



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial

Devant les pénibles défaillances autour des enfants placés, la grande alliance entre pédopsychiatrie et l'Aide Sociale à l'Enfance est nécessaire

Faced with the painful shortcomings around children in care, the great alliance between child psychiatry and Child Welfare is necessary

Le reportage « les enfants sacrifiés de la République » diffusé le 19 janvier sur M6 a suscité d'importantes inquiétudes et indignations justes et peu discutables chez de nombreux observateurs. Comment accepter en effet que les enfants les plus vulnérables de notre pays, repérés comme tels car n'ayant pas pu vivre dans une ambiance suffisamment sécurisée, se retrouvent, après les actions et traitements de la situation par nos administrations sociale et judiciaire, plongés à nouveau dans une ambiance de chaos, parfois de violence ou d'abandon?

Mais l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ne doit pas être rendue seule responsable de toutes ces défaillances. S'il existe des anomalies et parfois des fautes graves propres à certaines institutions ou dispositifs de protection, il faut à l'évidence les repérer et les traiter avec fermeté. Mais cela ne suffira pas. Il existe d'autres enjeux bien complexes à prendre en compte chez ces enfants « multi-cabossés ».

Il est d'abord des éléments sur lesquels les professionnels de l'ASE ont peu de prise. La situation de retrait et de placement d'enfant est presque toujours une situation dramatique. Le bouleversement et la violence sont grands pour l'enfant, ses parents mais aussi pour les professionnels. Depuis plus d'un siècle la loi Roussel a autorisé les pouvoirs publics à retirer des enfants à des parents lorsque leur conduite mettait l'enfant en « danger ». La rencontre avec l'ASE n'est jamais paisible, parfois brutale et toujours un moment de douleur multiple et justifiée, générant des comportements chaotiques entre les aidants et les aidés. Le choix de retirer ou non un enfant à ses parents est bien difficile, mal codifié, sur-affectif et parfois idéologisé. L'ASE sera vite accusée d'en faire trop ou pas assez. Parfois en même temps.

Par ailleurs, les professionnels, en particulier ceux au contact quotidien des enfants sont piégés dans un malaise systématique face à leurs comportements provocateurs, transgressifs et parfois agressifs ou violents. Mais au fond, comme le sont les autres adultes à l'école ou dans les familles qui ont bien du mal eux aussi à tenir et se positionner sur ce sujet. Ce malaise induit une recherche très pressante et mal régulée de médicalisation-solution, parfois de judiciarisation du comportement des enfants, rapidement associé à une frustration face à l'insuffisance réelle ou supposée des réponses de la justice ou de la pédopsychiatrie, qui n'a pas « arrêté » le com-

portement perturbateur assez vite. L'ASE ne fait pas mieux, mais pas vraiment plus mal que les autres sur ce sujet.

Le traitement, parfois en urgence, des comportements perturbateurs des enfants est certes à réfléchir, en collaboration stricte et sans rupture entre ASE et pédopsychiatrie, mais c'est au sujet beaucoup plus global de l'état psychique spécifique des enfants placés que nous pouvons agir de façon plus subtile et appropriée. Une part importante des enfants placés présentent effectivement des troubles psychiques caractérisés et multiples. Les études épidémiologiques internationales comme nationales montrent une prévalence des troubles autour de 50 % avec grande comorbidité [1] soit 5 fois plus qu'en population générale, et à présentation moins bien systématisés. Et c'est même 8 fois plus si on considère le nombre de dossier handicap, le plus souvent dans les champs mentaux et comportementaux [2]. Certains auteurs américains souhaitent avec une certaine provocation modifier le nom du « Child Welfare System » (en « Behavioral health Care System » tellement la prévalence est élevée [3]. Cette prévalence psychiatrique très élevée était en fait prévisible car la raison habituelle qui conduit au placement est la même que celle qui favorise le développement des troubles psychiques chez l'enfant : l'insécurité psychique et affective précoce et durable faisant le lit des troubles de l'attachement et du stress précoce chronique [4], traduite dans les signalements par les mots maltraitance, négligence ou abus. Ajoutons enfin que nombreux enfants porteurs d'handicap mental sévère et connu dont la plupart des internats d'instituts ont fermé ces dernières décennies, ont été conduits vers l'ASE, devant l'impossibilité pour certaines familles de gérer la vie au quotidien.

La pédopsychiatrie doit s'impliquer intensément et sincèrement. Elle doit une part de ses origines et de sa raison d'être née à la protection de l'enfance. Le premier service de psychiatrie de l'enfant a été créé il y a un siècle à Paris, dans un patronage pour enfant assisté par la rencontre entre le Pr Georges Heuyer et le juge Henri Rollet. De même le corpus théorique de cette spécialité a été très inspiré de l'observation des enfants délaissés et carencés (Anna Freud, Bowlby, ou plus récemment l'impact neurodéveloppemental des perturbations acquises de l'axe corticotrope).

Les enfants placés ont un besoin supérieur au reste de la population d'être accompagnés et souvent soignés par la pédopsychiatrie. Ils sont pourtant moins dépistés et moins suivis que les autres. Les relations entre les services de psychiatrie de l'enfant et l'ASE sont souvent dégradées. Les difficultés rappelées de cette discipline médicale à traiter l'immensité récente des demandes et des besoins, notamment par manque de moyens mais aussi d'organisation, sont une embuche de plus pour les enfants placés.

Un rapprochement, en grande alliance, entre les départements et les services de pédopsychiatrie paraît incontournable. Pour savoir traiter rapidement les situations de crises, mais aussi les situations durablement dégradées grâce à des dispositifs mixtes sachant héberger et soigner, ou encore savoir organiser une prévention et un dépistage spécifique et précoce, systématique et durable. La recherche médicale doit aussi retourner vers ces enfants avec une attention aussi tendue que pour les autres champs nosographiques de la psychiatrie de l'enfant. Enfin, la formation initiale et continue doit apporter aux médecins, psychologues et éducateurs les connaissances actuelles des champs psychopathologique et neurodéveloppemental appliquées aux enfants placés. Car « l'écoute et le soutien », même bienveillants, ne suffiront pas. Une alliance finalement, entre pédopsychiatrie et ASE profonde et de raison, clinique, institutionnelle et universitaire.

Il est du devoir des journalistes de dire ce qu'ils voient. Il est du devoir des spécialistes d'analyser et de proposer des améliorations. Il est du devoir des politiques d'aider à les mettre en place. La santé mentale des enfants placés doit être un enjeu majeur pour l'ASE. La santé mentale des enfants placés doit être un enjeu majeur pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Références

- [1] Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system, a systematic meta-analysis review. *Medicine* 2016;95(7):e2622.
- [2] Montaigne L, Bernard O, Da Fonseca D, Gaudart J, Richardson A, Soffer M, et al. Etude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. *Archives de Pédiatrie Elsevier* 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2015.06.018>.
- [3] Lyons JS, Rogers L. The U.S. child welfare system: a de facto public behavioral health care system. *Je Am Acad Child Adolescent Psychiat* 2004;43(8):971–3.
- [4] Berger M, Castellani C, Ninoreille K, Basset T, Frere-Meusnier D, Rigaud C. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces: conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2010;58(5):282–92.

G. Bronsard ^{a,*}

M. Amiel ^b

^a *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHRU de BREST, l'association nationale des Maisons des Adolescents, 2, avenue Foch, 29200 Brest, France*

^b *Sénateur des Bouches du Rhône, Conseil Général des BDR, délégué à la santé et la protection de l'Enfance, France*

* Auteur correspondant.

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