour expliquer certains indices de QV élevés, évoquant la tendance de ces adolescents à se voir, ou plutôt à se décrire mieux que ce qu'ils sont. Cette idéalisation défensive pourrait s'appliquer aux indices de bien-être psychologique et physique. Davidson-Arad (2004) a montré que la QV des enfants placés s'améliorait en quelque mois après leur placement, et qu'ils étaient satisfaits de leur état. La différentielle de leur situation avant et après placement peut agir favorablement dans la représentation positive qu'ils ont de leur état, malgré la persistance objective de leurs difficultés et de leurs troubles.

Le mal être et les besoins en santé mentale s'expriment de façon inhabituelle chez les adolescents placés. Le faible « recours aux psy », qui pourtant sont présents dans les dispositifs de protection de l'enfance peut renforcer l'idée qu'il existe des difficultés de dépistage de ces besoins et un défaut d'offre adaptée.

Impact des troubles mentaux, de leur catégorie et du genre (tab 4 et 5)

L'existence de TM dégrade l'index global de façon importante, ainsi que les indices « bien-être physique », « bien-être psychologique » et les relations aux enseignants. Ces trois indices étaient ceux qui étaient préservés au sein de la population globale des adolescents placés. L'existence de la dimension externalisée ou pas des troubles impliquent des modifications dans le vécu et l'expression des difficultés personnelles. Lorsque les troubles ne sont pas externalisés, l'estime de soi n'est pas dégradée, contrairement au bien-être physique et psychologique. Lorsque le trouble est externalisé, l'impact négatif sur la QV est significativement plus élevé encore et montre une dégradation de l'estime de soi ; par contre il n'y a pas de dégradation du « bien-être physique » au contraire des troubles internalisés. Les troubles externalisés ont l'impact négatif le plus important sur la qualité de vie des adolescents placés. Ces troubles perturbant directement l'environnement, pourraient être par contre plus facilement repérés, à condition que cette perturbation soit

comprise par les professionnels comme un symptôme possible de troubles, impliquant une formation spécifique.

L'analyse de l'impact des différents troubles mentaux sur les indices de QV montre aussi la complexité de la clinique chez des adolescents qui, malgré des troubles avérés, peuvent exprimer une estime de soi ou encore un bien-être physique de même niveau que ceux n'en présentant pas.

Les filles rapportent des scores de QV plus bas et présentent des indices de bien-être psychique et physique, une estime de soi et un Energie/Vitalité significativement diminués par rapport aux garçons. Ces indices sont associés directement à la notion de dépressivité. Les filles dans les foyers vont à l'évidence plus mal que les garçons, mais semblent par contre mieux l'exprimer ou se le représenter qu'eux. Cette différence de dégradation de l'état de santé mentale en nette défaveur des filles a été aussi décrite par Choquet et al au cours des études des adolescents de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Choquet et al., 1998 ; 2005).

Comme nous l'avons précédemment décrit, au cours de notre étude de prévalence, nous avons de la même façon retrouvé beaucoup plus de troubles mentaux et des tentatives de suicide chez les filles que chez les garçons. Les filles présentent les même taux que les garçons pour les troubles externalisés, pourtant beaucoup plus fréquents chez les garçons en population générale, et des taux beaucoup plus élevés que les garçons concernant les troubles internalisés, classiquement plus élevés chez les filles (Bronsard et al 2010 et 2011).

Les filles des foyers cumulent des « troubles de filles » et des « troubles de garçons ». Il est possible que les troubles externalisés soient des facteurs favorisant le placement en foyer, car ils perturbent l'environnement qui aura plus facilement tendance à chercher une solution, notamment d'« évacuation », expliquant la présence au sein des foyers de nombreuses filles présentant de tels troubles. Ces troubles ont un impact important sur l'index global et l'estime de soi, les performances scolaires et les relations aux enseignants. La sur-représentation des troubles internalisés rencontrée classiquement chez les filles peut par contre expliquer ou être associée à la dégradation des « bien-être » physique et psychologique comme l'évoque l'analyse multi variée.

Il faut enfin poser quelques précautions pour l'utilisation des résultats. De la même façon que pour l'étude de prévalence, les résultats ne permettent pas de déduire directement quels moyens spécifiques ou quels programmes de soin sont nécessaire à développer. Les chiffres de prévalence d'un trouble mental ne sont pas superposables au besoin de soin, et le trouble défini par les études n'établi pas qu'il est « cliniquement significatif » (Falissard, 2010). Ces résultats indiquent par contre, qu'il faut aller y voir plus près, car les troubles mentaux dépistés chez ces adolescents et leur suicidalité est bien plus importante qu'en population générale selon les mêmes critères. Il sera en revanche de rencontrer cliniquement chaque adolescent si l'on veut définir un projet de soin qu'il faudra mettre en place au niveau individuel. Ces études nous indiquent les grandes tendances et l'état d'une population donnée, permettant de mieux connaître leur fonctionnement global et de préparer des modifications de pratiques.

3.3.4.4 Conclusion

Les adolescents placés ont une QV significativement dégradée. Les indices d'énergie-vitalité et d'estime de soi sont spécifiquement diminués ainsi que les performances scolaires, les relations aux pairs et aux parents, évoquant une dépressivité globale plus importante qu'en population générale. Le recours aux psychologues ou aux psychiatres n'existe pourtant que pour la moitié d'entre eux. De plus, la préservation des indices de bien-être physique et psychologique, en particulier chez les garçons, laisse penser que l'expression de leur difficultés est indirecte, et que ces indices de « bien-être » ne sont pas un bon indicateur de leur état ni de leur besoin. Le repérage de leur besoin en santé mentale, en particulier de leur dépressivité, ne doit pas se limiter à la recherche d'un « non bien-être psychologique ou physique ». Cette préservation laissant supposer que ces adolescents ne se représentent pas, ne perçoivent pas ou bien n'expriment pas directement leurs difficultés psychiques et affectives, rendant peu probable qu'ils établiront eux-mêmes la demande d'aide ou de soin. L'approche clinique et l'évaluation de leur besoin est donc complexifiée.

Par ailleurs, les troubles mentaux présents chez la moitié de notre population ont un impact important sur l'indice global de QV, en particulier les troubles externalisés. La diminution de l'indice de bien-être psychologique est ici significative quelque soit le

type de trouble mais d'autres indices pour lesquels la présence de trouble ferait attendre une dégradation (estime de soi, bien-être physique) varient selon le type de troubles, rendant difficile leur utilisation pour les dépister. Les filles ont une QV et des indices de dépressivité plus dégradés que les garçons, mais expriment mieux leurs difficultés.

Cette population présente globalement une dégradation importante de la QV, associé à une dépressivité et/ou à des troubles mentaux. L'état de dépressivité nécessite autant que l'existence de troubles mentaux, un entretien approfondi afin de déterminer la mise en place de soin. Une discrimination en amont par questionnaire semble inopportune, et difficile à mettre en place. Les professionnels doivent réaliser des entretiens et être pour cela formés à la santé mentale et aux spécificités de la dépressivité, des troubles mentaux et de leur expression chez les adolescents des foyers. Un dispositif en santé mentale dédié et spécifique est donc souhaitable.

Quality of Life and mental disorders in adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System

Article soumis au journal “Child Welfare” et accepté

Guillaume Bronsard M.D., Christophe Lançon, M.D, Ph.D, Anderson Loundou Ph.D, Pascal Auquier M.D., Ph.D, Marcel Rufo, M.D, Ph.D and Marie-Claude Siméoni, M.D, Ph.D.

Dr. Bronsard is the Director of the Adolescent House and the Medico-Psychopedagogic Centre of the County of Bouches-du-Rhône (CG13) and is with the Laboratory of Public Health (EA 3279) of the Medecine University of Marseille, France.

Pr. Lançon is Chief of the Departement of Psychiatry in the Universitary Hospital of Sainte Marguerite in Marseille, France.

Dr. Anderson Loundou is with the Methodological Support Unit for Clinical Research of Assistance Publique-Hopitaux de Marseille, Marseille, France.

Pr. Pascal Auquier is Chief of the Laboratory of Public Health (EA 3279) of the Medecine University of Marseille, France.

Pr. Marcel Rufo is Chief of the Adolescent Psychiatry Service of the Universitary Hospital Savator, Marseille, France.

Dr. Marie-Claude Siméoni is in the Public Health Department of Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, France and with the LPS EA849 of the university of Aix-Marseille, Aix-en-Provence, France

*Correspondence to Dr Guillaume Bronsard, 169 rue Paradis, 13006 Marseille,
France.*

Email : guillaume.bronsard@free.fr; +33 4 91 37 33 77 fax +33 4 91 37 45 90

Abstract

We purpose to measure the Quality of Life (QoL) of adolescents living in residential group homes (RGHs) and to determine the links between QoL and the presence of mental disorders (MDs) in this population. Despite their higher rates of suicidality and mental disorders, their lower school performance, their history of lasting and severe familial dysfunction, and their overall poorer global indices of QoL, RGHs residents did not show significant differences in Physical Well-Being, Psychological Well-Being or their Relationships with Teachers when compared with the general adolescent population.

Key Words : Adolescent; Quality of Life; Mental Disorders; Child Welfare System ; Residential Group Homes

Introduction

Approximately 250,000 French children are serviced by the Child Welfare System. Over half of these children (135,000) are placed in out-of-home care and are living outside their family or birth home. These children are placed either in foster care homes or in residential group homes, according to a host of poorly standardized guidelines, including the location of residence, the availability of hosting homes and the background of the professionals involved in the decision making process (Bailleau & Trespeux, 2008). Placement depends upon an evaluation of family functioning by the local services of the Child Welfare System. Children are typically from homes where parental care is considered so poor that it endangers the child's typical, healthy development. Such dangers encompass abuse, neglect and/or any severe or lasting family dysfunction that results in inconsistency in the child's basic care.

Placements occur subject to recognition of dysfunction in the children's family circle, to the conduct of the whole administrative system and to the legal procedures of the welfare system services. Children most often initially present to the system as a result of behavioral and developmental disorders or as a result of school and social dysfunction.

A higher-than-normal instance of mental disorders in children and adolescents involved in the Child Welfare System has consistently been found for all countries so far studied, and these rates can be up to five times that of the general population (Kayser, Jaunay, Giannitelli et al., 2011; Bronsard, Lancon, Loundou, Auquier, Rufo & Simeoni, 2011; McMillen, Zima, Scott et al., 2005). Moreover, co-occurrence of multiple mental disorders is common and gender differences in the distribution of mental disorders are also commonly found. Girls typically present with a higher rate of internalized disorders, while the rate of externalized disorders does not differ by gender (Bronsard et al. 2011).

RGHs residents are a particularly vulnerable population, and those few studies providing information about the quality of life (QoL) of placed adolescents have shown that their QoL is significantly impaired relative to adolescents not involved in

the Child Welfare System (Damnjanovic , Lakic, Stevanovic & Jovanovic, 2011 ; Carbone, Sawyer, Searle & Robinson, 2007 ; Akister, Owens & Goodyer 2010 ; Davidson-Arad, Englechin-Segal & Wozner, Y., 2003 ; Davidson-Arad, 2005 ; Davidson-Arad & Kaznelson, 2010).

Davidson-Arad & Kaznelson (2010) suggested that changes in children's QoL would be an informative outcome measure to assess the benefits of child placements. QoL measurements produce information about an individual's satisfaction or happiness in various life domains that affect, or are affected by, health. By detecting impairments of well-being and functioning based upon how children and adolescents perceive their own situation, this outcome measure may be more sensitive to the specific health needs of this population.

Identifying which factors impact QoL in these adolescents will help to determine potential targets for professional intervention and, eventually, for public health or social policy. Identifying risk-factors may also help to identify those adolescents likely to experience lower QoL and who will require additional professional support. Demographic risk factors may include age or gender (Brice, L., Weiss, R., Wei, Y. et al., 2011 ; Pereira & Cavarro, 2011 ; Michel et al., 2009 ; Bisegger, Cloetta, von Rueden, Abel & Ravens-Sieberer, U., 2005 ; Belloch, Perpiñá, Martínez-Moragón, de Diego & Martínez-Francés, 2003).

Several studies have also identified the presence of concurrent mental disorders as a risk factor for low QoL in placed adolescents (Damnjanevic et al., 2011 ; Carbone et al., 2007). Dumaret, Guerry & Crost (2011) found that adults placed longer than 3 years during childhood reported good social integration except when they were the victims of violence during childhood or when a concurrent mental disorder was present. Some symptoms of mental disorders can be expressed in domains directly assessed by QoL, including interpersonal relationships, social adjustment and self-perception. Other factors that are likely to worsen QoL, even in the absence of mental disorders, include the following: a history of sexual abuse (Anctil, Cubbina, O'Brien, Pecora & Anderson-Harumi, 2007), a history of violence (Dumaret et al. 2011) and/or a history of living in a dysfunctional family (Davidson-Arad, 2010). Finally, the relationship between mental disorders and QoL could differ or be

mediated by their internalized or externalized nature. A better understanding of the relationship between mental disorders and QoL in this context would benefit placed adolescents and improve preventative health and care. Nevertheless, to our knowledge, the specific role of mental disorders in the QoL of placed adolescents has never been explored using standardized validated measurement. We include such measures both for QoL and for the presence of concurrent mental disorders.

However, QoL ratings in general may be inconsistent across different countries and cultures (Michel, Bisegger, Fuhr, & Abel, 2009), and they may vary even more among adolescents receiving Child Welfare Systems services (Bronsard et al. 2011). To our knowledge, no previous study has measured the QoL of placed adolescents in France using standardized validated tools.

The main purpose of this study was to compare the QoL of adolescents living in residential group homes with that of adolescents not involved in the child welfare system. We also explored links between mental disorders and QoL in placed adolescents, taking into account age and gender differences.

Population and Methods

Study sample

A total of 653 adolescents (13 to 17 years old) were registered in the administrative files of residential group homes in the French county of Bouches-du-Rhône between June 2005 and June 2006.

Adolescents who were able to speak French, who were present on the day when the interview was planned and who agreed to participate were eligible for the study. After obtaining consent to participate in the study from adolescents and their parents, the adolescents were interviewed by trained researchers. At the end of the interview, adolescents completed a self-administered questionnaire. This study was declared to and received approval from the “Commission nationale de l'informatique et des libertés” (National Committee of informatics and liberties) and from the appropriate local authorities (The Child Welfare administration of the county of the Bouches-du-Rhône). It was conducted according to the terms and conditions specified by the Helsinki Declaration on human subjects testing. The inclusion procedure resulted in a

sample of 183 adolescents. No significant differences were found between the included population and the population not included in the study with respect to major confounding factors registered in the administrative census (Bronsard et al. 2011).

Fig 1

Study variables

Data collection was two-fold:

- The first set of variables consisted of a self-administered questionnaire completed by the adolescents and demographic/health variables including the following: age, gender, school performance (repetition of school year), suicidality (death/suicidal ideations during the 6 past months and suicide attempts throughout life), visits to health or social/professional caregivers, violent behaviors including physical aggression, theft, insult, or sexual abuse (as either victim or perpetrator during the last year), and the QoL questionnaire (VSP-A, Sapin, Simeoni, El Khammar, Antoniotti & Auquier, 2005).
- Mental disorders were then assessed using a structured psychiatric diagnostic interview (DISC 2.25, Breton, Bergeron, Valla, Berthaume & Saint Georges, 1998).

Quality of Life measurement

QoL was assessed with the 39-item self-administered VSP-A questionnaire (Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent, Sapin et al., 2005), which was specially designed for adolescents. In addition to dimension-specific scores (V, Vitality; Ps, Psychological Well-Being; F, Relationships with Friends; L, Leisure Activities; P, Relationships with Parents; Ph, Physical Well-Being; T, Relationships with Teachers; SP, School Performance; SE, Self Esteem; SL, Sentimental Life), a global QoL index score was computed (Simeoni, Sapin, Antoniotti & Auquier, 2001 ; Sapin et al., 2005). Scores ranged from 0 and 100; the higher the score, the better the QoL. Reference values for the general adolescent French population (aged 13 to 17 years) are available (Rajmil, Alonso, Berra et al., 2006; Ravens-Sieberer, Auquier, Erhart et al., 2007) and can be used for comparison.

Assessment of mental disorders

The French child-report version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.25) was used. The DISC is a structured psychiatric diagnostic interview for children and adolescents aged 6 to 18 years and their parents. This tool was developed and updated by the American Institutes of Mental Health and extensively validated (Breton, Bergeron, Valla, Berthaume, & Saint Georges, 1998 ; Shaffer, Fisher, Dulcan, et al., 1996 ; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan & Swab-Stone, 2000.) It is a widely used tool for children and adolescents (Breton, Bergeron, Valla et al., 1999; Renou, Hergueta, Flament, Mouren-Simeoni & Lecrubier, 2004). The DISC requires a face-to-face interview lasting about 1 h 30 min during which the interviewer asks questions directly to the adolescent. Interviewer status does not affect DISC reliability due to the highly structured organization of the DISC (Breton et al., 1998). Seven diagnoses were explored: Anxiety Disorder (AD), Major Depression (MD), Conduct Disorder (CD), Eating Disorder (ED), Nocturnal Enuresis (NE), Psychosis Screen (PS) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Only diagnoses that had been made in the last 6 months were studied. In addition to collecting data on DSM-III-R diagnoses (American Psychiatric Association, 1987), DISC 2.25 questions were also used to assess any Suicide Attempts (SA) that had been made during the lifetime of the adolescent. This was detailed in a previous paper (Bronsard et al., 2011).

In this study, diagnoses were grouped into externalized disorders comprising conduct disorders (CD) or attention deficit/hyperactivity disorders (ADHD), whereas internalized mental disorders included anxiety disorders (AD) or mood disorders (MD). The adolescent population was categorized into three major groups depending on the existence and the nature of mental disorders as follows:

- No mental disorders.
- Presence of externalized mental disorders, with or without other mental disorders.
- Presence of internalized mental disorders without any externalized mental disorders.

Statistical analyses

Descriptive data were expressed as the means and standard deviations (SD) for quantitative variables or counts and percentages for qualitative ones.

To determine the representativeness of the sample, demographic and clinical variables for the children for whom a QoL evaluation was completed (responder group) were compared with those of the non-responder group. Chi-squared tests or Fisher's tests were used for qualitative variables, and Student's t-tests or analyses of variance were used for continuous variables. Analyses of covariance were used to compare the QoL scores of responders with those of the French reference population (Ravens-Sieberer et al., 2007), adjusting for children's age and gender.

Univariate analyses explored the links between QoL scores (VSPA), mental disorders, age and gender using ANOVAs or Pearson's correlation coefficients. Multiple linear regression analyses were performed to study the links between adolescents' QoL and mental disorders, adjusting for age and gender, including in the regression those variables that were associated with VSP-A score with $p < 0.30$. Each QoL score was considered as a separate dependent variable. Standardized beta coefficients are displayed with corresponding p-values. For each model, the beta coefficients represent a change in the standard deviation of the dependent variable (QoL) resulting from a change of one standard deviation in the various independent variables. A higher standardized beta coefficient corresponds to a greater relative effect of the independent variable on QoL. For each model, the goodness of fit was expressed by the R-squared values.

All tests were two-tailed, and statistical significance was defined as $p < 0.05$. Statistical analyses were performed using the SPSS Version 16.0 software package (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Results

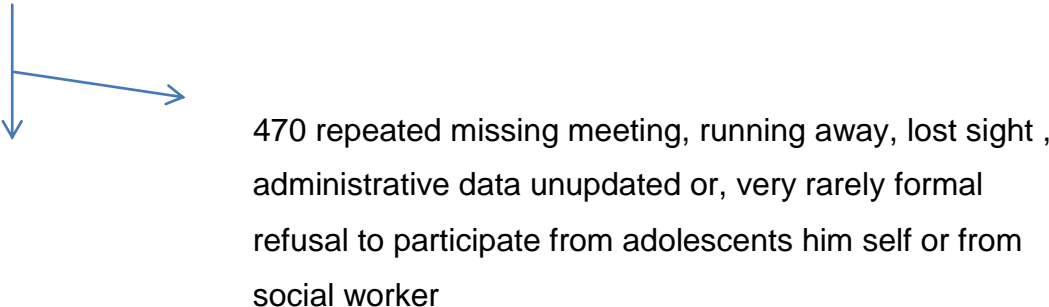
Sample characteristics

Of the 183 adolescents included in the study, a subsample of 73 adolescents answered the self-administered questionnaire (figure 1). Approximately 59% were boys and 56% were more than 15 years old. Externalized disorders, as defined above, were found in 15% of the study responders. One or more non-externalized mental disorders were found in approximately one-third of responders, while the

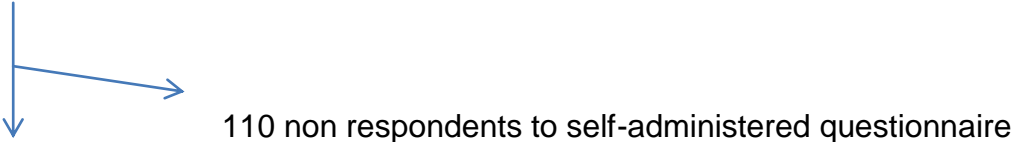
remaining half had no reported mental disorders. Death or suicidal ideations were present in about a quarter to a third of responders in the last 6 months, and one adolescent in five had made a suicide attempt. More than a half of responders reported that they had been the victim or the perpetrator of an injury during the past year, and 40% declared themselves to have been both. Most adolescents (80%) had visited a general practitioner at least once in the past year and almost 50% had also visited a psychiatrist or a psychologist (Table 1). The 73 responders and 110 non-responders to the self-administered QoL questionnaire did not significantly differ in terms of age, gender or mental disorders.

Figure 1 : Participation in the study

653 adolescents in the administrative census



183 adolescents with DISC interview



73 adolescents with DISC interview and self-administered questionnaire completed

Table 1: Characteristics of the 73 adolescents respondents living in residential group homes

	N (%) or mean (+/-sd)
Age (years)	15.4 (+/-0.4)
Gender	
Boys	43 (58.9%)
Girls	30 (41.1%)
Mental Disorders	
<i>Internalized Disorders</i>	
Anxiety Disorders	19 (26.0%)
Affective Disorders	13 (17.8%)
<i>Externalized Disorders</i>	
Conduct Disorders	10 (13.7%)
AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder	3 (4.1%)
<i>Psychosis Screen</i>	18 (24.7%)
No mental disorder	37 (50.7%)
MD incl ExtD	11 (15.1%)
MD excl ExtD	25 (34.2%)
Suicidality	
Death ideas during 6 last months	24 (32.9%)
Suicide ideas during 6 last months	17 (23.3%)
Suicide attempt during whole life	15 (20.5%)
Visit to /Contact with health or social professional caregivers	
General Practitioner at least once last year	57 (78.1%)
Psychiatrist or psychologist at least once last year	35 (47.9%)
Nurse at least once last year	24 (32.9%)
Social worker at least once last year	39 (53.4%)
Injury	
Victim and perpetrator	30 (40.4%)
Perpetrator but not victim	8 (11.0%)
Victim but not perpetrator	8 (11.0%)
Neither victim nor perpetrator	27 (37.6%)
Repeating a school year any time^a	
Never	18 (24.7%)
Once	40 (54.8%)
Twice	11 (15.1%)
Three times	1 (1.4%)

Mental Disorders have been established with the DISC2.25

ExtD : Externalized Disorders : Conduct Disorders, Attention Deficit Hyperactivity Disorder

MD excl ExtD : Any Mental Disorders excluding Externalized Disorder

MD incl ExtD : Any Mental Disorders including Externalized Disorder

QoL of adolescents living in residential group homes and French adolescents of general population

Adolescents living in residential group homes (RGHs) reported their highest levels of QoL in the Physical Well-Being dimension and their lowest levels in the dimensions about Sentimental Life and Relationships with Parents. Given the standard deviations, the dispersion of QoL scores was larger in the RGHs sample than in the general population.

Adolescents living in residential group homes reported significantly lower perceptions of their QoL than did the general adolescent population, as reflected by VSP-A Index and dimension scores describing Self-Esteem, Vitality, Relationships with Parents, Relationships with Friends, Sentimental life, and School Performance (Table 2). Likewise, adolescents living in residential group homes tended to report lower scores in Leisure activities than did those of the general population, although these differences were not significant ($p=0.072$). However, their dimension scores describing Physical Well-Being, Psychological Well-Being and Relationships with Teachers, adjusted for age and gender, did not significantly differ from those of adolescents in the general population (Table 2).

Table 2: Quality of life of adolescents living in residential group homes (RGHs) compared with the general adolescent population

	RGH adolescents	French norms¹	
Subscales of VSP-A²	mean (SD) (N=73)	mean (SD) (N=487)	p ³
Vitality	52.42 (3.07)	64.40 (0.85)	0.000
Psychological Well-being	60.80 (3.61)	62.52 (0.99)	0.128
Relationships with Friends	62.17(3.36)	70.52 (0.93)	0.017
Leisure Activity	50.66 (3.61)	57.42 (1.00)	0.072
Relationships with Parents	32.48 (3.96)	55.31 (1.09)	0.000
Physical Well-being	69.13 (2.91)	68.37 (0.80)	0.802
Relationships with Teachers	53.78 (3.92)	54.20 (1.09)	0.918
School Performance	44.63 (4.18)	57.56 (1.16)	0.003
Self Esteem	55.67 (4.4)	70.62 (1.21)	0.001
Sentimental Life	32.36 (5.9)	49.16 (2.18)	0.008
Global QoL Index	48.68 (1.91)	56.77 (0.54)	0.000

¹ Results for French adolescents from the general population aged 13 to 17

² VSP-A: Adolescent's QoL reported by themselves; scores ranged from 0 to 100.

³ After adjustment for child's age and gender. Bolded values: p-value<0.05 was significant.

SD, Standard Deviation ; QoL : Quality of Life

Quality of life and mental disorders

Even after adjusting for age and gender, the presence of mental disorders was significantly and negatively associated with VSP-A Index and with five out of ten of the dimension scores: Psychological Well-Being, Physical Well-Being, Self-Esteem, Relationships with Teachers and School Performance (Tables 3 and 4). Having an externalized disorder had a greater negative effect on most QoL dimensions (Psychological Well-Being, Self-Esteem, Relationships with Teachers and School Performance) than other types of mental disorders, except for the dimension of Physical Well-being.

Nevertheless, the proportion of variability in adolescent's QoL that was explained by either of these multivariate models never exceeded 36%.

Quality of life and age and gender

After adjustment, female gender predicted lower QoL on the Index as well as on three QoL dimensions (Psychological Well-Being, Self-Esteem and Physical Well-Being.) The association observed between age and QoL in the univariate analyses disappeared in the multivariate analyses when accounting for gender and mental disorders (Tables 3 and 4).

Table 3: Association between QoL scores and mental disorders, age and gender of adolescents living in residential group homes (univariate analyses)

	Index	V	Ps	F	L	P	Ph	T	SP	SE	SL
	m±sd or R	m±sd or R	m±sd or R	m±sd or R	m±sd or R	m±sd or R	m±sd or R	m±sd or R	m±sd or R	m±sd or R	m±sd or R
Mental disorders²											
None	57.25 ±10.3	58.92 ±26.4	80.68 ±19.1	60.71 ±24.2	55.74 ±22.6	41.22 ±25.4	79.22 ±16.9	59.46±26.3	51.35 ±29.2	83.45 ±27.4	30.39±33.8
MD excl ExtD	48.19 ±12.3	55.00 ±20.5	57.92 ±29.3	60.73 ±22.1	51.75 ±21.9	28.39 ±25.4	61.46 ±20.5	51.81 ±28.5	46.50±25.9	58.85 ±37.3	40.63±32.4
MD incl ExtD	42.10 ±12.6	50.45 ±24.2	49.09 ±25.8	54.09 ±26.8	55.68 ±26.2	31.25 ±26.8	68.18 ±12.9	34.10 ±29.4	21.59 ±20.2	53.41±38.3	34.09±38.3
P	0.000	0.568	0.000	0.700	0.781	0.145	0.001	0.032	0.008	0.004	0.866
Gender²											
Male	54.80 ±11.9	61.74 ±25.6	77.44 ±24.2	53.63 ±24.5	52.91 ±23.1	37.35 ±26.0	77.03 ±16.1	55.23 ±26.8	48.26 ±27.2	85.56 ±27.0	39.74 ±33.5
Female	47.61±12.7	48.50 ±19.75	54.66 ±25.4	68.44±19.7	56.46 ±22.2	32.54 ±26.2	63.58 ±20.9	49.70 ±31.2	40.83 ±30.2	53.02 ±38.1	37.93±34.3
P	0.018	0.020	0.000	0.008	0.514	0.446	0.003	0.429	0.277	0.001	0.828
Age (Years)¹											
R	-0.285	0.060	-0.292	-0.057	-0.101	-0.173	-0.289	-0.134	-0.070	-0.333	0.154
P	0.016	0.616	0.013	0.630	0.397	0.146	0.014	0.265	0.558	0.004	0.209

¹ For continuous variables, results are shown as correlation coefficient (R).

² For qualitative variables, results are shown as means ±SD of QoL

Bolded values : p-value <0.30, threshold for entering variables in the multivariate analysis.

VSP-A: Adolescent's QoL reported by themselves; scores ranged from 0 to 100. Subscales: V : Vitality/ Ps : Psychological Well being/ F : Relationships with Friends/ L : Leisure Activities/ Physical Well-Being/ T : Relationships with Teachers/ SP : School Performance/ SE : Self esteem/ SL : Sentimental Life life/ Index : Global QoL index

MD excl ExtD : Any Mental Disorders excluding Externalized Disorder

MD incl ExtD : Any Mental Disorders including Externalized Disorder

SD: standard deviation

QoL : Quality of Life

Table 4: Association between mental disorders and quality of life in adolescents living in residential homes (multiple linear regression models)

	Index		V		Ps		F		L		P		Ph		T		SP		SE		SL	
	B	P	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
MD excl ExtD VS None	-0.25	0.04	-0.04	0.78	-0.27	0.01	-0.08	0.53	-0.86	0.52	-0.19	0.15	-0.32	0.01	-0.10	0.46	-0.06	0.66	-0.17	0.15	-0.04	0.80
MD Incl ExtD vs none	-0.39	0.00	-0.16	0.22	-0.38	0.00	-0.10	0.43	0.03	0.84	-0.10	0.44	-0.15	0.21	-0.31	0.01	-0.39	0.00	-0.23	0.04	-0.12	0.38
Age (yrs)	-0.11	0.33	0.13	0.29	-0.09	0.38	-0.05	0.69	-0.10	0.44	-0.11	0.38	-0.15	0.21	-0.03	0.82	0.05	0.70	-0.19	0.09	0.19	0.15
Female (vs Male)	-0.22	0.04	-0.28	0.02	-0.35	0.00	0.33	0.00	0.11	0.38	-0.04	0.77	-0.25	0.02	-0.08	0.52	-0.13	0.25	-0.36	0.00	-0.43	0.73
R ² (%)	27.4		4.9		36.0		6.1		-3.1		1.10		21.4		4.8		9.7		26.1		-2.4	

VSP-A: Adolescent's QoL reported by themselves; scores ranged from 0 to 100. Subscales: V : Vitality/ Ps : Psychological Well being/ F : Relationships with Friends/ L : Leisure Activities/ P : Relationships with parents/ Ph : Physical Well-Being/ T : Relationships with Teachers/ SP : School Performance/ SE : Self esteem/ SL : Sentimental Life life/ Index : Global QoL index

MD excl ExtD : Any Mental Disorders excluding Externalized Disorder

MD incl ExtD : Any Mental Disorders including Externalized Disorder

β , standardised beta coefficient; SD, standard deviation. The R-squared values indicate the goodness of fit of the model.

Bolded values: p-value <0.05 was significant.

Standardised beta coefficient represents the change (expressed in SD units) in HRQL score resulting from a change of one SD in the independent variable

Discussion

Consistent with other studies (Davidson-Arad et al. 2010, Anctil et al. 2007, Carbone et al. 2007, Damjanovic et al., 2001), adolescents living in residential group homes (RGHs) showed decreased overall QoL compared to the French general adolescent population. In general, the presence of externalized mental disorders best predicted a decrease in QoL scores.

The prevalence of violent behaviors in the study sample was much higher than in the general French adolescent population, with about 40% of these adolescents being both a victim and a perpetrator of violence. While victims of violence largely engender societal compassion, the perpetrators typically face fear and rejection. Thus, the dual role of these children, as both victims requiring compassion and perpetrators to be feared, may be particularly difficult for adult caregivers and may lead to disorganized attitudes. Addressing these inconsistencies and determining what matter of support best benefits these individuals is critical for professionals caring for this population.

Likewise, the proportion of adolescents in RGHs reporting suicidal ideations was at least twice that of the general adolescent population (Beck, Guilbert & Gautier, 2007) and the rate of suicide attempts was about four times greater (Beck et al., 2007). Moreover, the proportion of adolescents in RGHs with suicidal ideations was similar to that of adolescents in RGHs who actually attempted suicide, whereas the reported rate of suicidal ideation is typically twice that of actual attempts in adolescents in the general population. Thus, the “ideas of suicide” domain did not have the same predictive value in the general adolescent population and more attention should be paid to what factors favor adolescents in RGHs actually acting upon such ideas.

Placed adolescents have unusual psychological and behavioral characteristics, and it can be inferred that professionals may have difficulty analyzing and screening their unique mental health needs.

Most adolescents in the study sample had accessed health professionals during the last year (at least one visit to a general practitioner, a psychiatrist or psychologist, or a nurse). Many professionals are approached, but this does not necessarily mean that health care provided to these adolescents was efficiently organized. Notably, mental health care may be lacking, as only half of the participants had met with a

psychologist or a psychiatrist in the past year. The quality of health care follow-up for these adolescents is hindered by their non-compliance and immobility.

Placed adolescents reported especially low scores in QoL dimensions of Vitality, Self-Esteem, and Sentimental Life, consistent with depression. More surprisingly, adolescents in RGHS reported similar levels of QoL to those in the general adolescent population in Physical and Psychological Well-Being and in the dimension exploring Relationships with Teachers, despite their much higher prevalence of mental disorders and their high rate of suicidal and death ideations and their history of parental neglect or abuse (Bronsard et al., 2011). In sum, these adolescents have a paradoxically positive perception of their global health even though they report impaired social and school functioning.

The fact that these adolescents tended to show a more positive self-image than expected might be linked to defensive idealization, as described by Blower, Addo, Hodgson, Lamington & Towlson (2004). Another hypothesis, derived from the study of Davidson-Arad (2005), relies upon the fact that the QoL of placed children improved within a few months following the placement and that these children reported satisfaction with their current status. This global satisfaction with the change in their living situation could reinforce a more favorable self-perception, despite the persistence of objective difficulties and mental health disorders.

As expected, low levels of QoL were found in the dimension describing Relationships with Parents (compared to the adolescent general population). These adolescents were placed because they lacked parental protection. Neglect or abuse is likely to deeply affect these adolescents' relationships with their parents. It seems, however, that they have not developed idealization to compensate for this separation from their parents. Conversely, levels of QoL related to Relationships with Teachers were similar to those reported in general population, although adolescents living in RGHS reported more school difficulties.

Adolescents in were more than twice as likely to repeat a grade as those in the general adolescent population (Choquet&Ledoux, 1994). Our findings suggest that adolescents might be able to distinguish their relationships with the different adults

around them instead of projecting/transferring their conflicted parental relationships to those with their teachers.

The presence of mental health disorders was negatively associated with overall QoL but also with several dimensions between which no significant differences were found between the study sample and the general adolescent population. These dimensions included Psychological Well-Being, Physical Well-Being and Relationships with Teachers. This finding underlines the importance of further investigations into potential predictors of QoL in placed adolescents to provide these adolescents with the best possible support and care.

The presence of externalized disorders was associated with a decrease in specific dimensions of QoL (Relationships with Teachers, School Performance, Self-Esteem) that were not linked with other types of mental disorders. In particular, adolescents with externalized disorders reported lower scores in the dimension describing their Relationships with Teachers. This result might be because their behaviors disturb the quality of the social environment and affect their social relationships. In the future, behaviors linked to externalized mental disorders should be more readily identified, with early screening by professionals who can recognize and interpret these specific symptoms.

Gender also predicted of QoL in our study sample. In accordance with previous studies of both typically developing French adolescents and French adolescents in the Juvenile Justice system, girls described lower QoL than boys in indices linked to depression, including Physical and Psychological Well-Being and Self-Esteem (Choquet, Hasler& Morin, 2005).

However, the results of our study should be qualified by certain limitations.

First, our sample was cross-sectional and recruited from only one southeastern French region. Thus, we cannot generalize our findings. Furthermore, our dependent measures cannot demonstrate the causal nature of observed associations. Future longitudinal should be carried out to extend the analyses of QoL in a wider population.

Second, the rate of adolescents participating in the self-administered questionnaire did not exceed 40%. The reasons for this lack of response were difficult to identify. While a handful of questionnaires were completed but lost afterwards, and others were lost before completion, it is also likely that reading or writing difficulties in these adolescents were underestimated. Non-response may result from a lack of adequate written and oral support for completion. Nevertheless, main demographic characteristics of responders were not different from non-responders, allowing for satisfactory representativeness in the study sample. Such difficulties were reported by Choquet, Ledoux, Hassler & Paré (1998) and in Choquet, Hassler & Morin (2004) in studies of adolescents involved in the Juvenile Justice system, both of which with had response rates around 30%.

Studying these adolescents requires proximity, which can be difficult and time-consuming. Some authors suggest that this explains the dearth of scientifically-sound data about these adolescents (Ford, Vostanis, Meltzer & Goodman, R., 2007 ; Rosenfeld, Pilowsky & Fine et al.1997 ; Geen, Sommers & Cohen, 2005 ; Viner & Taylor, 2005; Browne, Hamilton-Giachritsis, Johnson, et al., 2006).

In addition, the large percentage of variance that remained unexplained after including the factors in our study suggests that other variables should be sought. The potential role of other environmental or anamnestic variables not collected in this study should be explored to expand our knowledge of the impact of MDs on QoL. Potential variables might include the type or frequency of therapy, child's age at onset of placement, the number of incidents of sexual abuse, *etc.* Other lines of research could focus on the role of the time spent in formal social integration (Fieulaine, Apostolidis&Olivetto, 2006).

Conclusion

Adolescents living in residential group homes report poor overall QoL, frequently suffer from mental disorders (particular externalized ones) and have a high rate of suicidal tendencies. Girls have overall poorer QoL than boys. However, this group of adolescents does not express a self-reported deterioration of Physical and Psychological Well-Being compared to the general adolescent population, and their expressions of suicidal tendencies are unusual because « suicidal ideations » are not

more frequent than suicide attempts. Prevention and screening for mental health problems is very important but, given the specificity of the psychological and behavioral characteristics of this RGHS population, might not follow typical patterns of health care organization. This unique and vulnerable population needs specific and dedicated mental health services. Increasing the number of scientifically rigorous studies within this population is a systematic way of developing more appropriate support structures.

Troisième Partie

Les données de la recherche au service du soin en santé mentale auprès des adolescents placés

4 Les difficultés de la pratique pédopsychiatrique auprès des enfants placés

Nous avons établi la prévalence majeure des troubles mentaux qui existe dans ce groupe vulnérable et repérable que constituent les enfants et adolescents placés. Nous avons montré aussi qu'ils n'expriment pas leurs besoins comme le reste de la population. Ils se plaignent peu de mal être. L'utilisation et l'accès aux soins psychique est médiocre, et se déroulent souvent dans des moments de crises comportementales ne pouvant plus être tolérés par le foyer. Ces difficultés de rencontre des besoins de ces enfants « à protéger » et de l'offre est décrite par d'autres chercheurs, dans d'autres pays (Rosenfeld et al, 1997; Geen et al, 2005; Viner & Taylor, 2005; Browne et al, 2006).

Les dispositifs de soins de pédopsychiatrie ayant spécifiquement prévu d'adapter leur fonctionnement à la situation tragique et particulière de ces enfants sont très rares, comme nous l'avons montré dans la première partie. Aussi rares que les dispositifs sociaux de protection de l'enfance ayant prévu une place spécifique et consistante à la pédopsychiatrie. Ces absences constituent une défaillance clinique et thérapeutique, mais aussi une anomalie historique. Nous avons pu montrer combien la pédopsychiatrie moderne s'est construite dans une dialectique intense avec ces enfants, dès le fondement de son premier bâti dans les années 1920, et que ces mêmes enfants ont constitué les modèles théoriques les plus prolifiques pour comprendre le développement psychique de l'enfant et ses avatars, mais aussi pour construire ses modèles thérapeutiques toujours actuellement utilisés.

Les enfants abandonnés, maltraités, séparés, agités ou encore délinquants ont occupé les réflexions et les débats des théoriciens qui ont élaboré la pédopsychiatrie. Elle doit à nouveau s'occuper d'eux. C'est-à-dire améliorer leur condition, réguler, parfois soigner leurs troubles, prévenir leur apparition. Mais elle ne

pourra le faire qu'en collaboration étroite, permanente et surtout durable avec les professionnels déjà auprès d'eux, qui les connaissent, les recueillent, les éduquent.

Cette rencontre des « protecteurs » et des « soignants » doit être favorisée, mais surtout préparée, entretenue et organisée. En effet, une coexistence côte à côte de ces deux champs professionnels, le médico-psychologique et le socio-éducatif, « tels qu'ils se présentent » n'est pas suffisante. Les cadres administratifs respectifs sont bien distincts et pourraient faciliter un repérage des tâches et une complémentarité des actions. Les missions de protection et de prévention sont confiées aux Conseils Généraux, et les missions thérapeutiques aux dispositifs de soins, dépendant de l'Etat, notamment confiées aux hôpitaux. Ces deux cadres ne se confondent plus depuis que l'Assistance Publique ne s'occupe plus des enfants en danger et à placer (1963).

Cependant, si les cadres administratifs sont bien différenciés, les missions ne peuvent l'être totalement. Et probablement ne doivent pas l'être. Nous avons vu dans la première partie, les liens théoriques et cliniques existant entre le développement psychologique de l'enfant et son environnement affectif. Protéger un enfant et soigner son développement et ses troubles, ne peut correspondre à deux démarches autonomes et distinctes. Chaque professionnel impliqué, éducateur ou soignant, doit en effet contribuer à améliorer et sécuriser le développement et l'épanouissement psycho-affectif de l'enfant qui lui est confié.

Cette non-concordance entre la forte distinction des cadres et des places professionnelles d'une part, et la moindre différenciation des missions d'autre part, sont en soi une difficulté pour organiser les collaborations. Les points de passage d'une mission à l'autre n'apparaissent pas clairement. De plus, comme nous l'avons précédemment développé, les thèmes en jeu que sont l'enfance maltraitée, la violence subie mais aussi agie, les retraits d'enfants, la maladie mentale chez l'enfant et l'adolescent, sont non seulement intenses, mais de plus renvoient simultanément à des émotions contradictoires, entre crainte et compassion. Toute collaboration mal assurée, facilitera des distorsions et les conflits interprofessionnels. Et c'est bien dans les situations de crises qu'apparaîtra de façon caricaturale ce défaut de collaboration, c'est-à-dire dans les moments où il faut décider rapidement

les rôles et les actions de chacun, pour réguler ou apaiser une situation critique, volontiers associée à de la violence réelle ou supposée.

Les très hauts taux de prévalence de troubles mentaux identifiés chez les adolescents vivant en foyers, associés à ces difficultés d'articulation avec l'offre sanitaire, rendent indiscutables la recherche de réponses différentes, spécifiques et adaptées.

Nous proposons trois niveaux de réponses. D'abord le développement de cadres institutionnels permettant la rencontre opérationnelle des acteurs intervenant ou susceptibles d'intervenir auprès de ces adolescents à très haut risque de troubles.

Ensuite, pour que la collaboration interprofessionnelle se construise de manière pérenne, opérationnelle et consistante, il est nécessaire de développer une dynamique de recherche et de formation impliquant directement les différents acteurs. Ce travail doit avoir comme objectif la création d'un corpus de connaissances compréhensibles, admis et utilisables par les différents professionnels concernés. Les données épidémiologiques et leur interprétation peuvent constituer une amorce très propice d'une démarche durable de Recherche-Action-Formation impliquant pédopsychiatres, épidémiologistes et travailleurs sociaux de terrain. Ce mode d'organisation de la recherche auprès des enfants placés, pourra par ailleurs résoudre les importantes difficultés méthodologiques rencontrées et précédemment décrites au cours de la mise en place des protocoles.

Enfin nous envisagerons l'opportunité de la création de dispositifs spécifiques ou dédiés pour l'accueil et le traitement des enfants ou adolescents placés présentant des troubles mentaux sévères.

4.1 Etablissement d'un cadre institutionnel d'articulation interprofessionnelle

(Article publié : les MDA ont elles un rôle spécifique dans le traitement de la violence ? Bronsard et al, 2011b)

La première étape de l'organisation nécessaire à la rencontre interprofessionnelle est la construction d'un cadre institutionnel. Ce cadre doit être accessible et appropriable par les différents acteurs devant organiser leur collaboration. Il doit avoir une fonction de tiers, donc en capacité de bonne distance avec les deux champs.

Les Maisons de l'Adolescent peuvent remplir ce rôle. Elles sont des dispositifs par nature multidisciplinaires, souvent pluri-institutionnels.

Des maisons de l'adolescent (MDA) existent depuis une dizaine d'années. Elles sont des structures et des dispositifs d'accueil et de prises en charge de troubles spécifiques de l'adolescence, ou dont l'adolescence en fait une spécificité : troubles alimentaires, difficultés ou échecs scolaires, conduites à risque, crises suicidaires, troubles du comportement, dysfonctionnements familiaux... L'accueil et les traitements proposés doivent inclure les parents et les professionnels qui s'occupent de l'adolescent.

Le champ d'intervention est donc large, à limite mal définie, comme le sont souvent les troubles à cet âge. Une réduction du champ d'intervention de ces structures à certaines disciplines ou à une liste de types de troubles ou de difficultés pourrait empêcher les adolescents et leurs familles, ou même les professionnels, d'accéder au dispositif, par manque de discernement du trouble en question et donc du bon chemin à suivre pour le traiter.

Ces maisons sont construites dans le champ sanitaire, social, dans la prévention ou directement dans le soin. Leur cadre peut relever de l'hôpital, de Conseils Généraux ou de financements multiples. C'est cependant la pédopsychiatrie qui est la plus positionnée au sein de ces dispositifs. C'est elle qui est le plus souvent directement invoquée par les familles et la formulation des plaintes ou des demandes, envoie le plus souvent à son champ : mal être, trouble du comportement, dysfonctionnements familiaux, inadaptations et échecs scolaires... Enfin les professionnels non médicaux attendent souvent des MDA une facilitation de l'accès au soin de pédopsychiatrie et notamment à l'hospitalisation pour des adolescents en crise.

La problématique de la violence met bien souvent à l'épreuve et en difficulté la plupart des professionnels de l'adolescence, quels que soient leurs disciplines ou leurs domaines d'intervention : école, socio-éducatifs, socio-judiciaires, pédiatrie et bien sûr pédopsychiatrie. Une des raisons de ces grandes difficultés est qu'il n'existe pas de discipline ou de dispositif spécifique et désigné pour traiter ou déposer cette violence ; elle relève le plus souvent de plusieurs champs à la fois : socio-éducatif, justice des mineurs et parfois de la psychiatrie.

Plus la violence est importante (de façon réelle ou supposée), actuelle et critique, finalement plus cette violence induit de la peur chez les professionnels, plus l'adolescent est dit « difficile ». Evaluer en urgence ou simplement et rapidement de « qui relève » cet adolescent violent est malaisé. Cette difficulté de désignation favorise par contre l'idée chez chaque professionnel, que l'adolescent relève d'un autre champ que le sien. On pourrait caricaturer l'état « d'adolescent difficile » par la description suivante : il s'agit d'un adolescent relevant a priori des champs socio-éducatifs, de la justice des mineurs et de la psychiatrie, à propos duquel chaque professionnel pense qu'il relève des deux autres champs que le sien...

Il s'en suit des tentatives volontiers conflictuelles de collaboration entre professionnels et des déplacements souvent brutaux et peu enthousiasmants de l'adolescent d'un dispositif à un autre. La situation est d'autant plus conflictuelle qu'elle se déroule dans l'urgence et qu'aucun protocole d'action ou de collaboration n'a été prévu et formalisé.

S'il n'existe pas de préparation ou de protocole de gestion de la crise, les professionnels exposés ou les familles n'ont en général que les appels d'urgence (Pompiers, Police et éventuellement SAMU) en espérant une arrivée sur site puis une « évacuation » vers des sites d'urgence médicale plus ou moins spécialisés. Cela produit le plus souvent une satisfaction bien relative, en particulier lorsque l'adolescent arrivant sur le site d'urgence est calme, et ré-adressé assez rapidement à l'envoyeur.

Ces itinéraires d'urgences, pourraient au moins faire signal pour éviter une récurrence. En effet l'existence d'une crise, amène le risque élevé de sa réapparition, puisque les nombreux facteurs anamnestiques, psychopathologiques et institutionnels qui y ont contribué, persistent à son décours.

Le « pôle adolescent difficile » de la Maison Départementale de l'Adolescent à Marseille correspond à un dispositif de préparation à la gestion de la crise et de sa récurrence, par la formalisation de l'articulation des champs sanitaire et socio-éducatif. Il a pour mission d'organiser de façon formelle et opérationnelle la rencontre de la psychiatrie de l'adolescent avec les milieux qui le demandent et qui n'y sont pas parvenus. C'est un dispositif visant à simplifier cette incontournable collaboration (au moins a priori et partielle) entre les professionnels de la protection de l'enfance, de la justice des mineurs et de la pédopsychiatrie lorsqu'il s'agit de traiter des situations de crise, en particulier (et la plupart du temps) quand la violence externalisée est apparue.

Au sein de ce pôle interviennent des professionnels de la MDA : un pédopsychiatre, une assistante sociale, et un psychologue détaché à temps partiel des foyers de l'enfance du Conseil Général des Bouches-du-Rhône.

La demande

La très grande majorité du temps, les travailleurs socio-éducatifs de foyers (Maisons d'Enfants à Caractère Social ou Foyers d'urgence), de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse sollicitent directement le dispositif pour une situation pré- ou post-critique pendant laquelle le recours à la psychiatrie a été considérée par eux comme un échec. La demande directe des juges pour enfant, des écoles, ou encore de la psychiatrie est plus rare.

Répartition de l'origine des demandes de janvier 2005 à Décembre 2009

Type d'institution effectuant la demande	Effectif	%
Maisons d'enfants à caractère social ou foyers d'urgence	99	33.7%
Equipe Enfance (administration de l'Aide Sociale à l'Enfance)	95	32.4%
Mesure Educative en Milieu Ouvert	23	7.8%
Protection Judiciaire de la Jeunesse	56	19.1%
Institut Thérapeutique Pédagogique et éducatif	9	3.0%
Ecole	4	1.4%
Tribunal pour Enfant	6	2.0 %
Pédopsychiatrie	1	0.3%
Total	293	100%

L'organisation de la rencontre interprofessionnelle

Il est important que les professionnels en charge du suivi actuel, récent ou éventuellement dans un proche avenir, puissent être impliqués ensemble. Les rencontres se déroulent à la MDA. Tous les acteurs concernés sont dans un premier temps repérés, ce qui peut être fastidieux, puis invités. Chaque invité est libre de venir ou pas, comme il l'est pour réaliser ce qui sera proposé à la fin de la rencontre. Il s'agit de s'entendre, d'organiser une réponse cohérente, concertée puis acceptée par les différents acteurs. Cette liberté institutionnelle et cette absence d'engagement a priori facilitent la venue des différents professionnels et leur parole. La présence des juges pour enfant lorsqu'ils suivent le cas a des effets importants sur la coordination et la dynamique des différents professionnels. Par un probable effet symbolique de la représentation de la loi, la présence des acteurs de la prise en charge et le suivi des engagements de chacun ont toujours été bien supérieurs dans les situations où les juges avaient pu venir.

La situation est présentée dans un premier temps par l'équipe qui a sollicité la démarche, puis les difficultés spécifiques que l'équipe socio-éducative a pu rencontrer pour organiser une prise en charge en pédopsychiatrie. L'équipe de la MDA questionne ensuite les professionnels afin de construire des possibilités diagnostiques et des indications thérapeutiques. Il faut donc obtenir suffisamment d'informations clinique, développementale et anamnestique. Les informations les plus difficiles à obtenir sont les caractéristiques du développement précoce (âge d'acquisition des fonctions, qualité de l'attachement précoce), de l'adaptation scolaire, de l'histoire des apprentissages (niveau scolaire actuel réel) et plus généralement de la clinique de la petite et même de la grande enfance ; contrairement au déroulé évènementiel de l'histoire familiale qui est en général mieux connu. Ces caractéristiques sont pourtant tout-à-fait primordiales pour la compréhension des comportements et de la clinique actuelle, et sont bien souvent déterminantes pour construire une orientation diagnostique et une indication thérapeutique.

Les grandes orientations diagnostiques sont discutées à partir des éléments rapportés, qui parfois sont suffisants. De façon systématique sont recherchés les éléments évoquant des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques, des troubles anxieux, des conduites addictives et les troubles cognitifs sévères, et bien sûr les symptômes de troubles externalisés (troubles des conduites et troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention). Les antécédents de tentative de suicide sont systématiquement recherchés, mais souvent méconnus. Enfin, les antécédents familiaux sont aussi bien souvent difficiles à préciser.

Les orientations diagnostiques sont constituées à partir de la nosographie classique (DSM IV) et sont construites avec les différents acteurs et ce qu'ils apportent. Cela induit une moindre mise à distance des professionnels non médicaux avec le diagnostic.

La synthèse se termine lorsqu'une solution opérationnelle est trouvée, en général impliquant les acteurs présents. Un compte rendu de synthèse décrivant simplement la problématique, les orientations diagnostiques et les tâches que chacun se sera assignées, est envoyé à chaque participant. Une date de prochaine rencontre, en général à trois mois, est fixée.

Lorsqu'une indication de première prise en charge ou de réorientation médico-psychiatrique est retenue ou probable, un rencontre clinique avec l'adolescent, le ou les éducateurs référents et ses parents, lorsque cela est possible, se déroule. Le maintien et la permanence de l'implication des éducateurs référents à toutes les étapes de la prise en charge est un élément déterminant pour la réussite du projet. Il reprendra l'histoire et le projet avec l'adolescent, et organisera un lien stable avec les nouveaux partenaires. L'équipe de la MDA se chargera alors de finaliser l'évaluation clinique sur site ou si nécessaire sur le lieu de vie de l'adolescent, puis d'organiser le suivi médico-psychologique à proximité de l'adolescent (ou directement à la MDA en cas d'impossibilité de ces dispositifs de proximité), et le cas échéant une hospitalisation.

Cet « accompagnement à l'accompagnement thérapeutique » est l'élément induisant la plus grande satisfaction des professionnels socio-éducatifs : ils repartent de la synthèse avec une solution personnalisée, opérationnelle et protocolisée, même si elle ne correspond pas à ce qui était anticipé ; les hospitalisations étant finalement bien moins fréquentes que leurs demandes.

Cette démarche correspond à un dispositif spécifique de prise en charge « d'adolescents difficiles », le plus souvent impliqués dans la protection de l'enfance.

Formation multidisciplinaire et recherche

La formation et la recherche centrées sur la problématique de « l'adolescent difficile » est un levier solide pour le maintien de la dynamique de réseau puisqu'elles renforcent la constitution d'une culture commune. Plusieurs séminaires d'enseignement sont organisés, adressés aux professionnels concernés par l'adolescent difficile. Le thème central est la violence de l'adolescent. Sont développés les théories et modèles explicatifs actuels (approches psychopathologiques et psychodynamiques, incluant les notions d'attachement, les approches neuro-développementales et neurobiologiques) ; une description analytique des nosographies et de leur histoire, des comorbidités et de leur épidémiologie est faite, pour finir par une description des moyens thérapeutiques institutionnels ou non. Interviennent notamment des psychiatres ou pédopsychiatres locaux pouvant proposer une prise en charge. Ces connaissances permettent

d'affiner les demandes et les attentes que ces professionnels peuvent de la psychiatrie. Le volume du cycle est discuté et adapté au public.

Actuellement ce pôle a pu organiser de tels cycles pour des éducateurs des foyers de l'enfance, des éducateurs de rues, des juges du tribunal pour enfant, des médecins généralistes.

Enfin, ce pôle « adolescent difficile » peut collaborer à des actions de recherche, telles que présentées plus haut.

Discussion

Les MDA sont des dispositifs qui créent beaucoup d'attentes chez les professionnels de l'adolescence. Elles ne peuvent échapper au questionnement de leur rôle et de leur action dans le champ de la violence de l'adolescent. Doivent-elles pour autant créer des fonctionnements spécifiques, repérables et désignés pour traiter cette problématique ? « L'adolescent difficile », pour lequel notre dispositif est sollicité, est impliqué dans la Protection de l'Enfance dans près de 80% des cas, ou pris en charge par un service de la PJJ dans 20% des cas. Dans les rares cas où l'adolescent n'était pas impliqué dans les champs socio-éducatifs, les crises répétées appellent facilement le constat d'une situation d'enfant en danger ou d'une défaillance de protection. Ce dispositif est alimenté en quasi-totalité d'adolescents relevant des champs socio-éducatifs. La part très importante de l'origine des sollicitations du dispositif en provenance du milieu socio-éducatif traduit qu'il s'agit du milieu professionnel ressentant le plus de difficultés à trouver des solutions. Il existe un risque de développer un système de soin réservé aux « Adolescents du Social ».

La tentation est grande. Les adolescents de ce milieu présentent une prévalence de troubles mentaux très supérieure à la population générale au même âge ; les taux de prévalence de troubles mentaux systématiquement rapportés dans les études sont, tous troubles confondus, au dessus de 50% (cf infra). Même si les outils de mesure et les populations étudiées ne sont pas directement comparables d'un pays à l'autre, étant donné les différences d'organisation des systèmes de protection de l'enfance, les chiffres sont concordants. Les profils pathologiques montrent aussi des spécificités chez ces adolescents impliqués dans la protection de l'enfance :

prévalence des troubles très supérieur chez les filles, importance des troubles internalisés (troubles anxieux, Dépression Majeure), part équivalente des troubles externalisés (troubles des conduites, troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention) chez les garçons et chez les filles, importance des tentatives de suicide, autour de 20%.

Cette population présente de façon très significative plus de troubles mais un accès au soin restant difficile. L'absence de présence parentale impliquée de façon pérenne, l'existence de nombreux intervenants et enfin l'existence de violence réelle ou supposée perturbent cet accès au soin.

Cette prévalence très élevée n'est en fait pas étonnante. La plupart des facteurs de risque de développement des troubles mentaux chez l'enfant sont les mêmes que ceux conduisant à l'implication des services de la Protection de l'Enfance : dysfonctionnement familial sévère et durable, ruptures de liens précoces et répétés, grossesse à risque (notamment exposition fœtale aux toxiques, traumatismes périnataux), maltraitance et abus etc...

Il apparaît risqué de construire des dispositifs de soin spécifiques et réservés aux Adolescents du Social. Il apparaît tout aussi risqué, pour eux, de ne rien proposer qui soit adapté à leur situation.

Sans créer une filière spécifique pour le traitement de la violence de l'adolescent, ou pour son appartenance au champ socio-éducatif, il est nécessaire que ces adolescents aient une place aménagée, dans un cadre permettant le travail durable avec les professionnels qui s'en occupent, tolérant et contenant face aux troubles du comportement, au sein de dispositifs non spécifiques d'accueil et de prises en charge d'adolescents.

Conclusion

L'adolescent des milieux socio-éducatifs, surtout lorsqu'il est violent nécessite un travail différencié pour accéder aux soins en santé mentale. La disponibilité moindre des parents, la présence de référents socio-éducatifs, de mesures administratives ou judiciaires modifient de façon importante leur rapport aux dispositifs de soins classiques. Sans réaliser de dispositifs de soin spécifiques et filiarisés pour ces situations, une attention et des moyens particuliers doivent être donnés pour

permettre l'articulation entre les différents professionnels impliqués. Les MDA par leur positionnement puissamment interdisciplinaire, du soin au social, sont d'excellentes candidates à une telle organisation.



Article original

Les Maisons de l'adolescent ont-elles une place spécifique dans le traitement de la violence ?

Is there a specific role of the Adolescent Homes in the management of violence?

G. Bronsard^{a,*}, A. Benjelloun^b, Y. Paris^a, B. Renaudier^a, M. Rufo^b, M.-C. Siméoni^c

^a Conseil général des Bouches-du-Rhône, Maison départementale de l'adolescent, 169, rue Paradis, 13006 Marseille, France

^b Service universitaire de psychiatrie de l'adolescent, 270, boulevard de Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

^c Service de santé publique, faculté de médecine, 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille, France

Résumé

Les Maisons de l'adolescent (MDA) sont des dispositifs innovants devant répondre aux problématiques rencontrées au cours de l'adolescence par les adolescents eux même, leurs familles ou les professionnels de l'adolescence. La violence met en difficulté les professionnels, quel que soit leur champ car elle relève non pas d'une spécialité ou d'une discipline mais de plusieurs champs à la fois : Justice des mineurs, Protection de l'enfance, pédopsychiatrie. C'est dans une articulation précautionneuse et attentive de ces différents champs qu'une solution peut être trouvée. La Maison départementale de l'adolescent à Marseille a constitué un « pôle adolescent difficile » qui organise la rencontre formelle et opérationnelle des différents professionnels impliqués dans une situation « difficile » où généralement la violence réelle ou supposée d'un adolescent perturbe les collaborations habituelles. Ce pôle est sollicité en grande majorité par les professionnels des champs socioéducatifs n'ayant pas trouvé de solution. Ce pôle doit veiller à la continuité de la prise en charge, évitant les conflits inter-insitutionnels, en organisant une prise en charge avant ou après la crise au cours de laquelle tous les professionnels restent impliqués. Le développement d'un dispositif spécifique au sein d'un site généraliste permet d'adapter les solutions à des situations particulières sans avoir recours à des filières spécifique de traitement de la violence ou réservées aux adolescents du Social.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Adolescent ; Protection de l'enfance ; Violence ; Multidisciplinarité ; Pédopsychiatrie sociale

Abstract

Adolescent Homes are recent types of hosting structures and places specialized in the management of adolescent specific disorder, used by adolescents themselves, their family or professionals. The vast majority of adolescent specialists often face the violence issue, whatever their specialty or their areas of intervention. One of the reasons for these difficulties is that there is no specific specialty or specific mechanism to deal with this violence. Several areas of intervention often deal with this violence such as: socio-educational, juvenile justice and psychiatry. Solution can be found with cautious articulation of the work of the different professionals involved with the adolescent. The Adolescent Home of Marseille has built a "difficult adolescent division", which organizes formally the meeting of the professionals involved with a very difficult situation where the violence effective or supposed disturbs the usual relationship between the professionals. This division is most of time called by the social workers of the Child Welfare System without solution. This division has to watch that taking care is without break, prevent inter-insitutional conflicts, organizing a taking care while all professionals remain involved and available. The development of such division in the heart of non specialized site prevents stigmatisation and exclusion of adolescent involved in the Social services.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Adolescent; Child Welfare System; Violence; Multidisciplinarity; Social child psychiatry

Des Maisons de l'adolescent (MDA) existent depuis une dizaine d'années. Elles sont des structures et des dispositifs d'accueil et de prises en charges de troubles spécifiques de l'adolescence ou dont l'adolescence en fait une spécificité :

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : guillaume.bronsard@cg13.fr (G. Bronsard).

troubles alimentaires, difficultés ou échec scolaire, conduites à risques, crises suicidaires, troubles du comportement, dysfonctionnements familiaux. . . L'accueil et les traitements proposés doivent inclure les parents et les professionnels qui s'occupent de l'adolescent.

Le champ d'intervention est donc large, à limite mal définie, comme le sont souvent les troubles à cet âge. Une réduction du champ d'intervention de ces structures à certaines disciplines ou à une liste de type de troubles ou de difficultés pourrait empêcher les adolescents et leurs familles, ou même au professionnels, d'accéder au dispositif, par manque de discernement du trouble en question et donc du bon chemin à suivre pour le traiter.

Ces maisons sont construites dans le champ sanitaire, social, dans la prévention ou directement dans le soin. Leur cadre peut relever de l'hôpital, de Conseils Généraux ou de financements multiples. C'est, cependant, la pédopsychiatrie qui est le plus positionnée au sein de ces dispositifs. C'est elle qui est le plus souvent directement invoquée par les familles et la formulation des plaintes ou des demandes envoie le plus souvent à son champ : mal être, trouble du comportement, dysfonctionnements familiaux, inadaptations et échecs scolaires. . . Enfin, les professionnels non médicaux attendent souvent des MDA une facilitation de l'accès au soin de pédopsychiatrie et, notamment, à l'hospitalisation pour des adolescents en crise.

La problématique de la violence met bien souvent à l'épreuve et en difficulté la plupart des professionnels de l'adolescence, quels que soient leurs disciplines ou leurs domaines d'intervention : école, socioéducatifs, sociojudiciaires, pédiatrie et bien sûr pédopsychiatrie. Une des raisons de ces grandes difficultés est qu'il n'existe pas de discipline ou de dispositif spécifique et désigné pour traiter ou déposer cette violence ; elle relève le plus souvent de plusieurs champs à la fois : socioéducatif, justice des mineurs et parfois de la psychiatrie.

Plus la violence est importante (de façon réelle ou supposée), actuelle et critique, finalement, plus cette violence induit de la peur chez les professionnels, plus l'adolescent est dit « difficile ». Évaluer en urgence ou simplement et rapidement de « qui relève », cet adolescent violent est malaisé. Cette difficulté de désignation favorise, en revanche, l'idée chez chaque professionnel que l'adolescent relève d'un autre champ que le sien. On pourrait caricaturer l'état « d'adolescent difficile » par la description suivante : il s'agit d'un adolescent relevant a priori des champs socioéducatif, de la justice des mineurs et de la psychiatrie, à propos duquel chaque professionnel pense qu'il relève des deux autres champs que le sien. . .

Il s'en suit des tentatives volontiers conflictuelles de collaborations entre professionnels et des déplacements souvent brutaux et peu enthousiasmants de l'adolescent d'un dispositif à un autre. La situation est d'autant plus conflictuelle qu'elle se déroule dans l'urgence et qu'aucun protocole d'action ou de collaboration n'a été prévu et formalisé.

S'il n'existe pas de préparation ou de protocole de gestion de la crise, les professionnels exposés ou les familles n'ont en général que les appels d'urgence (Pompiers, Police et éventuellement SAMU) en espérant une arrivée sur site, puis une « évacuation » vers des sites d'urgence médicale plus ou moins spécialisés. Cela produit le plus souvent une satisfaction bien relative, en particu-

Tableau 1

Répartition de l'origine des demandes de 293 situations de janvier 2005 à décembre 2009.

Maisons d'enfants à caractère social ou foyers d'urgence	99	33,7 %
Équipe enfance (aide sociale à l'enfance)	95	32,4 %
Mesure éducative en milieu ouvert	23	7,8 %
Protection judiciaire de la Jeunesse	56	19,1 %
Institut thérapeutique, pédagogique et éducatif	9	3 %
École	4	1,4 %
Tribunal pour enfant	6	2 %
Pédopsychiatrie	1	0,3 %

lier, lorsque l'adolescent arrivant sur le site d'urgence est calme et réadressé assez rapidement à l'envoyeur.

Ces itinéraires d'urgences pourraient au moins faire signal pour éviter une récurrence. En effet, l'existence d'une crise amène le risque élevé de sa réapparition, puisque les nombreux facteurs anamnétiques, psychopathologiques et insitutionnels qui y ont contribué, persistent à son décours.

Le « pôle adolescent difficile » de la Maison départementale de l'adolescent à Marseille correspond à un dispositif de préparation à la gestion de la crise et de sa récurrence. Il a pour mission d'organiser de façon formelle et opérationnelle la rencontre de la psychiatrie de l'adolescent avec les milieux qui le demande et qui n'y sont pas parvenus. C'est un dispositif visant à simplifier cette incontournable collaboration (au moins a priori et partielle) entre les professionnels de la protection de l'enfance, de la justice des mineurs et de la pédopsychiatrie lorsqu'il s'agit de traiter des situations de crise, en particulier (et la plupart du temps) quand la violence externalisée est apparue.

Au sein de ce pôle, interviennent des professionnels de la MDA : un pédopsychiatre, une assistante sociale et un psychologue détaché à temps partiel des foyers de l'enfance du Conseil Général des Bouches-du-Rhône.

1. La demande

La très grande majorité du temps les travailleurs socioéducatifs de foyers (Maisons d'enfants à caractère social ou foyers d'urgence), de l'aide sociale à l'enfance ou de la Protection judiciaire de la Jeunesse sollicitent directement le dispositif pour une situation pré- ou post-critique pendant laquelle le recours à la psychiatrie a été considérée par eux comme un échec. La demande directe des juges pour enfant, des écoles, ou encore de la psychiatrie est plus rare (Tableau 1).

1.1. L'organisation de la rencontre interprofessionnelle

Il est important que les professionnels en charge du suivi actuel, récent ou éventuellement dans un proche avenir puissent être impliqués ensemble. Les rencontres se déroulent à la MDA. Tous les acteurs concernés sont dans un premier temps repérés, ce qui peut être fastidieux, puis invités. Chaque invité est libre de venir ou pas, comme il l'est pour réaliser ce qu'il aura proposé à la fin de la rencontre. Il s'agit de s'entendre, d'organiser une réponse cohérente, concertée, puis acceptée par les différents acteurs. Cette liberté institutionnelle et cette absence

d'engagement a priori facilitent la venue des différents professionnels et leur parole. La présence des juges pour enfant lorsqu'ils suivent le cas a des effets importants sur la coordination et la dynamique des différents professionnels. Par un probable effet symbolique de la représentation de la loi, la présence des acteurs de la prise en charge et le suivi des engagements de chacun a toujours été bien supérieur dans les situations où les juges avaient pu venir.

La situation est présentée dans un premier temps par l'équipe qui a sollicité la démarche, puis les difficultés spécifiques que l'équipe socioéducative a pu rencontrer pour organiser une prise en charge en pédopsychiatrie. L'équipe de la MDA questionne ensuite les professionnels afin de construire des possibilités diagnostics et des indications thérapeutiques. Il faut donc obtenir suffisamment d'information clinique, développementale et anamnétique. Les informations les plus difficiles à obtenir sont les caractéristiques du développement précoce (âge d'acquisition des fonctions, qualité de l'attachement précoce), de l'adaptation scolaire, de l'histoire des apprentissages (niveau scolaire actuel réel) et plus généralement de la clinique de la petite et même de la grande enfance ; contrairement au déroulé événementiel de l'histoire familiale qui est, en général, mieux connu. Ces caractéristiques sont pourtant tout à fait primordiales pour la compréhension des comportements et de la clinique actuelle et sont bien souvent déterminantes pour construire une orientation diagnostique et une indication thérapeutique.

Les grandes orientations diagnostiques sont discutées à partir des éléments rapportés, qui parfois sont suffisants. De façon systématique, sont recherchés les éléments évoquant des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques, des troubles anxieux, des conduites addictives et les troubles cognitifs sévères, et bien sûr les symptômes de trouble externalisés (trouble des conduites et trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention). Les antécédents de tentative de suicide sont systématiquement recherchés, mais souvent méconnus. Enfin, les antécédents familiaux sont aussi bien souvent difficile à préciser.

Les orientations diagnostiques sont constituées à partir de la nosographie classique (DSM-IV [1]) et sont construites avec les différents acteurs et ce qu'ils apportent. Cela induit une moindre mise à distance des professionnels non médicaux avec le diagnostic.

La synthèse se termine lorsqu'une solution opérationnelle est trouvée, en général impliquant les acteurs présents. Un compte rendu de synthèse décrivant simplement la problématique, les orientations diagnostiques et les tâches que chacun se sera assigné, est envoyé à chaque participant. Une date de prochaine rencontre, en général à trois mois, est fixée.

Lorsqu'une indication de première prise en charge ou de réorientation médicopsychiatrique est retenue ou probable, une rencontre clinique avec l'adolescent, le ou les éducateurs référents et ses parents, lorsque cela est possible, se déroule. Le maintien et la permanence de l'implication des éducateurs référents à toutes les étapes de la prise en charge est un élément déterminant pour la réussite du projet. Il reprendra l'histoire et le projet avec l'adolescent, et organisera un lien stable avec les nouveaux partenaires. L'équipe de la MDA se chargera alors de finaliser l'évaluation clinique sur site ou si nécessaire sur le lieu

de vie de l'adolescent, puis d'organiser le suivi médicopsychologique à proximité de l'adolescent (ou directement à la MDA en cas d'impossibilité de ces dispositifs de proximité) et le cas échéant une hospitalisation.

Cet « accompagnement à l'accompagnement thérapeutique » est l'élément induisant la plus grande satisfaction des professionnels socioéducatifs : ils repartent de la synthèse avec une solution personnalisée, opérationnelle et protocolisée, même si elle ne correspond pas à ce qui était anticipé ; les hospitalisations étant finalement bien moins fréquentes que leur demandes.

Nous constituons donc un dispositif spécifique de prise en charge « d'adolescents difficiles », le plus souvent impliqués dans la protection de l'enfance.

1.2. Formation multidisciplinaire et recherche

La formation et la recherche centrées sur la problématique de « l'adolescent difficile » est un levier solide pour le maintien de la dynamique de réseau puisqu'elles renforcent la constitution d'une culture commune. Plusieurs séminaires d'enseignement sont organisés, adressés aux professionnels concernés par l'adolescent difficile. Le thème central est la violence de l'adolescent. Sont développés les théories et modèles explicatifs actuels (approches psychopathologiques et psychodynamiques, incluant les notions d'attachement, les approches neurodéveloppementales et neurobiologiques) ; une description analytique des nosographies et de leur histoire, des comorbidités et de leur épidémiologie est faite, pour finir par une description des moyens thérapeutiques institutionnels ou non. Interviennent notamment des psychiatres ou pédopsychiatres locaux pouvant proposer une prise en charge. Ces connaissances permettent d'affiner les demandes et les attentes que ces professionnels peuvent de la psychiatrie. Le volume du cycle est discuté et adapté au public.

Actuellement, ce pôle a pu organiser de tels cycles pour des éducateurs des foyers de l'enfance, des éducateurs de rues, des juges du tribunal pour enfant, des médecins généralistes.

Enfin, ce pôle « adolescent difficile » peut collaborer à des actions de recherche. Une étude de prévalence des troubles mentaux a été réalisée chez les adolescents de 13 sur 17 ans hébergés dans les foyers sociaux des Bouches-du-Rhône [2].

2. Discussion

Les MDA sont des dispositifs qui créent beaucoup d'attentes chez les professionnels de l'adolescence. Elles ne peuvent échapper au questionnement de leur rôle et de leur action dans le champ de la violence de l'adolescent. Doivent-elles pour autant créer des fonctionnements spécifiques, repérables et désignés pour traiter cette problématique ? « L'adolescent difficile », pour lequel notre dispositif est sollicité, est impliqué dans la Protection de l'enfance dans près de 80 % des cas, ou pris en charge par un service de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) dans 20 % des cas. Dans les rares cas où l'adolescent n'était pas impliqué dans les champs socioéducatifs, les crises répétées appellent facilement le constat d'une situation d'enfant en danger ou d'une défaillance de protection. Ce dispositif est alimenté

en quasi-totalité d'adolescents relevant des champs socioéducatifs. La part très importante de l'origine des sollicitations du dispositif attribué au milieu socioéducatif traduit qu'il s'agit du milieu professionnel ressentant le plus difficulté à trouver des solutions. Il existe un risque de développer un système de soin réservé aux « Adolescents du social ».

La tentation est grande. Les adolescents de ce milieu présentent une prévalence de troubles mentaux très supérieures à la population générale au même âge ; les taux de prévalence de troubles mentaux systématiquement rapportés dans les études sont, tout troubles confondus, au-dessus de 50 % [2–7]. Même si les outils de mesure et les populations étudiées ne sont pas directement comparables d'un pays à l'autre, étant donné les différences d'organisation des systèmes de protection de l'enfance (*Child Welfare System* en anglais), les chiffres sont concordants. Les profils pathologiques montrent aussi des spécificités chez ces adolescents impliqués dans la protection de l'enfance : sex-ratio des troubles très supérieurs chez les filles, importance des troubles internalisés (troubles anxieux, dépression majeure), équivalence des troubles externalisés (trouble des conduites, trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention) chez les garçons et chez les filles, importance des tentatives de suicide, autour de 20 % [2–7]. L'existence de trouble n'augmente pas le recours au soin et le recours au soin reste faible [2]. On est face à une population présentant de façon très significative plus de trouble, associé à un accès au soin plutôt faible. L'absence de présence parentale impliqué de façon pérenne, l'existence de nombreux intervenants et enfin, l'existence de violence réelle ou supposée perturbe cet accès au soin.

Cette prévalence très élevée n'est, en fait, pas étonnante. La plupart des facteurs de risques de développement des troubles mentaux chez l'enfant sont les mêmes que ceux conduisant à l'implication des services de la Protection de l'enfance : dysfonctionnement familial sévère et durable, ruptures de liens précoces et répétés, grossesse à risque (notamment exposition fœtale aux toxiques, traumatismes périnataux), maltraitance et abus, etc. . .

Il apparaît risqué de construire des dispositifs de soin spécifique et réservé aux adolescents du Social. Il apparaît tout aussi risqué, pour eux, de ne rien proposer d'adapté à leur situation.

La pédopsychiatrie s'est intéressée clairement dès ses débuts à cette problématique. Dans la première moitié du XX^e siècle, les enfants vivant des situations familiales et sociales difficiles et présentant des comportements « inadaptés » sont un sujet prioritaire de la pédopsychiatrie alors en train de se constituer. Georges Heuyer qui crée la clinique de neuropsychiatrie infantile en 1925, Pierre Mâle avec la guidance infantile en 1948 ou encore Michel Soulé et Jeanine Noël structurant les premiers centres de guidance infantile dans les années 1950 ont réservé une place centrale à ces enfants, tant sur le plan théorique que clinique [8–10]. Sans créer une filière spécifique pour le traite-

ment de la violence de l'adolescent, ou pour son appartenance au champ socioéducatif, il est nécessaire que ces adolescents aient une place aménagée, dans un cadre permettant le travail durable avec les professionnels qui s'en occupent, tolérant et contenant face aux troubles du comportement, au sein de dispositifs non spécifique d'accueil et de prise en charge d'adolescents.

3. Conclusion

L'adolescent violent, surtout lorsque les milieux socioéducatifs s'en occupent, nécessite un travail différencié pour accéder aux soins en santé mentale. La disponibilité moindre des parents, la présence de référents socioéducatifs, de mesures administratives ou judiciaires modifient de façon importante leur rapport aux dispositifs de soins classiques. Sans réaliser de dispositifs de soin spécifique et filiarisé pour ces situations, une attention et des moyens particuliers doivent être donnés pour permettre l'articulation entre les différents professionnels impliqués. Les MDA par leur positionnement puissamment interdisciplinaire, du soin au social, sont d'excellentes candidates à une telle organisation.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent l'absence de conflit d'intérêt.

Références

- [1] American Psychiatric Association: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: author 1994.
- [2] Bronsard G, Simeoni MC, Campredon S, Auquier P, Lancon C. Prévalence des troubles mentaux chez les adolescents des foyers socioéducatifs. Rapport d'étude DRESS 2008.
- [3] Garland AF, Hough RL, McCabe KM, Yeh M, Wood PA, Aarons GA. Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:409–18.
- [4] McCann JB, James SW, Wilson S, Dunn G. Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *Brit Med J* 1996;313:1529–30.
- [5] McMillen JC, Zima BT, Scott Jr LD, Auslander WF, Munson MR, Ollie MT, et al. The prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44: 88–95.
- [6] Minnis H, Everett K, Pelosi AJ, Dunn J, Knapp M. Children in foster care: mental health, service use and costs. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(2):63–70.
- [7] Pilowsky DJ, Wu LT. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *J Adol Health* 2006;38:351–8.
- [8] Bienne M. Les enfants terribles. La psychiatrie infantile au secours de la famille: la consultation du professeur Georges Heuyer en 1950, Revue d'histoire de l'enfance irrégulière, <http://rhei.revues.org/document737.html>; 2004, 6.
- [9] Dessertine D. Présentation du dossier, revue d'histoire de l'enfance irrégulière, Texte intégral, <http://rhei.revues.org/document128.html>; 2004.
- [10] Soulé M, Noël J. Le grand renfermement des enfants dits cas sociaux. *Psychiatr Infant* 1971;14(2):577–620.

4.2 La Recherche-Action-Formation en psychiatrie de l'enfant dans les dispositifs de protection de l'enfance.

Seule une démarche organisée et réellement scientifique, répondant à un processus de recherche exigeant, permet l'établissement et le maintien d'un projet thérapeutique. On retiendra comme illustration (...) les propos de Myriam David : « La recherche est un moyen clinique formidable. » (Dugravier et Guédeney, 2006)

Le travail de recherche doit permettre d'accéder à des connaissances objectivables, même si leur nature renvoie à des phénomènes subjectifs. Ces connaissances doivent pouvoir afficher le mode et les méthodes qui ont permis de les obtenir, pour qu'elles puissent s'exposer à la critique et la contradiction, ou simplement à la discussion par des règles partagées. La recherche doit aussi pouvoir répondre à des questions, jusque là sans réponse.

La problématique des maladies mentales chez les adolescents des foyers, amène des questions difficiles à formuler, car complexes et confuses tel que nous l'avons présenté par la construction historique et l'état actuel des disciplines et des dispositifs socio-éducatifs et de la pédopsychiatrie, et de leur articulation.

Nous avons montré la nécessité et la construction de cadres réalistes et opérationnels de rencontre organisant la collaboration interdisciplinaire, comme par exemple des départements dédiés dans des structures multidisciplinaires (Pôle Adolescent Difficile de la MDA). Cette collaboration doit être consistante, durable et dynamique. Les difficultés d'articulation inter professionnelles, apparaissent lorsque les problématiques et les enjeux sont mal définis, empêchant une répartition simple et anticipable des tâches et des missions respectives.

Une démarche de recherche réalisée directement avec les différents acteurs impliqués dans le suivi et la prise en charge des adolescents désignés, présenterait plusieurs avantages. Elle faciliterait la démarche de recherche en soi, mais permettrait aussi de construire un corpus de données et de connaissances communes, partageables et enfin de co-organiser des pratiques articulées in situ.

Facilitation de la mise en place pratique de la recherche

Nous avons vu en effet à quel point notre démarche de recherche qui devait mesurer la prévalence des troubles mentaux et la qualité de vie chez les adolescents des foyers a été perturbée par les difficultés de rencontre des adolescents, puisqu'un tiers d'entre eux seulement ont pu être vus. Des difficultés similaires sont d'ailleurs rapportées dans d'autres études, dans d'autres pays, au point qu'elles expliquent en partie la faiblesse des données scientifiques sur le sujet (Rosenfeld et al, 1997; Geen et al, 2005; Viner & Taylor, 2005; Browne et al, 2006).

Pour étudier ces enfants et leur situation, il faut pouvoir entrer dans leur monde réel, et, à l'évidence, les méthodes de recherche habituelles du milieu médical s'appliquent mal. En effet l'objet et le sens de la recherche ne sont ici pas préétablis ni définis, défavorisant l'adhésion des travailleurs sociaux s'occupant des adolescents. Et ces professionnels sont particulièrement influents, voire acteurs exclusifs, de l'explication des objectifs aux adolescents eux-mêmes, éventuellement à leur parents, et sont en tout cas les seuls capables d'organiser les rencontres. L'implication de ces professionnels, doit être grande, et au maximum des étapes de construction et de réalisation de la démarche.

Les foyers sociaux ne sont pas organisés, ni habitués à la recherche médicale. Les positions des chercheurs, le sens de leur recherches, les méthodes et repères éthiques de ces démarches doivent être lentement inclus, mais doivent surtout s'adapter à l'histoire, à la culture et à l'éthique des professionnels de ces foyers. Le thème de la maladie mentale ou des troubles du comportement chez les enfants, prends ici une complexité particulière comme nous l'avons montré en première partie décrivant la rencontre et la co-construction instable des champs de la pédopsychiatrie et de la protection de l'enfance. Le concept de « maladie mentale de l'enfant », thème en soi complexe, peut ne pas être une source de difficultés irréductibles, à condition que les démarches de recherche s'effectuent au sein d'un milieu supposé stable concernant ce thème, comme par exemple dans les hôpitaux.

Nous pouvons citer un exemple de recherche clinique auprès d'enfants et d'adolescents autistes, centrée sur les comportements agressifs. Dans une étude de Tordjman et al. (2009) à laquelle nous avons collaboré (Bronsard, Botbol et Tordjman, 2010), l'observation et l'analyse des comportements violents contre soi ou contre les autres survenant dans certaines circonstances pour une population

d'enfant autistes ont été organisé. La rencontre des enfants et le recueil des données se sont déroulés sans difficulté. La thématique étudiée n'apparaît pourtant pas plus simple sur le plan affectif ni plus légère que celle des troubles mentaux des enfants placés. Les troubles autistiques portent de même une importante histoire de conflits inter-disciplinaires, d'opposition par la mise en avant de théorie explicative paraissant contradictoire, baignée par l'effroi de la sévérité et du mystère du trouble mental « déshumanisant ».

Mais l'étude s'est déroulée dans un hôpital de jour. La problématique de la pathologie mentale est ici reconnue par les différents intervenants, et le sens de leur présence dans un hôpital est supposé globalement admis et partagé. La recherche médico-psychiatrique au sein des lieux affichés « soignants » n'implique pas de mise en question fondamentale sur la démarche elle-même. Les mises en question concerneront plus volontiers le contenu et les pratiques de la recherche que l'idée de recherche médicale.

Développer une activité de recherche sur des thèmes médicaux dans des foyers sociaux nécessite d'autres considérations, précautions et adaptations des démarches.

Construire un corpus de données communes et partageables et améliorer la collaboration in situ

Lorsque la démarche de recherche est construite avec les acteurs de terrain, la formulation des problèmes se co-construit ce qui facilitera l'appropriation des résultats et des données obtenues. Cette démarche de participation des acteurs eux-mêmes à la construction de l'activité de recherche médicale, devrait enfin aussi favoriser l'articulation des pratiques, soutenue par l'établissement et la mise à l'épreuve d'un intérêt commun. Cela implique une présence des cliniciens/chercheurs régulière sur un terme long, voire très long.

La démarche de recherche deviendrait ainsi, non seulement facilitée, utilisable par les acteurs y participant, et constituerait un levier de modification in situ des pratiques concernant le sujet à propos duquel la démarche aura été construite.

Cette démarche et ses effets attendus s'apparentent fortement à celle de la Recherche-Action.

4.2.1 La démarche de Recherche-Action.

4.2.1.1 Principes et histoire de la Recherche-Action

Le terme Recherche-Action (Action-Research) est attribué à un anthropologue américain John Collier au milieu du XX^{ème} siècle qui mis en avant l'intérêt éthique à ce que les connaissances produites par la recherche bénéficie à ceux qui en étaient l'objet (Lapassade, 1991, p 143). Il s'agissait d'une position militante et politique, en faveur de l'autonomie culturelle des indiens d'Amérique, pour laquelle il luttait. Outre l'aspect anecdotique, les contingences politiques et idéologiques posant les bases de la Recherche-Action (RA) sont d'emblée influentes et organisatrices de la démarche. Le sociologue René Barbier rattache la démarche de Recherche-Action (RA) à « l'enquête ouvrière » de Karl Marx provoquant les ouvriers des manufactures à réfléchir sur leur condition de vie à partir de questionnaires, conçus comme un « instrument militant » (Barbier, 1996, p 13). Ce type de recherche autorise, et même favorise ce positionnement « actionniste » en faveur de personnes considérées mal traitées par un système en place.

Kurt Lewin, psychologue Allemand émigré aux USA pour fuir le nazisme, est clairement identifié pour avoir posé les principes définissant la RA. Il va développer la RA dans son nouveau pays, pour résoudre par exemple des problèmes liés à l'antisémitisme dans des usines, ou de l'adaptation de rythme de travail dans des manufactures implantées dans des zones rurales. Il va amener un élément idéologique assez majeur de la démarche. Les problèmes que tentent de résoudre une RA, doivent induire des changements au sein du groupe étudié, par la participation directe des individus de ce groupe, s'appropriant leur propre changement. Ces positions font échos aux mouvements tiers-mondistes, anticolonialistes, autodéterministes qui traversent à cette époque les sciences sociales (l'anthropologie et la sociologie), mais aussi la psychologie et la psychiatrie (Barbier, 1996, chap 1).

La psychologie et la psychiatrie sont rapidement apparues dans les projets de la RA. La Tavistock Clinic de Londres s'oriente vers la RA pendant la deuxième guerre mondiale. Le centre fonde une équipe « interdisciplinaire en psychiatrie sociale » qui s'installera durablement au sein d'un département de l'armée pour développer des programmes expérimentaux de sélection de personne. Ils mettent en avant la

nécessité de participer à la vie « réelle » et telle qu'elle est, par une présence de longue durée, afin de la comprendre. L'état d'esprit et les attentes sont proches de la technique de l'observation participante élaborée par l'ethnologue Bronislaw Malinowski pendant son long séjour dans les îles Trobriand peu après la première guerre mondiale. Le Tavistock Institute of Human Relations, émanation de la Tavistock Clinic réalisera la première RA dans le début des années 50 (Liu, 2011, p22).

En France, à la même période, des circonstances très particulières de famine dans l'asile psychiatrique de Saint Alban en Lozère, avait conduit François Tosquelles à intégrer les malades aux activités agricoles de la région, en échange de nourriture. Les effets thérapeutiques significatifs qu'il avait constatés, lui ont permis d'élaborer le modèle de la psychothérapie institutionnelle. Il adoptera les principes de la RA pour poursuivre, analyser et améliorer ce modèle.

La RA vise à produire des données sur le fonctionnement et les dysfonctionnements de systèmes complexes, dans un environnement humain réel et restreint. Les chercheurs entrent, participent ou sont inclus dans le système étudié. Les acteurs du terrain étudié participent à la recherche, mais aussi à la formulation, en général évolutive, des questionnements et à l'analyse des données. Ils sont associés aux chercheurs aux différentes étapes de la démarche. Elle s'oppose à la démarche expérimentale de laboratoire où l'on cherche à évacuer le maximum de facteurs influents non maîtrisés, et à analyser les effets d'un facteur artificiellement mis en place. La démarche de RA assume d'étudier un système d'emblée dans son ensemble, « ouverte à toutes les influences », pouvant mêler des aspects physiques aussi bien que moraux ou politiques (Liu, 2011, p29, p41).

Au-delà de cette approche des faits « tels qu'ils se présentent », la RA a nécessairement l'ambition que les connaissances construites, produisent des actions sur le système étudié. Dubost propose de définir la RA par une « *action délibérée visant un changement dans le monde réel, engagé sur une échelle restreinte, englobée dans un projet plus général et se soumettant à certaines disciplines pour obtenir des effets de connaissances ou des sens* » (Dubost, 1987, p 140).

4.2.1.2 L'étude de prévalence et de la Qualité de Vie des Adolescents placés correspond-elle à une Recherche Action ?

Notre travail de mesure de la prévalence des troubles mentaux auprès de ces adolescents, et d'analyse de leur façon de solliciter l'aide et de l'utiliser, aurait pu s'inclure dans une démarche de RA, grâce à certaines conditions établies de fait, et d'autres qui auraient du être améliorées.

Le cadre général et le thème se rangent facilement dans les principes nécessaires au développement d'une RA. La santé mentale des adolescents des foyers sociaux est en effet une problématique complexe à travailler et à élaborer au sein d'un lieu restreint et spécifique, en impliquant les acteurs de terrain que sont les éducateurs et travailleurs sociaux.

Par contre, la préparation de l'étude aurait du impliquer les acteurs de terrain de façon plus importante et à toutes les étapes. Le choix de mesurer la prévalence des troubles mentaux aurait du être la conclusion d'un travail préparatoire impliquant les acteurs de terrain et les chercheurs. Pour notre étude, les commanditaires ont souhaité un travail permettant d'améliorer l'articulation de la pédopsychiatrie avec les dispositifs d'hébergements sociaux pour adolescents. La question de la définition de la maladie mentale et du besoin de connaître sa prévalence spécifique est donc facilement apparue auprès des commanditaires et des directions. L'organisation et la mise en pratique de la recherche aurait du être élaborée à toutes les étapes avec la participation directe des acteurs de terrain, et non simplement là aussi de leur direction et des chercheurs.

Une préparation plus conforme aux principes de la RA aurait pu faciliter de façon importante la mise en place de l'étude.

Enfin, la force de la démarche de RA est sa capacité à modifier la situation, les pratiques. D'avoir une action.

Le travail de formulation des questionnements au sujet de la maladie mentale, la mise en place des cadres pratiques pour l'obtention de données diagnostiques ou de Qualité de Vie, constituent en soi une source d'influence sur les représentations de la maladie mentale et des adolescents concernés. Ce travail de formulation aurait du être formalisé en tant que tel dans notre démarche, pour faciliter le contrôle de ces effets.

Mais l'effet le plus significatif est attendu par l'utilisation de ces données pour comprendre et connaître quelques éléments objectifs de l'état psychologique des adolescents placés, de leurs troubles et des aspects qualitatifs de leur vie.

4.2.2 Utilisation des données obtenues par les travaux de recherches et formation inter-professionnelle

L'utilisation des résultats et de leur interprétation est une étape majeure de la démarche de recherche. Nos résultats de prévalence et de Qualité de Vie (QV), présentent l'intérêt d'être directement utilisables, d'autant plus que leur format publié propose les données comparatives en population générale mais aussi avec d'autres pays. Des telles données épidémiologiques sont aisément compréhensibles dans leur présentation et forme, sans nécessiter une spécialisation professionnelle, comme cela apparaît dans d'autres disciplines comme par exemple la biologie ou la psychanalyse. Leur interprétation nécessite par contre un accompagnement correspondant à une dynamique de formation ou d'enseignement.

Les articles tels qu'ils ont été publiés peuvent être assez facilement lus et compris par les professionnels impliqués. Les données épidémiologiques ou de QV comme nous l'avons présenté plus haut, sont des matériaux scientifiques présentant l'avantage d'être accessibles aux non spécialistes. Ce type de données est donc propice au travail inter-disciplinaire, puisque l'écueil « inter-culturel » existant entre les différentes disciplines est ici abrasé. Il constitue un support scientifique facilement utilisable pour développer une démarche de rencontre théorique entre les différents professionnels.

4.2.2.1 Exemple d'approche explicative multidimensionnelle pour la construction d'une dynamique multidisciplinaire : Pourquoi les filles des foyers sont-elles aussi agitées que les garçons ?

Les données de nos études sont en effet propices à la construction de modèles explicatifs multidimensionnels, particulièrement utiles pour l'approche multidisciplinaire et la construction d'une culture commune. Nous pouvons construire l'agencement de plusieurs modèles théoriques pouvant rendre compte d'un résultat. Nous avons pris comme exemple un résultat issu de l'étude de prévalence des

troubles mentaux, décrivant que les filles vivant en foyers présentent autant de troubles externalisés que les garçons qui s'y trouvent. Cette construction a fait l'objet d'un article publié.

Présentation de l'article

Pourquoi les filles vivant en foyers sociaux sont aussi « agitées » que les garçons ? Rencontre de la psychanalyse et des neurosciences pour aborder, comprendre et traiter les troubles du comportement de l'adolescent dans les milieux socio-éducatifs

Traduction en français de l'article « *Addressing, understanding and treating conduct disorders in adolescents through psychoanalysis and neurosciences :towards a disappearance of sex differences* »

Guillaume Bronsard, Amine Benjelloun, Marcel Rufo, Marie-Claude Simeoni, Journal of Physiology-Paris, 104 (2010) 253–256

S'occuper de troubles de comportement des adolescents confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance nécessite, comme dans les autres champs d'intervention de la pédopsychiatrie, une pratique clinique et une connaissance actualisée des données scientifiques. Cette double démarche permet à la fois de comprendre des phénomènes, des symptômes ou comportements d'un adolescent dont vous avez la charge mais aussi de donner corps, de mettre à l'épreuve de la réalité les connaissances issues d'études ou de réflexions théoriques. Cette prise de recul permise par l'effort de compréhension est particulièrement utile face à des comportements violents (réels ou supposés), qui défavorisent naturellement la mise à distance.

Comprendre les comportements des humains et ses troubles est une tâche massive, sans cesse réactualisée. S'amoncèle un corpus immense de données, issus de champs aussi différents que la génétique, la psychanalyse, l'éthologie, la neurobiologie, la sociologie, l'anthropologie... Tous ces champs ont quelque chose à dire, à faire comprendre, et les oppositions hostiles d'une approche à l'autre pourrait traduire le malaise lié à l'insuffisance de chaque modèle explicatif ; modèles construits pour arriver à « la solution », qui serait une découverte, presque simple, de quelque chose qui était jusqu'alors caché à la connaissance, une découverte

scientifique qui explique enfin un phénomène. Ces oppositions des champs de connaissances, pourraient donc n'être que défensives.

Leur rapprochement, dans une démarche clinique ou de recherche dans le champ de la pédopsychiatrie est-il possible ? Le pragmatisme médical et son éthique, qui implique que l'on doit tout faire pour améliorer la condition d'une personne souffrante, peuvent ils être une énergie de rapprochement de différents champs de connaissance suffisante et viable ? Les différentes approches sont contenues dans des cadres théoriques et éthiques fort dissemblables... de la subjectivité et des projections fantasmatiques du sujet avec laquelle travaille la psychopathologie pour comprendre un comportement violent, au dysfonctionnement neuroendocrinien d'un patient agressif, en passant par l'héritabilité génétique de troubles des conduites, comment envisager une coexistence dans un modèle de compréhension large?

Nous pouvons distinguer deux situations bien différentes pour le médecin ou le thérapeute, pour y envisager la rencontre de la psychanalyse et des neurosciences : la situation clinique et celle de la recherche.

4.2.2.1.1 La rencontre clinique en pédopsychiatrie

Face au patient, le clinicien, en gardant la cohérence qu'il doit à celui qu'il cherche à soigner, peut-il supporter ces torsions conceptuelles d'abord, et s'en servir ensuite pour améliorer et traiter la personne ou son trouble ? La réponse semble finalement assez simple. Lorsqu'un patient amène en consultation un symptôme psychique, notamment une description comportementale posant problème, certaines démarches et pratiques peuvent coexister. D'abord l'analyse de ce symptôme dans le cadre de l'intersubjectivité, qui organise justement cette rencontre singulière entre le patient et le clinicien au sein de laquelle est déposé ce symptôme d'une façon unique. En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'analyse du sens du symptôme dans l'histoire du sujet, celle des enjeux sous-jacents, conscients ou non, développés au sein d'une dynamique familiale ou dans une institution incluant les bénéfiques secondaires par exemple, l'exploration, l'organisation fantasmatique chez l'enfant ou ses parents, sont des démarches particulièrement utiles pour comprendre une situation ou un comportement.

Ces analyses permettent de plus, si ce procédé est réalisé avec bienveillance, patience et précaution, de favoriser l'alliance du patient en l'amenant à considérer la spécificité de sa problématique et l'intérêt que le clinicien porte à cette spécificité, comme une « personnalisation extrême ». Une compréhension des symptômes dans l'histoire du sujet, est une importante voie de contextualisation et de don de sens à un mal, ou à un fait quel qu'il soit. Travailler avec un patient au « pourquoi » il est touché, atteint, violent ou malade, lui, et pas son frère ou son voisin fait partie du processus de soin.

Ces démarches et procédés sont en grande partie issus de la culture psychanalytique. Elle n'implique pas pour autant la nécessité d'en rester là, de ne pas rechercher ou faire plus du côté de dysfonctionnements neurobiologiques du patient. L'approche intersubjective n'empêche pas la recherche de trouble ou de retard objectif dans les acquisitions psychomotrices, des symptômes de lésions neurologiques fonctionnelles ou anatomiques, d'anomalies du développement pubertaire, ou d'antécédents de souffrance fœtale, d'autisme dans la famille, ou de déficience mentale. Même si l'échange « médecin/malade » autour de ces sujets reste bien entendu dans le cadre de l'intersubjectivité, les informations obtenues pourront indiquer de poursuivre des investigations biologiques ou anatomiques, de réunir les symptômes en syndrome etc... Ces thématiques du développement de l'enfant et de son histoire sont une source majeure pour examiner les vécus de souffrances subjectives et les interactions parents-enfants.

L'intérêt porté par le clinicien à ces deux dimensions de la problématique du patient, de façon presque concomitante, est non seulement possible, mais peut être tout-à-fait nécessaire. L'art médical, en médecine du sujet, devrait-il d'ailleurs être autrement ?...

Enfin, concernant les démarches et choix thérapeutiques face à un patient, le pédopsychiatre pourrait là encore tenter d'avoir à sa disposition le plus grand nombre de possibilités sans se soucier de savoir si une thérapeutique exclut une autre par « incongruence théorique ». L'éthique médicale et le pragmatisme seront aussi le cadre de ses propositions ou prescriptions. Il serait bien réducteur, et même inepte qu'une prescription de neuroleptiques afin de réguler l'impulsivité et l'anxiété d'un adolescent implique de ne pas s'occuper de son histoire et de ne pas travailler sur le

sens de ses symptômes dans un démarche psychothérapique. Au contraire, une prescription de psychotropes chez un adolescent pourrait (devrait) être aussi réfléchié et indiquée, en plus des règles d'utilisations convenues, selon les représentations subjectives de ces médicaments ou de la maladie mentale dans une famille.

La pratique et l'histoire de la pédopsychiatrie a permis jusqu'à présent la coexistence, souvent dans un même lieu de soin, de démarches psychothérapiques individuelles, familiales ou de groupe, rééducatives, pédagogiques ou encore éducatives, démarches qui ne correspondent pas pourtant à une homogénéité théorique.

4..2.2.1.2 La recherche en pédopsychiatrie

Dans le champ de la recherche médicale, la problématique n'est plus celle du «sujet ». Il faut dépersonnaliser la problématique, la rendre comparable pour réaliser des comparaisons, déduire par la logique, moins par intuition ou ressenti. Psychanalyse et neurosciences pourraient avoir ici une rencontre plus difficile car le niveau de preuve n'a dans ces deux champs pas la même nature. Pourtant, dès que le chercheur en sciences médicales a obtenu des données, il doit chercher à les expliquer. Pour en déduire des éléments de pathogénèse ou favorisant un trouble, éléments sur lesquels il faudra agir. La psychanalyse peut elle, en face des neurosciences, ici aussi être d'un secours... peut-elle, dans ce cadre de la recherche scientifique permettre de comprendre mieux un phénomène ? Son modèle de compréhension peut-il être listé, posé à côté d'autres, notamment biologiques... ?

Nous avons réalisé une étude pour déterminer la prévalence de troubles mentaux majeurs chez les adolescents vivant en foyers sociaux dans le département des Bouches-du-Rhône (Bronsard et al., 2011). Cette étude a inclus 183 adolescents et nous avons pu comparer les taux de prévalence selon le genre. Il n'existe pas de différence significative entre filles et garçons concernant les troubles externalisés (trouble des conduites, et trouble hyperactivité avec déficit de l'attention). Ce résultat est une différence notable avec la population générale ou les troubles des conduites sont 3 fois plus fréquents chez les garçons, comme, mais dans une moindre mesure le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (Fombonne, 2005 ; Inserm, 2005). Cette absence de différence entre filles et garçons constitue une importante

spécificité de ce groupe considéré comme très vulnérable (Bamford and Wolkind, 1988 ; Burns et al., 2004).

Nous allons examiner succinctement les données scientifiques issues de différents modèles pouvant expliquer le développement de troubles externalisés, de conduites d'agression ou de la violence, chez l'adolescent, en mettant en avant les connaissances éclairant les différences retrouvées entre filles et garçons, afin de discuter son absence chez les adolescents vivant dans les foyers sociaux. Il faudra ensuite articuler ce déroulé de connaissances de champs théoriques variés, et envisager la place de la psychanalyse.

4.2.2.1.3 Apport des études dans le champ des neurosciences pour comprendre les troubles externalisés et les comportements violents

La recherche en neurobiologie ou en génétique des comportements pose de nombreux problèmes de méthode, notamment dans la définition objective des comportements à étudier. Elle se confronte à d'importants écueils épistémologiques lorsqu'il s'agit de construire des analogies entre les modèles animaux et l'humain, tellement la composante morale, juridique ou sociale est importante et spécifique chez l'humain (Inserm, 2005). Cependant comme, le signale Roubertoux (Roubertoux, 2004, p18), les processus cognitifs, les états de conscience, le raisonnement, la prise de décision, l'attention ont tous à faire avec le cerveau, son fonctionnement et des conditions neurochimiques de ce fonctionnement. L'influence de facteurs génétiques sur cet organe, va de soi, comme pour tous les autres organes du corps.

La recherche cherchant à expliquer les différences entre filles et garçons à l'adolescence concernant les comportements violents, transgressifs ou agités a produit beaucoup de données issues de la génétique ou de l'hormonologie, éléments biologiques correspondant à des différences objectives et évidentes entre filles et garçons.

Concernant les liens entre gènes et violence, les travaux de Connor (Roubertoux, 2004, pp216) montrent que la ressemblance familiale pour une aptitude à commettre des actes délictueux augmente en fonction de la « proximité génétique des cas

index ». En limitant le champ au cadre nosographique des troubles externalisés à partir d'études d'agrégabilité, de jumeaux ou d'enfants adoptés, l'expertise collective de l'Inserm sur le trouble des conduites (INSERM 2006) rapporte une héritabilité supérieure à 50%. Concernant la différence filles-garçons, de nombreuses recherches se sont orientées vers le chromosome Y qui fut longtemps considéré comme le substrat de la propension à commettre des actes agressifs (Roubertoux, 2004, p216). En 1965, une étude avait révélé la surreprésentation de caryotype XYY chez les prisonniers ayant commis des agressions physiques (Jacobs et al., 1965). L'idée d'une corrélation forte entre l'Y et les conduites d'agression a été ensuite très nuancée, avec des études récentes montrant l'absence de surreprésentation d'aberration du chromosome Y chez les criminels. Roubertoux retient cependant, à partir d'études chez la souris, un lien entre chromosome Y et agression (Roubertoux, 2004, p226). Mais le lien est très complexe et interactif avec d'autres gènes situés sur des autosomes. Le fait d'être génétiquement un garçon ne suffit pas à expliquer les différences de troubles externalisés.

Le lien supposé entre chromosome Y et violence était corrélé à celui supposé entre hormones mâles (testostérone en particulier) et violence (Roubertoux, 2004, p 216). Cependant les résultats concernant la corrélation entre testostérone et violence sont inconsistants chez l'humain (Ramirez, 2003), en particulier chez l'enfant et l'adolescent (van Bokhoven et al., 2006) et cette corrélation serait plutôt faible (Archer, 1991), alors que les preuves que la testostérone augmente les comportements agressifs chez de nombreuses espèces vertébrées sont importantes (Archer, 1988). Rowe et al. (2004) montrent que les taux élevés de testostérone seraient plus liés à la « dominance sociale » qu'à l'agression, et l'agression s'associerait à la dominance sociale selon le contexte social. Van Bokhoven et al (2006) montrent de même que les liens positifs entre testostérone et différentes formes de comportements agressifs dépendent du cadre social.

Ces éléments génétiques et hormonaux, qui sont à l'évidence une différence entre filles et garçons, ne seront donc pas contradictoires avec une absence de différence de prévalence des troubles externalisés selon le sexe, puisque les liens dépendent du contexte et du cadre social.

D'autres éléments issus des neurosciences contribuent à l'explication de troubles du comportement externalisés, comme le trouble des conduites. Les lésions cérébrales précoces (complications obstétricales, « baby shaken syndrome ») ainsi que l'exposition du fœtus à des substances psycho-actives comme la nicotine favoriseraient l'apparition de troubles des conduites (Inserm, 2006). Cependant ces éléments aussi ont une puissance modérée.

4.2.2.1.4 Données des champs psychopathologiques et environnementaux

Certaines données épidémiologiques ont orienté vers l'importance de l'environnement dans le développement des troubles externalisés ou des conduites d'agression. Les différences selon le sexe concernant les comportements en général sont faibles, absentes ou inversées selon les contextes (Zakriski, Whright, et Underwood, 2005). Les taux d'agressions et de délits ou crimes chez les femmes ont beaucoup augmenté ces dernières années de façon continue (Statistics Canada, 1999), et par exemple en Grande-Bretagne la proportion de femme impliquées dans des délits a doublé, s'est rapprochée de celle des hommes entre 1960 et 1970 et la proportion semble dépendre des communautés (Rutter, 1996). Ces dernières décennies, les recherches visant à expliquer les différences de genre pour les comportements sociaux se centrent volontiers sur le contexte (Zakriski et al., 2005).

Nous allons maintenant examiner quelques données scientifiques dans le champ de la psychopathologie et de l'interaction de l'individu avec l'environnement favorisant le développement de troubles externalisés ou de conduites d'agression pour mieux comprendre cette absence de différence de taux de troubles externalisés entre les filles et les garçons vivant dans des foyers sociaux.

Le dysfonctionnement familial sévère et durable est reconnu depuis longtemps comme un facteur associé au développement de troubles émotionnels et comportementaux (Dadds et Barrett, 1996 ; Cichetti et Toth, 1998). L'exposition pendant la petite enfance à de la violence intra-familiale favorise le développement des troubles externalisés, en particulier chez les filles (Becker et McCloskey, 2002). Les conflits intrafamiliaux perturbent les capacités de régulation émotionnelle chez l'enfant, ce qui le conduirait à réagir plus facilement par des conduites d'agression (Davies et Cummings, 1994). Ces environnements familiaux instables, favorisent aussi les attachements « non sécurés », mis en cause dans les comportements

agressifs (Bolwby, 1988). Ces facteurs familiaux sont corrélés aux pratiques éducatives inadéquates : les comportements agressifs à l'adolescence correspondrait plus à la persistance de comportements agressifs se développant de façon ordinaire pendant la petite enfance que l'enfant n'aurait pas appris à inhiber, plutôt que des comportements agressifs qu'il aurait appris (Tremblay et al., 2004 et 2008).

Dans un contexte familial dysfonctionnant de manière sévère et durable, favorisant le développement de troubles des conduites ou de conduites d'agression, les filles peuvent être exposées de la même manière que les garçons.

Enfin les approches contextuelles évoquent que les filles montrent moins de conduites d'agression que les garçons car elles sont moins « provoquées » ; elles sont d'ailleurs aussi agressives que les garçons lorsqu'elles le sont (Zakriski et al., 2005).

Nous pouvons maintenant avancer des hypothèses concernant l'absence de différence concernant les taux de troubles externalisés chez les garçons et les filles vivant en foyers sociaux. Cette population n'est pas comparable à la population générale. Les adolescents sont placés en foyers sociaux lorsqu'ils sont considérés en danger au sein de leur famille naturelle. Cet état de danger doit avoir été repéré par l'environnement naturel de l'enfant et de sa famille (école, voisinage, famille élargie) pour ensuite avoir été signalé. Il doit être donc suffisamment visible et prolongé. Il correspond le plus souvent à un dysfonctionnement familial sévère et durable.

Nous avons vu plus haut que filles et garçons exposés à ce genre de dysfonctionnements familiaux auront tendance à développer des troubles externalisés de même type, dans la petite enfance et que ces troubles ont tendance à persister à l'adolescence (Côté et al., 2002). Les filles repérées par les services sociaux puis placées ont vécu dans des contextes familiaux dysfonctionnant, les mettant en danger et leurs éventuels troubles du comportement ont pu être un signal visible, sous-entendant une préexistence de troubles du comportement avant l'arrivée en foyer.

De plus filles et garçons réagissent de façon assez similaire lorsqu'ils sont « provoqués ». Une ambiance de violence dans un foyer et la répétition d'actes d'agression dans la communauté des pairs augmentent et homogénéisent les comportements agressifs pour l'ensemble des adolescents vivant dans ce foyer.

Enfin, le poids des facteurs génétiques liés au chromosome Y est peu probant chez l'humain, et l'influence isolée des facteurs hormonaux liés au genre est faible et inconsistante. Ces éléments psychodynamiques et environnementaux, associés au faible poids attribué aux facteurs génétiques liés au chromosome Y et à l'influence des hormones mâles chez l'adolescent dans les conduites d'agression, peuvent expliquer l'absence de différence de taux de troubles externalisés entre filles et garçons vivant dans les foyers sociaux.

Les apports de théories psychanalytiques ne sont pas nécessaire pour arriver jusqu'à ce niveau explication du développement de troubles externalisés chez les filles vivant en foyer sociaux. Cependant la part importante faite aux enjeux inter-relationnels parents/enfants, à l'histoire des individus permet une voie d'accès des connaissances psychanalytiques, et une rencontre avec les données des neurosciences.

Concernant le développement de la violence chez les individus, les travaux anglais de Fonagy (Fonagy et Target,1995), à la suite de ceux de Winnicott (1956) et Bion (1962) montrent le risque produit par une situation où les parents ne peuvent penser l'expérience mentale de leur enfant, défavorisant la différenciation entre réalité et fantasme, entre réalité physique et psychique. Ces phénomènes favorisent une instrumentalité des affects et leur expression par des actions violentes contre leur corps ou celui des autres. Les liens entre trauma et psychogénèse de la violence ont été aussi bien étudiés par les psychanalystes, notamment lorsque le trauma est perpétré par une figure d'attachement (Fonagy et Target 1995 ; Fonagy et Target 1993).

Ces apports théoriques psychanalytiques sont utilisables directement pour analyser et comprendre des résultats d'études scientifiques. Les autres approches psychopathologiques, contextuelles, environnementales comme les neurosciences partagent ce même objectif.

Conclusion

Les données issues des neurosciences sont actuellement insuffisantes pour comprendre les troubles du comportement tant au niveau de la recherche que de la clinique. Elles sont cependant nombreuses, consistantes et utilisables au niveau des modèles de compréhension, et pour le cadre théorique qu'elles organisent pour la recherche en chimiothérapie. Ces modèles ne constituent pas un écueil à la coexistence des théories psychanalytiques ou d'autres approches contextuelles ou psychodynamiques, tant au niveau de la pratique d'une médecine du sujet que dans le champ de la recherche en pédopsychiatrie. Il faudra prêter garde à ce que la rencontre entre psychanalyse et neurosciences, ne produise pas une union excluant les autres approches contextuelles et les autres théories psychodynamiques. Celles-ci avaient su réaliser le rapprochement avec les neurosciences le plus souvent bien avant.



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Physiology - Paris

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jphysparis

Addressing, understanding and treating conduct disorders in adolescents through psychoanalysis and neuroscience: towards a disappearance of sex-differences

Guillaume Bronsard^{a,b,*}, Amine Benjelloun^c, Marcel Rufo^c, Marie-Claude Simeoni^b

^a Departmental Adolescent Home and Medico-Psycho-Pedagogic Center, Conseil Général des Bouches-du-Rhône, Marseille, France

^b Laboratory of Public Health (EA 3279), University of Medicine, Marseille, France

^c Department of Adolescent Psychiatry, University Hospital Savator, Marseille, France

ARTICLE INFO

Keywords:

Aggressive behavior
Conduct disorders
Gender differences
Child welfare system
Adolescent
Multidisciplinary

ABSTRACT

Based on our findings showing that female adolescents in resident group homes exhibit externalized disorders at the same rate as male adolescents, explanatory hypotheses are developed from neuroscience (genetics and endocrinology) and from psychoanalysis (psychopathological and environmental approach). In particular, the place of the psychoanalytic approach in improving our understanding of such results is discussed with regard first to the clinical context and then to the research context. This article underlines that both approaches in psychoanalysis and neuroscience can, and maybe have to/should, coexist in child psychiatry.

© 2010 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Managing the behavioral disorders in adolescents involved with the Child Welfare System requires experience in clinical practice and up-to-date knowledge of relevant research. This dual approach enables an understanding of the phenomena, symptoms, and behaviors of adolescents under clinician's care. This attempt to place a particular patient in a theoretical context is particularly useful when treating violent behaviors (real or supposed), which naturally preclude clinicians from keeping the required distance.

Understanding human behavior and its disorders is a daunting task, and our understanding continues to evolve. The corpus of knowledge on human behavior contains data from fields as diverse as genetics, psychoanalysis, ethology, neurobiology, sociology, and anthropology. All of these fields have made contributions to improving our understanding of human behavior, and hostility between the proponents of various approaches could reflect the discomfort associated with the lack of suitable explanatory models; these models seem built to target "the solution," a scientific discovery that would provide the explanation for a phenomenon. These oppositions between fields of knowledge can only be "defensive." Can these oppositions be reconciled within a clinical approach or in child psychiatry research? Could medical pragmatism and its code of ethics, requiring a full commitment to do

everything possible for the improvement of the condition of a suffering person, be a sufficient and sustainable force for reconciliation of these diverse fields of knowledge? The psychoanalytical and biological approaches take place in theoretical and ethical frameworks that are very different: how can these approaches coexist in a broadly clear model that would encompass the individual's subjectivity and phantasmatic projections taken into consideration by studies on aggressive behaviors in psychopathology but also the possible neuroendocrine basis and genetic heritability of conduct disorders?

In order to clarify this issue and to envision the potential connection between psychoanalysis and neuroscience, we tried to better understand the two different situations experienced by the physician and the therapist: the clinical situation and the research situation.

2. The clinical encounter in child psychiatry

When treating a patient, could the clinician first support these conceptual distortions and then use them to treat the patient and his or her disorders? When a patient brings a psychic symptom in consultation, especially for a behavioral problem, some approaches and practices may coexist. First, the analysis of his or her symptoms in the context of inter-subjectivity holds that this singular encounter between the patient and the clinician is a place in which this symptom is described in a unique way. In child and adolescent psychiatry, it is particularly useful to analyze the meaning of the symptom in the context of the patient's history, in terms

* Corresponding author. Address: CMPP D, 30 cours Liautaud, 13001 Marseille, France. Tel.: +33 6 17 99 88 65; fax: +33 4 96 11 02 09.

E-mail address: guillaume.bronsard@free.fr (G. Bronsard).

of the underlying conscious or unconscious issues that developed within a family dynamic or within an institution including secondary benefits. For instance, the exploration of the fantasy organization by the child or his parents can be used to analyze the symptoms. Provided that this procedure is done with patience and care, analysis enables the clinician to earn the patient's trust by leading the patient to consider his/her case in particular and to believe in the clinician's interest toward the specific patient's case specificity, as an "extreme personalization." Understanding symptoms in the context of the patient's history is an important way of contextualizing and making sense of a disease or a clinical fact. Working with the patient on "why" he/she is affected and his/her brother or neighbor is not, is part of the treatment process.

These approaches and procedures are largely derived from the psychoanalytic culture. They are not obstacles to further diagnosis and treatment of the patient's neurobiological dysfunctions. The inter-subjective approach does not prohibit further research on objective disorders or delays of psychomotor development, symptoms of functional or anatomical neurological lesions, abnormalities of pubertal development, or a history of fetal suffering or family history of autism or mental disability. Even if the doctor/patient exchange around these issues is well understood in the context of inter-subjectivity, the collected information may indicate a need for biological or anatomical investigations, gathering of the symptoms into syndromes, etc. These themes of child development are a major source from which to examine subjective experiences of pain and interactions between parents and children or clinicians and patients. The clinician's almost concomitant interest in both dimensions of the patient's problem is not only possible, but can be absolutely necessary.

Finally, with regard to the choice of therapeutic approaches, a child psychiatrist may try to keep the largest possible number of options available, regardless of whether one therapy excludes another for reasons of "theoretical incongruence." The medical ethical code and pragmatism are considered in making therapeutic propositions or prescriptions. It would be quite limiting and even unethical to solely prescribe a neuroleptic drug to regulate the impulsivity and anxiety of an adolescent without dealing with his/her history or the implication of the treatment on the meaning of his/her symptoms in a psychotherapeutic approach. On the contrary, a prescription of psychotropic drugs in adolescent could also be thoughtful and justifiable, in addition to the agreed-upon rules of usage, according to the subjective representations of these drugs or a history of mental illness in a family.

The practice and history of child psychiatry have so far enabled the coexistence, often in a single place of care, of individual, family and group psychotherapeutic approaches, rehabilitation, and pedagogical or educational psychotherapeutic approaches that do not yet correspond to a homogenous theoretical description.

3. Research in child psychiatry

From the perspective of medical research, the problem is not the patient and instead must be depersonalized and should be made abstract to perform comparisons and to deduce more logically and less by intuition or feeling. The researcher thus "loses touch" with the patient. Psychoanalysis and neuroscience could have a difficult encounter in this context as the levels of proof required in these two fields are qualitatively dissimilar. However, once a researcher specializing in the medical sciences has obtained data, he/she should try to explain those data to develop some hypotheses about pathogenic elements and to take action in addressing those elements. Is psychoanalysis able to provide answers or useful ideas relevant to the knowledge provided by the neuroscience in this context? Is psychoanalysis better able to

understand a phenomenon in the context of scientific research? Can its model of comprehension be listed alongside other models, particularly biological models?

A study was carried out to determine the prevalence of major mental disorders in adolescents (13–17 years old) living in residential group home in the county of Bouches-du-Rhone, France (Bronsard et al., 2008). This study included 183 adolescents, a large enough sample to permit comparison of the prevalence rates by gender. There was no significant difference between girls and boys with regard to the prevalence of externalized disorders, and more specifically with regard to the prevalence of conduct disorders (CD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). This finding is notable in comparison to the general population, where conduct disorders are three times more frequent in boys than in girls and ADHD is also more prevalent in boys, although to a lesser extent (Fombonne, 2005; INSERM, 2005). This lack of a difference in the prevalence of externalized disorders between girls and boys is a significant and specific data of this population considered very vulnerable (Bamford and Wolkind, 1988; Burns et al., 2004).

We will briefly review the scientific data that might explain the development of externalized disorders, aggression, or violence in youth, highlighting knowledge about differences between girls and boys to discuss the absence of a gender difference in the development of externalized disorder in youths living in residential group homes. Then, we will proceed with a deeper articulation of this knowledge from the perspectives of different fields, including psychoanalysis.

3.1. Contribution of neuroscience research to a better understanding of externalized disorders and aggressive behavior

Research in neurobiology and behavioral genetics entails numerous methodological problems, in particular regarding the objective definition of the behavior to be studied. This research also faces important epistemological pitfalls in drawing analogies between animal and human models because the legal or social moral component is significant and specific in the context of human behaviors (INSERM, 2005). However, as Roubertoux (2004) underlines, cognitive processes, states of consciousness, reasoning, decision-making, and attention are all related to the functioning and neurochemical conditions of the brain. Genetic factors affect the brain, just as they affect the other organs of the body. Research trying to explain differences between girls and boys in terms of violent or agitated behaviors and transgressions based on genetics and endocrinology has produced a large body of data concerning the biological contributions to the evident and objective differences between girls and boys.

Regarding the associations between genes and aggression, Rutter (1996) reported that the family resemblance in the propensity to commit crimes increases according to the "genetic proximity of index cases." By limiting the scope to the nosographic framework of externalized disorders (CD and ADHD) and to aggregation studies of twins or adopted children, an INSERM review of conduct disorders has reported (INSERM, 2005) a heritability rate greater than 50%. Regarding gender differences, many researchers have historically targeted the Y chromosome, which was considered the substrate of the propensity to commit aggressive acts (Roubertoux, 2004). In 1965, Jacobs reported the overrepresentation of the XYY karyotype in prisoners who had committed physical assaults. The idea of a strong correlation between the Y chromosome and aggressive behaviors has since been undermined, with more recent studies failing to find an overrepresentation of the Y chromosome in criminals. Roubertoux (2004) provides further evidence for an association between the Y chromosome and aggression in mice, but the relationship is very complex and the Y chromosome effect is in interaction with other genes located on autosomes. Thus, a Y

chromosome effect can not explain by itself gender differences observed in the rate of externalized disorders.

In addition, relationships between male hormones (in particular, testosterone) and aggression have been investigated. The results concerning correlations between testosterone and aggression are inconsistent in humans (Ramirez, 2003), in particular in children and youths (Van Bokhoven et al., 2006), and this correlation might be rather low overall (Archer, 1991). However, studies have confirmed that testosterone increases aggressive behaviors in many vertebrate species (Archer, 1988). Rowe et al. (2004) showed that high concentrations of testosterone are more related to "social dominance" than to aggression, and aggression may be associated with social dominance according to the social context. Van Bokhoven et al. (2006) also found positive associations between testosterone and different forms of aggressive behaviors depending on the social environment.

Thus, the evident genetic and hormonal differences between girls and boys are not in contradiction with the lack of difference in the prevalence of externalized behavioral disorders by gender among the adolescents of our study, given that the relationships between these factors and aggression depend on the context. Other neuroscience findings might also contribute to the development of externalized behavioral disorders such as conduct disorder. Early brain lesions (caused by obstetric complications or shaken baby syndrome), as well as fetal exposure to psychoactive substances such as nicotine, may favor the emergence of behavioral disorders (INSERM, 2005). However, these elements have moderate impacts.

3.2. Psychopathological and environmental field data

Some epidemiological data have pointed to the importance of the environment in the development of externalized disorders or aggressive behavior. Gender differences in behavior depend on the context (Zakrisky et al., 2005). Rates of aggression and crime in women have increased substantially and continuously in recent years (Statscan, 1999). For instance, the percentage of women in Great Britain involved in offences doubled from 1960 to 1970, coming closer to the men's ratio, and appears to be community dependent (Rutter, 1996). In recent decades, researchers aiming to explain the gender differences in social behaviors have given increasing attention to context (Zakrisky et al., 2005).

We will now examine, in order to better understand our data, some results from the field of psychopathology and environmental influences on factors leading to a possible vulnerability to develop externalized disorders or aggressive behavior.

An association has long been recognized between severe and long-term family dysfunction and the development of emotional and behavioral disorders (Dadds and Barrett, 1996; Cicchetti and Toth, 1998). Exposure to domestic violence in early childhood contributes to ADHD and CD, particularly in girls (Becker and McCloskey, 2002). Intra-family conflicts disrupt emotional regulation abilities in children and lead children to react more readily with aggressive behavior (Davies and Cummings, 1994). These unstable family environments also contribute to the "nonsecure" attachment reported in children displaying aggressive behaviors (Bowlby, 1988). These family factors are correlated with inadequate educational practices. Aggressive behaviors during adolescence often correspond to the persistence of aggressive behaviors developed during early childhood that the child has not learned to inhibit, rather than to aggressive behaviors that the child has learned (Tremblay et al., 2004; Tremblay, 2008). In the context of a severe and long-term dysfunctional family environment leading to the development of conduct disorder or aggressive behavior, girls seem to be as much at risk as boys. However, contextual approaches showed that girls are likely to manifest less aggressive behavior than boys as they are less easily "provoked," although

they can be as aggressive as boys when they are provoked (Zakrisky et al., 2005).

Based on this discussion, we can propose several hypotheses regarding the absence of a difference observed in the rates of externalized disorders in boys and girls living in welfare residential group homes. This population cannot be compared to the general population, because youths are placed in group homes when they are considered to be at risk within their natural families. This dangerous situation has to be noticed by the child's and his family's community (school officials, neighbors, extended family) before being reported, so it must therefore be of a noticeable and long-term nature, such that these children often come from families with severe and long-term dysfunction. We mentioned earlier that boys and girls experiencing this kind of dysfunctional family environment will tend to develop externalized disorders during childhood, and these disorders tend to persist during adolescence (Côté et al., 2002). Girls identified as being at risk by social services and placed in group homes have thus lived within dysfunctional family contexts, and their eventual behavioral disorders are clearly a visible signal of pre-existing behavioral disorders developed prior to their arrival at the group home. Moreover, girls and boys show quite similar reactions when they are "provoked." An atmosphere of violence within a group home and the recurrence of acts of aggression within the peer community increase and homogenize aggressive behaviors for all youths living in the same home. Finally, the effect of genetic factors (related to the Y chromosome) on aggressive behavior is complex and interacts with non-genetic risk factors. In addition, the isolated influence of gender-related hormonal factors, such as male hormones, is low and inconsistent. Given these minor and inconsistent effect of biological factors, the psychodynamic and environmental factors shared by boys and girls may explain mainly the absence of a difference in rates of externalized disorders between girls and boys living in residential group homes.

Psychoanalytic theories are not necessary to explain the development of externalized behaviors in girls living in group homes at this level. However, the important roles of parent-child relational issues and of the individuals' histories create an opening for a psychoanalytic approach to make a contribution alongside neuroscience data. The work of Fonagy (Fonagy and Target, 1995) on the development of violence, following those of Winnicott (1956) and Bion (1962), show the risk created by a situation in which the parents cannot conceptualize their child's mental experience, namely the differentiations between reality and fantasy and between physical and psychological reality. These phenomena contribute to an instrumentality of the child's affect and its expression by violent behaviors against herself or others. Psychoanalysts have also studied the links between trauma and the psychogenesis of violence, in particular when the trauma is perpetrated by an attachment figure (Fonagy and Target, 1995; Fonagy et al., 1993). These psychoanalytic theoretical contributions provide a better understanding of human behavior and related disorders, and they complement the data described above.

4. Conclusions

Further research in neuroscience is currently necessary but appears not to be sufficient to understand only by itself behavioral disorders in both research and clinical contexts. The biological models can benefit from the contributions of psychoanalytic theories or other contextual and environmental approaches, both at the level of clinical care and in the field of child psychiatry research. Caution will be necessary to ensure that new collaborations between psychoanalysis and neuroscience do not exclude other approaches, such as the contextual approach, that have previously

worked towards an integrated environmental and biological approach.

References

- Archer, J., 1988. *The Behavioral Biology of Aggression*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Archer, J., 1991. The influence of testosterone on human aggression. *Br. J. Psychol.* 82, 1–28.
- Bamford, F., Wolkind, S.N., 1988. *The Physical and Mental Health of Children in Care: Research Needs*. Economic and Research Council, London.
- Becker, K.B., McCloskey, L.A., 2002. Attention and conduct problems in children exposed to family violence. *Am. J. Orthopsychiatry* 72, 83–91.
- Bion, W.R., 1962. *Learning from Experience*. Heinemann, London.
- Bowlby, J., 1988. *A Secure Base*. Basic Books, New York.
- Bronsard, G., Simeoni, M.C., Campredon, S., Auquier, P., Lancon, C., 2008. Prevalence des troubles mentaux chez les adolescents des foyers socio-éducatifs. Rapport d'Etude DRESS, France.
- Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., 2004. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry* 43, 960–970.
- Cicchetti, D., Toth, S.L., 1998. The development of depression in children and adolescents. *Am. Psychol.* 53, 221–241.
- Côté, S., Tremblay, R.E., Nagin, D.S., Zoccolillo, M., Vitaro, F., 2002. Childhood behavioral profiles leading to adolescent conduct disorder: risk trajectories for boys and girls. *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry* 41, 1086–1094.
- Dadds, M.R., Barrett, P.M., 1996. Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Behav. Change* 13, 231–239.
- Davies, P.T., Cummings, E.M., 1994. Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychol. Bull.* 116, 387–411.
- Fombonne, E., 2005. *Epidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie* 2, 169–194.
- Fonagy, P., Moran, G.S., Target, M., 1993. Aggression and the psychological self. *Int. J. Psychoanal.* 74, 471–485.
- Fonagy, P., Target, M., 1995. Towards understanding violence. The use of the body and the role of the father. *Int. J. Psychoanal.* 76, 487–502.
- INSERM, Epertise collective, 2005. *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Les éditions Inserm, Paris.
- Jacobs, P.A., Brunton, M., Melville, M.M., Brittain, R.P., McClelland, W.F., 1965. Aggressive behavior, mental sub-normality and the XYY male. *Nature* 208, 1351–1352.
- Ramirez, J.M., 2003. Hormones and aggression in childhood and adolescence. *Aggress. Violent Behav.* 8, 621–644.
- Roubertoux, P., 2004. Existe-t-il des gènes du comportement? Odile Jacob, Paris.
- Rowe, R., Maughan, B., Worthman, C.M., Costello, E.J., Angold, A., 2004. Testosterone, antisocial behavior, and social dominance in boys: pubertal development and biosocial interaction. *Biol. Psychiatry* 55, 546–552.
- Statistics Canada, 1999. *The Daily, Youth Justice Statistics*. The author, Ottawa, ON.
- Rutter, M., 1996. In: *Introduction: Concepts of Antisocial Behavior, of Cause, and of Genetics Influences in Ciba Foundation Symposium 194. Genetics of Criminal and Antisocial Behavior*. Chichester, pp. 1–20.
- Tremblay, R.E., Nagin, D.S., Séguin, J.R., Zoccolillo, M., Zelazo, P.D., Boivin, M., Pérusse, D., Japel, C., 2004. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* 114 (1), e43–e50.
- Tremblay, R.E., 2008. Understanding development and prevention of chronic physical aggression: towards experimental epigenetic studies. *Philos. Trans. R. Soc. B – Biol. Sci.*
- Van Bokhoven, I., Van Goozen, S.H.M., Van Engeland, H., Schaal, B., Arseneault, L., Séguin, J.R., Assaad, J.M., Nagin, D., Vitaro, F., Tremblay, R.E., 2006. Salivary testosterone and aggression, delinquency, and social dominance in a population-based longitudinal study of adolescent males. *Horm. Behav.* 50, 118–125.
- Winnicott, D.W., 1956. Mirror role of mother and family in child development. In: Winnicott, D.W. (Ed.), *Playing and Reality*. Tavistock, London, pp. 111–118.
- Zakrisky, A.L., Wright, J.C., Underwood, M.K., 2005. Gender similarities and differences in children's social behavior: finding personality in contextualized patterns of adaptation. *J. Pers. Soc. Psychol.* 88 (5), 844–855.

Une telle présentation multidimensionnelle des modèles explicatifs de données produites par notre étude de prévalence, devrait faciliter la rencontre des différents professionnels, qui se réfèrent (ou souhaitent se référer) généralement volontiers à des modèles théoriques jugés différents et peu compatibles. L'effort principal de ce travail apparaît en effet dans l'agencement et l'articulation de différentes références théoriques qui contribuent de façon concomitante et non contradictoire à une partie de la compréhension d'un phénomène, et à l'élaboration de réponses ou traitements associés.

La constitution d'une démarche interprofessionnelle et multidisciplinaire est pour le sujet des « troubles mentaux chez les adolescents placés » tout-à-fait nécessaire et attendue. Mais la multidisciplinarité ne se décrète pas. Elle se construit et s'entretient, par des rencontres régulières pour s'occuper d'un cas, par des résolutions répétées de conflits, mais aussi par le développement de connaissances partageables, que l'on peut travailler en commun.

Les 4 articles inclus dans ce travail constituent un support de formation pour les professionnels directement impliqués dans la démarche de la recherche. Pour agir comme levier renforçant le travail interdisciplinaire, ils seront exploités au mieux au cours de séances d'enseignement regroupant les différents acteurs impliqués dans le suivi des adolescents. De façon optimale un programme d'enseignement multidisciplinaire au sujet de la pathologie mentale des enfants placés pourrait être construit et développé de façon concomitante à la démarche de recherche. Et constituer ainsi une véritable démarche de Recherche-Action-Formation.

4.3 Projets de dispositifs spécifiques ou dédiés à la santé mentale des enfants placés

Les résultats de notre étude de prévalence des troubles mentaux et de la Qualité de Vie chez les adolescents vivant dans les foyers sociaux, permettent aussi d'envisager de nouveaux modèles de dispositifs de soin et de prévention adaptés à cette population spécifique. Nous avons en effet montré à la fois une très grande vulnérabilité au développement de certains troubles mentaux mais aussi la difficulté de saisir les plaintes de ces adolescents exprimant un « bien-être physique et psychologique » de même niveau que la population générale qui présente pourtant cinq fois moins de troubles et de tentatives de suicide. Nous avons aussi établi que malgré des prévalences très élevées de troubles mentaux et de tentatives de suicide, les dispositifs de soin et d'accueil sont peu adaptés et utilisés.

La constitution d'espaces formalisés pour l'articulation de la pédopsychiatrie et du travail socio-éducatif, associée à la démarche de Recherche-Action-Formation sur un long terme, devrait améliorer le repérage des troubles et l'organisation de leur traitement. Mais nous devons aussi envisager la modification ou la création de dispositifs de prises en charge spécifiques et dédiés à la santé mentale de ces adolescents, qui pour le seul département des Bouches-du-Rhône sont près de 1000. Près de 20% d'entre eux présentent des troubles du spectre psychotique et 5% une très haute co-morbidité, incluant des troubles du spectre psychotique (Bronsard et al, 2011).

Il s'agit donc de faciliter l'accès et la mise en place de soins médico-psychologiques pour les adolescents vivant en foyers. Plusieurs pistes, non contradictoires, existent. L'opération la plus simple conceptuellement est d'installer du personnel soignant, permanent, au sein de tous les foyers, coordonnés et dirigés par un pédopsychiatre. Les modalités administratives peuvent être variées, ou mixtes par des rattachements de personnel, ou des détachements depuis des structures soignantes existantes, ou encore par une augmentation de moyens soignants spécifiques fournis directement par les dispositifs sociaux, qui emploient déjà infirmières, médecins et psychologues.

Inversement, des détachements de moyens de suivi et d'hébergement socio-éducatif vers des dispositifs de soins sont aussi imaginables. Les choix seront influencés par les réalités locales, historiques, coutumières et politiques.

4.3.1 Situations cliniques nécessitant des moyens spécifiques mixtes

Nous pouvons isoler trois types de situations cliniques d'adolescents vivant en foyers sociaux, nécessitant des moyens et dispositifs spécifiques.

1/ Pathologies mentales de gravité légère ou moyenne, avec intégration, au moins partielle, en milieu ordinaire possible

Il s'agit des situations les plus fréquentes. Les besoins médico-psychologiques des adolescents doivent être établis, par un ou plusieurs examens cliniques individuels, nécessitant des cliniciens formés aux spécificités des enfants placés et des mesures de placement. Les professionnels de proximité doivent alors organiser le suivi régulier, dans des centres de soins de droit commun eux-mêmes familiarisés avec la problématique spécifique des adolescents placés ; lorsque cela n'est pas possible, le soin devra être organisé au sein même du foyer, par des moyens dédiés comme des équipes mobiles, ou du personnel dévolu sur site.

Les professionnels des foyers seront utilement intégrés aux différentes étapes du traitement individuel ou de groupe. Leur participation doit être cependant partielle et adaptée à chaque situation.

La place des parents dans l'organisation des soins n'ira ici pas de soi, les adolescents étant placés pour des mises en danger, notamment par violences ou abus dans le foyer familial. Les dispositifs de soins devront inclure cette particularité.

2/ Hospitalisations pour situations de crise

Lorsque des crises psychiques surviennent, à expression auto- et/ou hétéro-agressive, le recours à l'hospitalisation d'urgence est attendu par les dispositifs d'hébergement. L'état de placement de l'adolescent à hospitaliser implique des précautions spécifiques et modifications des pratiques. La place des parents, habituelle dans les hospitalisations, sera là aussi plus difficile à organiser. Les éducateurs du foyer auront (et doivent avoir) ici une place déterminante qui demandera une attention et des précautions particulières, notamment lorsqu'ils seront impliqués personnellement dans des actes de violences survenus au foyer.

Le temps, généralement court (1 à 3 jours), de l'hospitalisation pour une « crise » devra permettre la préparation du retour au foyer. Elle sera faite par des rencontres

entre les soignants et les éducateurs. Les dispositifs de crises seront utilement équipés d'unités mobiles, permettant un retour progressif vers le foyer.

Enfin, l'unité de crise doit savoir solliciter efficacement le réseau des lieux d'hébergements sociaux ou médico-sociaux proches ou éloignés, lorsque le retour en foyer ne sera possible qu'à moyen terme.

Sans ces précautions et moyens spécifiques, le risque de renvois brutaux et multiples entre dispositifs de soins et lieux d'hébergement est important.

3/ Pathologies sévères et chroniques

Un nombre non négligeable d'adolescents vivant en foyers présente des troubles mentaux multiples, sévères et durables. Lorsque ces troubles sont associés ou s'expriment par des comportements violents, l'intégration en milieu ordinaire, en particulier l'école, n'est pas possible et ne doit pas l'être pour préserver l'adolescent des réactions de rejet. Les services sociaux ont alors tendance à demander des hospitalisations temps plein de longue durée. La pathologie mentale, même avérée et chronique n'élimine pas par contre chez ces adolescents leur besoin de protection sociale, ni les obligations des services de l'ASE à qui l'adolescent a été confié. Il en est de même pour la scolarité. Ces adolescents relèvent à la fois du champ médico-psychiatrique, des dispositifs de protection de l'enfance et de la scolarité. Mais aucun des champs ne peut gérer la situation sans les deux autres, et une articulation externe et interinstitutionnelle entre ces trois champs peut ne pas être suffisante, correspondant aux limites, au moins momentanées de l'intégration en milieu ordinaire.

La solution optimale est alors la constitution de dispositifs mixtes et unifiés, socio-médico-psycho-pédagogique, capables de l'offre globale, concomitante et sur une longue durée, pouvant si nécessaire fonctionner en isolement temporaire. En effet, certaines situations nécessitent des suivis et traitements de longue durée, sans possibilité d'intégration même partielle en milieu ordinaire. De tels dispositifs doivent pouvoir assurer la prise en charge globale le temps nécessaire, parfois de plusieurs mois. Par contre, dès que la nécessité d'isolement diminue, les articulations avec d'autres dispositifs extérieurs doivent devenir possibles à nouveau.

Ces projets vont à l'encontre des mouvements de « désinstitutionnalisation » de la pédopsychiatrie débutée il y a plus de 40 ans, des politiques « d'inclusion » scolaire pour le handicap renforcées intensément ces dix dernières années, et de la tendance à la limitation maximale des placements « hors de chez soi » qui existe dans les lois de protection de l'enfance depuis plus de 30 ans. Ces projets d'institutions mixtes, unifiées et autonomes, correspondent justement à la compensation des excès des politiques et idéologies de l' « ouverture » des institutions spécialisées vers le monde ordinaire. L'« ouverture » institutionnelle est en général corrélée à une rhétorique très positive, autour de la liberté et de la libération des individus, de la rencontre des autres, de la création et de la découverte qui seraient *nécessairement* favorables aux personnes.

Mais l' « ouverture » permanente ou non régulée peut aussi diminuer la force protectrice des institutions dont certains enfants (et parfois certains professionnels) ont un besoin majeur, sans qu'ils puissent la trouver ailleurs, auprès de la société civile ou de leurs parents.

Les enfants malades, n'ayant pas de parents capables de les protéger, ont besoin d'institutions qui le soient, pouvant s'occuper d'eux de façon globale, autant que nécessaire.

Les données de notre étude favorisent une réforme de la collaboration de la pédopsychiatrie et de la protection de l'enfance. Par la création d'espaces tiers de rencontre, par le développement de démarches de Recherche-Action-Formation, et la création de dispositifs mixtes d'hébergements et de soin. Ces trois éléments de la pratique professionnelle et surtout interprofessionnelle doivent être concomitants, en lien, et durables.

Conclusion

Les adolescents vivant en foyer, sont plus « malades » que ceux qui n'y vivent pas. Bien plus. Les adolescents vivant en foyer sont moins bien soignés que ceux qui n'y vivent pas. Voici deux affirmations brutales et simples, presque grossières. La première était facile à anticiper puisque les enfants sont placés en dehors de leur famille pour des raisons indiscutablement et très anciennement reconnues comme facteurs de risque au développement des troubles mentaux. La deuxième pouvait aussi assez facilement être pressentie. D'abord parce que la place des parents dans l'accompagnement au soin est profondément modifiée. Mais aussi parce que ces adolescents tiennent les professionnels nombreux et variés qui s'occupent (ou devraient s'occuper) d'eux, dans un paradoxe affectif mêlant crainte et compassion en lien avec les violences subies et les violences agies, réelles ou supposées.

Notre travail au sujet de cette population spécifique et de ses troubles, pose que ces éléments ne sont pas une caricature intuitive, ni même une impression liée à l'expérience cent fois renouvelée, mais sont des faits démontrés. Nous avons étudiés 183 adolescents vivant en foyers sociaux et avons pu mesurer la prévalence des troubles mentaux majeurs. Le taux atteint 50%, le dépasse très largement chez les filles, et 20% d'entre eux ont fait une tentative de suicide. Ces chiffres sont cinq fois plus élevés qu'en population générale. Ils sont les premiers en France et correspondent à ce qui a été mesuré dans d'autres pays. L'étude de la « qualité de vie » de ces adolescents placés montre une franche dégradation, mais aussi qu'ils ne se plaignent pas de façon habituelle, expriment « bien-être » lorsqu'on leur demande, et que plus de la moitié d'entre eux n'ont rencontré ni psychologue ni psychiatre, présents pourtant dans tous les foyers.

Pour initier un suivi et un soin, il faut en effet une demande ou un besoin, repéré et compris par les professionnels qui s'occupent d'eux au quotidien. Il faut aussi que ces professionnels de proximité sachent trouver des collègues du « soin psychique » éclairés et préparés au sujet, et aux articulations interprofessionnelles ici bien spécifiques. Il faut en définitive qu'il existe des dispositifs capables d'organiser la co-existence opérationnelle des champs socio-éducatif et médico-psychologique.

La pédopsychiatrie a puisé auprès des enfants séparés de leurs parents des modèles très productifs de théorisation psychopathologique et développementale ; elle a même fondé son premier service clinique dans un foyer pour adolescents « recueillis », bien avant qu'un hôpital accepte la spécialité dans ses murs. La pédopsychiatrie peut se souvenir de son passé, et relancer ses intentions les plus actives vers ceux qui ont besoin d'elle et qui ne savent pas le dire. Relancer ses intentions malgré le bruit et quelques confusions éthiques, cliniques ou institutionnelles. Elle doit pouvoir contribuer à éviter les positions subtiles et faussement bienveillantes des renvois à distance des situations par les professionnels, argumentés, avec plus ou moins d'affectivité, par l'évidence qu'il s'agit là d'un travail pour une autre spécialité.

Nous proposons que la démarche de recherche, notamment en épidémiologie pédopsychiatrique, soit une amorce à cette collaboration pour des acteurs accordés au moins sur quelques questions, à résoudre pour une meilleure description et compréhension des situations dont ils s'occupent. Cette démarche de recherche doit être construite sur le terrain, et y vivre un long moment pour espérer une rencontre des différents professionnels consistante, préalable irréductible à la collaboration fonctionnelle.

La pédopsychiatrie doit savoir ouvrir et coordonner un espace propice au soin pour les adolescents placés, même agités, permettant une collaboration interprofessionnelle contenue, et capable de traiter des crises individuelles ou institutionnelles, telles qu'elles se présentent. Pour être efficace et rassurant. Pour éviter le développement de dispositifs et de systèmes chaotiques et instables, bien vite similaires à la vie familiale de ces enfants, qui devraient bien finir par penser qu'ils induisent eux-mêmes ces états toujours disharmonieux autour d'eux.

La pédopsychiatrie est capable à la fois de contenir par la rigueur et le sérieux de la démarche scientifique, et de flâner dans des espaces en friche, bourrés de subjectivités, d'approximations pourtant travaillées, d'affectivités et d'histoires, qui seules permettent l'espoir et l'envie. Bref de l'art médical vivant entre la science et les humanités, pour une population qui ne profite guère ni de l'une ni des autres...

Références

Achenbach TM (1991a) Manual for the Child Behavior Checklist 4–18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington,VT

Achenbach TM (1991b) Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington,VT

Achenbach TM (1991c) Manual for the Youth Self-Report. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington,VT

Ainsworth M (1961), Les répercussions de la carence maternelle : faits observés, controverses dans la stratégie de recherche, *La carence de soins maternels réévaluation de ses effets*, OMS, Genève, Cahiers de l'OMS, 95-168.

Akister, J., Owens, M. & Goodyer, I. (2010). Leaving care and mental health : outcomes for children in out-of-home care during the transition to adulthood. *Health Research Policy and Systems*, 8,10

American Psychiatric Association 1987. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed, rev). Washington, DC : Author,

American Psychiatric Association 1994: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington, DC : Author

Anctil T, McCubbina L, O'Brien K, Pecora P, Anderson-Harumi C (2007). Predictors of adult quality of life for foster care alumni with physical and/or psychiatric disabilities *Child Abuse&Neglect*, 31,1087–1100.

Angold A, Costello J (2000) The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,39, 39-48.

Archer J (1988). *The Behavioral Biology of Aggression*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Archer J (1991) The influence of Testosterone on human aggression. *British Journal of Psychology*, 82, 1-28.

Arveiller J (2006) Adolescence, médecine et psychiatrie au XIXe siècle, L'évolution psychiatrique ,71, 195–221

Arveiller J (2011) Le syndrome de Tardieu. Maltraitance des enfants, médecine légale et psychiatrie au XIXème siècle. *L'évolution psychiatrique*, 76, 219-243

Auquier P, Simeoni MC, Robitail S (2006), Mesurer la qualité de vie : effet de mode ou véritable critère de jugement ? *Revue Neurologique*, 162, 508–514

Bailleau G, Trespeux F(2008) Les bénéficiaires de l'aide sociale des départements en 2006. Document de travail, Série statistiques, DREES N°122.

Bamford F, Wolkind SN (1988). *The physical and mental health of children in care: research needs*. London: Economic and Research Council

Bardet JP, Faron O (1998) Des enfants sans enfance : sur les abandonnés de l'époque moderne in *Histoire de l'enfance en occident, du 18° à nos jours, tome II*, Le Seuil, Paris

Barbier R (1996). *La recherche action*. Economica. Collection Anthropos. Paris

Beck, F., Guilbert, P. & Gautier, A (2007). Baromètre santé 2005. In: *Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES. coll. Baromètres Santé.

Becker, K.B. and McCloskey L.A. (2002). Attention and conduct problems in children exposed to family violence. *American Journal Orthopsychiatry*,72, 83-91

Belloch A, Perpiñá M, Martínez-Moragón E, de Diego A, Martínez-Francés M (2003). Gender differences in health-related quality of life among patients with asthma. *Journal of Asthma*. 40(8), 945-53

Berger M (2001), Pourquoi est-il si difficile de penser le soin des jeunes extrêmement violents ? Cahiers de psychologie clinique, 17, 215-229.

Berger M (2002) L'échec de la protection de l'enfance ou l'impossible changement. Devenir, 14, 3, 197-238

Berger M (2003) *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris. Dunod.

Berger M (2005), Ces enfants qu'on sacrifie au nom de la protection de l'enfance. Paris. Dunod.

Berger M (2006), La spécificité du travail clinique en protection de l'enfance. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 54, 137-141

Berger M (2010) Loi de mars 2007 réformant la Protection de l'Enfance. Un texte sans référence à la clinique, une occasion manquée. Psychiatrie française, 77-96

Berger M (2011) *Les séparations thérapeutiques*. Collection: Enfances, Dunod 2ème édition. Paris

Bergeron L, Valla JP, Breton JJ (1992) Pilot study for the Quebec Mental Health Survey. Part I. measurement of prevalence estimates among six to 14 years olds. Canadian Journal of Psychiatry, 37,374-380

Bernard C (1974). Lettres à madame R. Saint-Julien-en-Beaujolais ; 1869-1878, Jacqueline Sonolet et fondation Mérieux

Bienne M, (2004). « Les enfants terribles », La psychiatrie infantile au secours de la famille : la consultation du professeur Georges Heuyer en 1950. Revue d'Histoire de l'Enfance Inadapté, 6, 69-87, <http://rhei.revues.org/document737.html>.

Bion, W.R. (1962). Learning from Experience. London : Heinemann.

Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U., Abel, T. & Ravens-Sieberer, U. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *International Journal of Public Health*. 50(5), 281-91

Bizouard P (2006). Entretien avec le professeur Paul Bizouard . *Enfances & Psy*,30, 151-160.

Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L. & Towlson, K. (2004). Mental Health of 'Looked After' Children: A Needs Assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 117-129

Van Bokhoven I, van Goozen SHM., van Engeland H, Schaal, B Arseneault L, Séguin JR, Assaad JM, Nagin D, Vitaro F, Tremblay RE (2006). Salivary testosterone and aggression, delinquency, and social dominance in a population-based longitudinal study of adolescent males. *Hormon and Behavior*, 50, 118-125.

Bonnet M (2010) *Anthropologie d'une service de cancéralogie pédiatrique*. L'harmattan, Paris ;

Bowlby J (1944), Fourty-four juvenile thieves : Their characters and home-life, *International Journal of psychoanalytic*, 25, 19-53 et 107-128 ; trad. franç. Quarante-quatre jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale, *La Psychiatrie de l'enfant*, 2006, 49 (1), 7-123

Bowlby J (1951), *Soins maternels et santé mentale*, Genève, OMS

Bowlby, J. (1988), *A secure Base*. Basic Books, New York.

Braconnier A (2001), Entretien avec Michel Soulé, *Le Carnet PSY*, 68, 29-33

Braesco M (2006), Histoire de la médicalisation du Centre Hospitalier Théophile Rousel, *L'évolution psychiatrique* 71, 348–366

Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Berthume C, Saint Georges M (1998). Diagnostic interview schedule for children (DISC 2.25) in Quebec: Reliability findings in the light of MECA study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1167–1174.

Breton JJ, Bergeron L, Valla JP et al (1999) Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 40(3), 375–384

Brice, L., Weiss, R., Wei, Y. et al. (2011). Health-related quality of life (HRQoL): the impact of medical and demographic variables upon pediatric recipients of hematopoietic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer*. 15, 1179-85

Bronsard G, Simeoni MC, Campredon S, Auquier P, Lancon C (2008) Prévalence des troubles mentaux chez les adolescents des foyers socio-éducatifs. Rapport d'Etude DRESS.

Bronsard G, Botbol M, Tordjman S (2010)a Aggression in Low Functioning Children and Adolescents with Autistic Disorder. *PLoS ONE*, 5, e14358.

Bronsard G, Benjelloun A, Rufo M, Simeoni MC (2010)b Addressing, understanding and treating conduct disorders in adolescents through psychoanalysis and neuroscience: towards a disappearance of sex-differences. *Journal of Physiology-Paris*, 104, 253-6

Bronsard G, Bruneau N, Rufo M (2011)a, MDA... précautions d'emploi. *Gestions Hospitalières*, 511, 659-663

Bronsard G, Benjelloun A, Paris Y, Renaudier B, Rufo M, Siméoni MC (2011)b Les Maisons de l'adolescent ont-elles une place spécifique dans le traitement de la violence ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 99–102

Bronsard G, Lançon C, Loundou A, Auquier P, Rufo M, Simeoni MC (2011)c. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential

group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33, 1886-1890

Browne K, Hamilton-Giachritsis C, Johnson R, et al. (2006). Overuse of institutional care for children in Europe. *British Medical Journal*, 322, 485-487

Buist-Bouwman MA, Ormel J, De Graaf R et al. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2008) Psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule used in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17,185-97.

Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR (2004) Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960 –970.

Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, et al. (2004). DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 85–93.

Carbone J, Sawyer M, Searle A, Robinson P (2007) The health-related quality of life of children and adolescents in home-based foster care. *Quality of Life Research*, 16, 1157–1166

Célline LF (1977) *Semmelweis et autres écrits médicaux*. Textes réunis et présentés par Jean-Pierre Dauphine et Henri Godard. Les cahiers de la NRF. Editions Gallimard. Croissy-Beaubourg.

Chambers W, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA (1985) The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview: test-retest reliability of the K-SADS-P. *Archive of General Psychiatry*, 42,606-702.

Choquet M, Ledoux S (1994) *Adolescents : enquête nationale*. Paris: Editions Inserm.

Choquet M, Ledoux S, Hassler C, & Paré, C. (1998). *Adolescents (14–21 ans) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et leur santé*. Paris: INSERM

Choquet M, Beck F, Ledoux S, Hassler C, Peretti-Wattel P (2000) *Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999 et évolution 1993-1999*, Tendances, 6, OFDT.

Choquet M, Ledoux S, Hassler C (2002). *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD France 1999*, Tome I, OFDT.

Choquet M, Hassler C, Morin D (2004) *Santé des 14–20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur Public), Sept ans après*. Paris: INSERM.

Choquet M, Ledoux S, Hassler C, Paré C. *Adolescents (14-21 ans) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et leur santé*. Paris. INSERM. 2008.

Cicchetti D, Toth, SL (1998) The development of depression in children and adolescents. *American Psychology*. 53:221-241.

Code de l'action sociale et de la famille, Article L221-2

Cohen J (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences*, 2nd edn. Lawrence Erlbaum Associates Publishers : Hillsdale, NJ, USA, 1000pp.

Corbillon M, Assailly JP, Duyme M (1990) *L'enfant placé : de l'Assistance publique à l'Aide sociale à l'enfance*, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Paris.

Costello AJ, Edelbrock CS, KalasR et al.(1982) The NIMH Diagnostic

Interview Schedule for Children (DISC). Pittsburg : Western Psychiatric Institute and Clinic.

Costello AJ, Edelbrock CS, Dulcan MK et al. (1984) Report on the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). Washington DC : National Institute of Mental Health.

Costello E, Angold A, Burns B, Kerkanli A, Stangl D, Tweed D (1996), The Great Smoky Mountains Study of Youth: functional impairment and serious emotional disturbance. *Archive of General Psychiatry*, 53, 1137–43.

Costello E J, Egger H, Angold, A (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders. I: Method and public health burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 972–986.

Corcos M (2011). *L'homme selon le DSM, le nouvel ordre psychiatrique*. Paris. Albin Michel.

Cusack JR, Malaney KR (1992), Antisocial personality disorder: Bad or mad? *Postgraduate Medicine* 91,341-355 ;

Dadds MR, Barrett PM (1996) Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Behavior Change*.13, 231–239.

Damnjanovic M, Lakic A, Stevanovic D & Jovanovic A. (2011). Effects of mental health on quality of life in children and adolescents living in residential and foster care: a cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 20(3), 257-62.

D'Arrigo E, Levieil M (2003) « Evolution de la prise de conscience dans le domaine médical du problème de l'Enfance Maltraitée. Un exemple concret de réflexion professionnelle: l'AFIREM », Certificat "éthique, déontologie et responsabilité médicale" Université Paris René Descartes (Paris V)

David M (2004) *Le placement familial, De la pratique à la théorie*, Paris : Ed. Dunod

Davidson-Arad, B., Englechin-Segal, D. & Wozner, Y. (2003). Short-term follow-up of children at risk: comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Child Abuse & Neglect*, 27, 7, 733-750

Davidson-Arad, B. (2005) Fifteen-month follow-up of children at risk: Comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home. *Children and Youth Services Review*, 27, 1, 1-20

Davidson-Arad, B. & Kaznelson, H. (2010). Comparison of parents' and social workers' assessments of the quality of life of children at risk. *Children and Youth Services Review*, 32, 5, 711-719

Davies, P.T., Cummings E.M., 1994. Marital conflict and child adjustment : an emotional security hypothesis. *Psychol Bull.* 116 : 387-411

Dessertine D, Faure O (1992) Assistance traditionnelle, assistance nouvelle : coût et financement (1850-1940), in *De la Charité médiévale à la Sécurité sociale*, A. Gueslin, P. Guillaume (dir.), Paris, Les éd. Ouvrière.

Dimigen G, Del Priore C, Butler S, Evans S, Ferguson L, Swan M (1999) Psychiatric disorder among children at time of entering local authority care: questionnaire survey. *British Medical Journal* . 11, 675.

Domenach JM, Donzelot J, Meyer P, Foucault M, Virilio P, Tréanton JR, Julliard J, Thibaud P, Pucheu R (1972) Pourquoi le travail social ? Table ronde. *Esprit*, avril mai 1972.

DosReis S, Magno Zito J, Safer D, Soeken K (2001), Mental Health Services for Youths in Foster Care and Disabled Youths. *American Journal of Public Health*, 91, 1094–1099

Dubost J (1987). *L'intervention psychosociologique*. PUF. Paris.

Duche DJ (1990), *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, Paris, PUF Dugravier R,

Dugravier R, Guedenay A (2006), Contributions de quatre pionnières à l'étude de la carence de soin maternel. *Psychiatrie de l'enfant*, 159, 405-442

Dumaret, A.C, Guerry, E. & Crost, M. (2011). Out-of-home placement in childhood and adulte outcome: Social integration and health-related quality of life.

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 59, 289–298

Dupont-Fauville A, (1973) *Pour une réforme de l'aide sociale à l'enfance*, texte du rapport Dupont-Fauville et document, les éditions ESF, Paris

Duburcq A, Coulomb S, Bonte J, Marchand C, Fagnani F, Falissard B (2004).

Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Rapport final. Etude pour le ministère de la santé (DGS) et le ministère de la Justice.

Eiser C, Morse R (2001), A review of measures of quality of life in children with chronic illness. *Archive of Disease in Childhood*, 84, 205–1

Falissard (2010). *L'épidémiologie psychiatrique en question*. Questions de Santé Publique, n°11, Institut de Recherche en Santé Publique.

Fioulaine N, Apostolidis T, Olivetto F (2006). Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Cahiers internationaux de Psychologie Sociale*, 72, 51-64

Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. (2nd Edition) : John Wiley and sons.

Fonagy, P., Moran, G. S., Target, M., 1993. Aggression and the psychological self. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74: 471-485.

Fonagy, P., Target, M., 1995. Towards understanding violence: The use of the body and the role of the father. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76: 487-502.

Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319-325

Fombonne E (1994), The Chartres study: I Prevalence of psychiatric disorders among French school-aged children. *British Journal of Psychiatry*, 164, 69–79.

Fombonne E (2005), Épidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie*, 2, 169–194

Frechon I, Dumaret AC (2008) : Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56,135–147

Freud A, Burlingham D (1949) *Enfants sans familles*. Nouvelle Encyclopédie Pédagogique. PUF. Paris.

Fuseau A, Moro MR (2011), Les maisons de l'Adolescent : unité, diversité. *Gestions Hospitalières*, 511, 640-643

Garland AF, Hough RL, McCabe KM, Yeh M, Wood PA, Aarons GA (2001) Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40:409–418

Geen R, Sommers A, Cohen M (2005) Medicaid Spending of Foster Children. *Child Welfare Program Brief No 2*. Urban Institute; (http://www.urban.org/uploadedPDF/311221____medicaid____spending.pdf)

Graham CA, Easterbrooks MA (2000) School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology : the role of attachment security, maternal depressive

symptomatology, and economic risk. *Developpement Psychopathologique*, 12 : 201-213

Golse B (1997) *Développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Masson. Paris

Gori R, Del Volgo MJ (2011), Chaque société a la psychopathologie qu'elle mérite. *Revue française de psychanalyse*, 75,1007-1022.

Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.

Goodman, R., Ford,T., Richards,H., et al (2000) The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 645-657.

Gurland B, Fleiss JL, Sharpe L, Simon R, Barrett JE Jr, Copeland J, Cooper JE, Kendell RE (1972). The mislabeling of depressed patients in a New York State hospitals. *Proceedings of the Annual Meeting of the American Psychopathological Association*, 60, 17-31.

Gutton P (2005), *Nos ados ne sont pas des enfants terribles*, Paris, Dunod

Harman JS, Childs GE, Kelleher K (2000). Mental health care utilisation and expenditures by children in foster care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154:1114-1117.

Haut Comité de Santé Publique (1997) *Santé des enfants, santé des jeunes*. Rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au Parlement. Paris: ENSP

INSERM, Expertise collective (2002) *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Les éditions Inserm. Paris.

INSERM, Expertise collective (2005) *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent* (Les éditions Inserm). Paris.

Janssens A, Deboutte D (2009) Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 691-700.

Janssens A, Deboutte D (2010), Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 353-9.

Kaufman J, Birmaher B et al. (1997), Schedule for affective Disorders and Schizophrenia for school-Age Children-Present and Lifetime Version (Kiddie-SADS-PL) : initial reliability and validity data. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-8.

Kayser <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.scd.univmed.fr:2048/science/article/pii/S0222961711001085-aff0005> C, Jaunay E, Giannitelli M et al (2011) Psychosocial risk factors and psychiatric disorders in children and adolescents involved with foster care and admitted for inpatient psychiatric care. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59, 393–403

Kessler RC, Magee WJ (1994) Childhood family violence and adult recurrent depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 35 : 13-27

Lamartine A (1838) *Discours sur les enfants trouvés*. Séance générale annuelle de la Société de Morale Chrétienne.

Lapassade G (1991). *L'ethosociologie*. Méridiens Klinksieck. Collection Analyse institutionnelle. Paris.

Lemaire JJ (2006), « Le DERPAD » *Enfances & Psy*, 30,175-180

Liu M (2011). *Fondements et pratiques de la recherche-action*. L'Harmattan. Collection Logiques Sociales. Paris.

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, Code Civil, articles 375-1/2/3

Loi n°2005-706 du 27 juin 2005, Article L221-2 CASF

Lyons JS, Rogers L (2004) The U.S. child welfare system: A de facto public behavioral health care system. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 971–973.

Male P (1980), *Psychothérapie de l'adolescent*, Paris, Puf, coll. Quadrige, 1999.

Manificat S, Dazord A, Cochat P, et al.(1997), Evaluation de la qualité de vie en pédiatrie: comment recueillir le point de vue de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 4,1238–46.

Marcelli D (2010), Nouvelles violences à l'adolescence...Quelles limites ? *Enfances & Psy*, 48, 119 à 129

Mazet P (2011), Dider-Jacques Duché (1er Novembre 1916 - 5 Décembre 2010) *Perspectives Psy*, 50, 10-12

McCann JB, James SW, Wilson S, Dunn G (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*.313:1529–1530.

Mc Millen JC, Zima BT, Scott LD Jr et al. (2005) The prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:88-95.

Michel G, Bisegger C, Fuhr D, Abel T and The KIDSCREEN group (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of Life Research*, 18, 1147-1157.

Milburn NL, Lynch M, Jackson J (2008) Early identification of mental health needs for children in care: a therapeutic assessment programme for statutory clients of child protection. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 31-47.

Minnis H, Everett K, Pelosi AJ, Dunn J, Knapp M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63–70.

Misès R, Castagnet F (1980), Apport de la psychopathologie de l'enfant à l'étude de la psychopathie. *Confrontations psychiatriques*, 18, 73-97.

Misès R et al (2002), CFTMEA-R-2000. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, Révision 2000. Paris : Éditions du CTNERHI

Montero I, Asencio A, Hernández I et al. (2001) Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin*, 27,661-70.

Morgan A, Currie C, Due P et al. (2008) Mental well-being in school-aged children in Europe: associations with social cohesion and socioeconomic circumstances. In: *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Mount J, Lister A, Bennun I (2004), Identifying the Mental Health Needs of Looked After Young People. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 363-38

Narrow WE, Regier DA, Goodman SH et al.(1998) A comparison of federal definitions of severe mental illness among children and adolescents in four communities. *Psychiatric Services*, 49,1601-1608.

Naves P, Cathala B, Depais JM (2000) Accueil provisoires et placements d'enfants : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille. Rapport au ministère de l'emploi et de la solidarité.

Newman DL, Moffitt TE, Caspi A, Magdol L, Silva PA, Stanton WR (1996), Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults : prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552-62.

ONED (2011) Septième rapport de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger remis au gouvernement et au parlement.

Organisation mondiale de la santé (1993), *CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision*, Genève, OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (2010), La santé mentale : Renforcer notre action. Aide mémoire n°220. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

Oswald S, Heil K, Goldbeck L (2010), History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 462-472.

Pal DK (1996), Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 391– 6

Pereira M, Canavarro MC (2011) Gender and age differences in quality of life and the impact of psychopathological symptoms among HIV-infected patients. *AIDS and Behavior*. 15(8), 1857-69

Pérouse de Monclots, MO (2006), Une expérience de coopération entre une équipe de psychiatrie infanto-juvénile et les équipes du Centre d'Accueil d'Urgence Saint Vincent de Paul, de l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris. In Actes du Colloque MIPES

« Enfants et adolescents confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance et à la Protection Judiciaire de la Jeunesse en Ile-de-France : Regards pluriels », Paris, le 12 janvier 2006, p 24-26.

Pilowsky DJ, Wu LT (2006) Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of american adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*.38, 351-358

Pine DS, Alegría M, Cook EH et al. (2002) Advances in developmental science and *DSM-V*. In: Kupfer DJ, First MD, Regier DA, eds. *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association

Pickles A, Rowe R, Simonoff E, Foley D, Rutter M, Silberg J (2001) Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *British Journal of Psychiatry*, 79,230-235.

Rajmil L, Alonso J, Berra S, and al. (2006) Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*. 38(5), 511-18

Ramirez JM (2003) Hormones and aggression in childhood and adolescence. *Aggression Violence Behavior*. 8:621–644

Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M et al. (2007) The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research*. 16(8), 1347-56

Renou S, Hergueta T, Flament M, Mouren-Simeoni MC, Lecrubier Y (2004) Diagnostic structured interview in child and adolescent's psychiatry. *L'Encephale*, 30, 122–134

Reich W (2000), Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 59-66.

Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A (1998) Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 715-725

Roberts RE, Ramsay Roberts C, Xing Y (2007) Rates of DSM IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*. 41,959–967

Robin-Romero I (2007) *Les orphelins de Paris, enfants et assistance aux XVIe-XVIIIe siècles*, Paris, PUPS.

Romano E Tremblay RE, Vitaro F, Zoccolillo M, Pagani M (2001) Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment : Findings from an adolescent community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,451-461

Rosenfeld, A. A., Pilowsky, D. J., Fine, P., et al (1997). Foster care: an update. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 448-457.

Roussey M, Balençon M, Suissa P (2009), Le rôle et la place de l'hôpital dans la protection de l'enfance *Archives de Pédiatrie*, 16, 217-219

Roussey M, Kremp O et al (2004), Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. *Progrès en Pédiatrie*, Vol 17. Paris. Douin.

Rowe R, Maughan B, Worthman CM, Costello EJ, Angold A, (2004) Testosterone, antisocial behavior, and social dominance in boys: pubertal development and biosocial interaction. *Biological Psychiatry*, 55, 546–552

Rutter M (1967) A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.

Rutter M, Shaffer D, Sherpherd M. (1975). An evaluation of a proposal

for a multi-axial classification of child psychiatric disorders. Genève : World Health Organization Monograph. World Health Organization .

Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K (1976), Isle of Wight Studies, 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6, 313-332
Rutter M (2000) Children in substitute care: some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22, 685-703

Rutter M, Quinton D (1984) Parental psychiatric disorder : effects on children . *Psychologic medicine*, 14 : 853-880

Rutter M (1996). Introduction : concepts of antisocial behavior, of cause, and of genetics influences, *in Ciba Foundation Symposium 194. Genetics of Criminal and Antisocial Behavior*. Chichester, 1-20.

Sandrin J (1982) « Les abandons d'enfants sous l'Ancien Régime », in *Le Peuple français et dans Enfants trouvés, enfants ouvrier*, Aubier

Sapin, C, Simeoni, MC, El Khammar M, Antoniotti, S, Auquier P (2005). Reliability and validity of the VSP-A, a health-related quality of life instrument for ill and healthy adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 36(4), 327-36.

Savard N, Zaouche-Gaudron C (2010), État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 513-52

Seiller S (2008) L'accueil des mineurs à l'ASE : perceptions et perspectives d'accompagnement. Témoignages d'adultes sur leur vie d'enfants placés. Mémoire de maîtrise. Tuteur Reungoat P. UFR de Psychologie. Université de Nantes.

Schmid M, Goldbeck L, Nuetzel J, Fegert JM (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare insitutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 2.

Shaffer D, Fisher P, Piacentini J. DISC-2.25.[unpublished manuscript]. Located at New York State Psychiatric Institute, New York. 1991.

Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK et al. (1996) The NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC 2.3): Description, acceptability, prevalence rates in the MECA study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167–1174.

Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Swab-Stone M (2000). NIMH diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865–877.

Sherril JT, Kovacs M (2000) The Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 67-75.

Simeoni MC, Auquier P, Gentile S, et al (1997), Health-related quality of life in adolescence: conceptualization of a generic selfadministered instrument. *Quality of Life Research*, 6,722.

Simeoni MC, Auquier P, Gentile S, et al. (1998), Results of conceptualisation and validation of a new French health-related quality of life instrument in adolescence. *Quality of Life Research*, 7, 661–2.

Simeoni, M.C., Sapin C., Antoniotti, S. & Auquier, P. (2001). Health-related quality of life reported by French adolescents: a predictive approach of health status? *Journal of Adolescent Health*. 28(4), 288-94

Soulé M, Noel J (1971) Le grand renfermement des enfants dits "cas sociaux", ou malaise dans la bienfaisance. *La psychiatrie de l'enfant*,14, 577-620

Stanger C, Lewis M. Agreement among parents teachers and children on internalizing and externalizing behavior problems (1993) *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 107–15

Statistics Canada (1999) *The Daily, Youth Justice Statistics*. Ottawa, ON: The author.

Tomkiewicz S (1999), *L'adolescence volée*, Paris, Calmann-Lévy,

Tremblay RE, Japel C, Pérusse D, McDuff P, Boivin M, Zoccolillo, M, et al.(1999),
The search for the age of onset of physical aggression: Rousseau and Bandura
revisited. *Criminal Behavior and Mental Health*, 9,8–12.

Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, Pérusse, D.,
Japel, C (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and
predictors. *Pediatrics*, 114(1), e43-e50.

Tremblay RE (2008) Understanding development and prevention of chronic
physical aggression: Towards experimental epigenetic studies. *Philosophical
Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences*

Tursz A (2001), *Connaissance de la pathologie mentale de l'enfant : l'apport de
l'épidémiologie*. *Archive de Pédiatrie*, 8, 191-203.

Valla JP, Breton JJ, Bergeron L et al. (1994). *Enquête québécoise sur la santé
mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992*. Montréal: Hôpital Rivière-des-Prairies, en
collaboration avec le ministère Santé et Services Sociaux, Gouvernement du
Québec.

Verdier P (2003) *L'évolution des relations parents enfants professionnels dans le
cadre de la protection de l'enfance*. *Bulletin d'information du CREA Bourgogne* .
N°222.

Verdier P (2003) *Histoires de l'Aide Sociale à l'Enfance et de ses « bénéficiaires »*
Intervention aux journées d'études de l'ANPASE. Hyères 14 octobre 2003.

Verhulst F, Koot H (1995) *The epidemiology of child and adolescent
psychopathology*. Oxford: Oxford university Press.

Vermeiren R, Jaspers I, Moffit T (2006) Mental health problems in juvenile justice Populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 333-351

Versini D (2007) Adolescent en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge. Rapport thématique du Défenseur des Enfants, remis en novembre 2007

Viner RM, Taylor B (2005) Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study. *Pediatrics*, 115, 894-899.

Vreugdenhil C, Vermeiren R, Wouters LF et al. (2004) Psychotic symptoms among male adolescent detainees in the Netherlands. *Schizophrenia Bulletin*. 30, 73-86.

Weller EB, Weller RA, Fristad MA et al. (2000) Children's Interview for Psychiatric Syndromes. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 76-84.

Welniarz B (2007) Pédopsychiatrie et services de protection de l'enfance : quels liens ? *Perspectives Psy*, 1, 46, 9-10

Wen JG, Wang QW, Chen Y, Wen JJ et al (2006). An epidemiological study of primary nocturnal enuresis in Chinese children and adolescents. *European Urology*, 41, 1107–1113.

Wilson L, Conroy J (1999). Satisfaction of children in out-of-home care. *Child Welfare*, 78, 53-69.

Winnicott DW (1956) Mirror role of mother and family in child development. In D. W. Winnicott (Ed.), *Playing and reality*. London: Tavistock

Wolkind S, Rutter M (1973) Children who have been in care. An epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 14, 97-105.

World Health Organization (1993). WHOQoL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9).

Zakrisky AL, Wright JC, Underwood MK (2005) Gender similarities and differences in children's social behavior : finding personality in contextualized patterns of adaptation. *Journal of Personality and Social Psychology*,. 88, 5, 844-855