

NOTE DE CADRAGE Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie

Validée le 13 avril 2021

Date de la saisine : 13 juin 2018

Demandeur : Auto-saisine

Service(s) : SBP (DAQSS) et SR (DiQASM)

Personne(s) chargée(s) du projet : Amélie Prigent (SBP), Camille Lorette (SR), Pierre Gabach (SBP), Christiane Jean-Bart (SR)

Sommaire

1. Présentation et périmètre	1
1.1 Demande	1
1.2 Contexte	2
1.3 Enjeux	9
1.4 Cibles	10
1.5 Objectifs	11
1.6 Délimitation du thème/questions à traiter	11
2. Modalités de réalisation	13
2.1 Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet	13
2.2 Composition qualitative des groupes	13
2.3 Productions prévues	14
3. Calendrier prévisionnel des productions	14

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Ce travail est une auto-saisine de la Haute Autorité de santé (HAS), qui s'inscrit dans le cadre du [programme « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023](#) présidé par le Dr. Yvan Halimi.

Il fait partie du thème « pédopsychiatrie », aux côtés d'autres travaux couvrant différents champs de la prise en charge, allant de la période périnatale à l'âge adulte :

- [Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention, évaluation, prise en charge](#) (en cours) ;

- [Prévention, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux](#) (en cours) ;
- [Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques – enfants](#) (en cours) ;
- Continuité de la prise en charge entre pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte (prévu).

Il s'inscrit par ailleurs plus largement dans le programme de travail global de la HAS¹ et sera ainsi complémentaire d'autres travaux concernant les bébés, enfants et adolescents accompagnés par les services de protection de l'enfance, notamment :

- [Cadre national de référence : Évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger](#) (2021) ;
- [Améliorer la prise en charge des enfants à la sortie du dispositif de protection de l'enfance](#) (en cours).

Ce travail est centré sur la coordination entre les services de protection de l'enfance et les services de pédopsychiatrie. De nombreux autres acteurs interviennent toutefois dans l'accompagnement du bébé, de l'enfant et de l'adolescent (acteurs du secteur médico-social et de l'éducation nationale notamment). S'il sera tenu compte du parcours global de l'enfant, les articulations avec ces acteurs ne seront pas spécifiquement abordées dans ce cadre. Elles sont cependant essentielles et pourront faire l'objet de travaux dédiés.

Les critères d'âge selon lesquels sont définis les publics varient entre les services de protection de l'enfance et les services de pédopsychiatrie. Ce travail concerne l'ensemble des bébés, enfants et adolescents accompagnés par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) susceptibles de bénéficier d'une évaluation, éventuellement suivie d'une prise en charge, par les services de pédopsychiatrie. Par souci de simplification, ils seront désignés dans le texte par le terme général « enfants ».

1.2. Contexte

Ce chapitre aborde successivement le **contexte épidémiologique et l'état des lieux des pratiques et de l'organisation de la prise en charge**. Sur ce dernier point, cinq aspects sont évoqués :

- **Les difficultés d'accès aux soins des enfants protégés** (évaluation de la santé globale et des besoins de soins ; ressources médicales/paramédicales en protection de l'enfance ; accès aux soins psychiques en situation d'urgence ; hospitalisations en pédopsychiatrie ; autorité parentale) ;
- **Les ruptures dans les parcours de vie et de soins** ainsi que **l'insuffisance de l'échange et du partage d'informations** ;
- Les **différences d'approches** dans la prise en charge des enfants entre les deux secteurs et la **méconnaissance réciproque** des professionnels ;
- **Des spécificités à prendre en considération dans le cadre du travail de la HAS** (selon l'âge des enfants ; en fonction de besoins spécifiques, notamment en cas de reconnaissance de handicap par une maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou en ce qui concerne les mineurs non accompagnés ; lorsque les parents souffrent de troubles psychiques) ;
- **Les expériences de coordination** entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie en France.

¹ [Programme de travail 2020 de la HAS](#)

1.2.1. Contexte épidémiologique

Parmi les principes fondamentaux portés par la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)² figurent la protection de l'enfant contre toutes les formes de mauvais traitements ainsi que le droit à jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation³.

En France, « la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits »⁴. Cette politique décentralisée met en œuvre :

- des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents ;
- l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ;
- des mesures administratives (prises par le président du conseil départemental) et judiciaires, civiles ou pénales (prises par le juge des enfants ou en cas d'urgence par le procureur de la République).

Au 31 décembre 2019, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou une mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance (en milieu ouvert ou de placement) était estimé à 312 500 sur la France entière (hors Mayotte), ce qui représentait un taux de 21,7 ‰ des mineurs. Le nombre de jeunes majeurs concernés était lui estimé à près de 24 700, ce qui représentait 10,2 ‰ des jeunes âgés de 18 à 21 ans (1). Par ailleurs, on comptait environ 87 000 jeunes suivis dans un cadre pénal par les services de la PJJ en 2018⁵.

Des troubles psychiques fréquents chez les enfants protégés

Les enfants accompagnés par les services de la protection de l'enfance peuvent avoir subi des maltraitances et/ou des négligences aux conséquences délétères, parmi lesquelles des troubles psychiques. À cela peuvent s'ajouter des facteurs d'ordre institutionnel susceptibles d'engendrer des souffrances psychiques et d'affecter la santé mentale des enfants : placement non adapté, délais excessifs d'exécution des mesures, instabilité des lieux d'accueil et de la référence éducative engendrant des ruptures, retours en famille insuffisamment préparés, etc. Ainsi ces enfants présentent davantage de risques de souffrir de troubles psychiques (dépressions, troubles anxieux, troubles des conduites, addictions, tentatives de suicide, etc.) à court et long terme (2, 3). Tout en considérant ces résultats avec prudence notamment en raison des disparités d'utilisation des classifications diagnostiques, la prévalence des troubles psychiques dans la population concernée a pu être estimée à 49%, dans le cadre d'une méta-analyse incluant 3 014 enfants protégés, soit une prévalence près de quatre fois supérieure à celle observée en population générale. La prévalence entre études variait toutefois entre 37 % et 67 % et une forte hétérogénéité était identifiée (4).

Les enfants protégés sont ainsi concernés par des problématiques multiples : sociales, familiales, médicales mais relevant également parfois du handicap (5). La forte prévalence des troubles psychiques implique notamment des prises en charge à la fois par les services de protection de l'enfance et par les services de pédopsychiatrie, dans un environnement encore trop souvent clivé entre secteurs social et sanitaire (6).

² Adoptée le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France le 7 août 1990.

³ En particulier les articles 19 et 24 de la CIDE

⁴ Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant

⁵ http://www.justice.gouv.fr/art_pix/brochurePJJ_2019web.pdf

1.2.2. État des lieux des pratiques et de l'organisation de la prise en charge

Manque de moyens et disparités territoriales dans les deux champs

L'abord de ce travail sur la coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie nécessite de mentionner en préambule le manque de moyens auxquels sont généralement confrontés ces deux secteurs ainsi que les disparités départementales importantes qui sont constatées.

La spécialité de la psychiatrie de l'enfant de l'adolescent a été confrontée à une forte chute de ses effectifs médicaux (-50%) entre 2007 et 2016 (6) et l'offre de soins en pédopsychiatrie est considérée comme ne permettant pas d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins des enfants faisant l'objet d'une mesure de protection (7). Des délais d'attente excessifs en ambulatoire (plusieurs mois, voire dépassant une année dans certaines régions) et un manque de places en hospitalisation à temps plein sont notamment rapportés, cela dans un contexte où le besoin est considéré comme étant en forte progression (5, 7-9). Des disparités territoriales, notamment départementales, sont également identifiées en termes d'offre de soins (densités de lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile et de pédopsychiatres par exemple) (10).

En matière de protection de l'enfance plusieurs rapports pointent les défaillances et la complexité de son pilotage, tant au niveau national que local. Des disparités territoriales persistantes sont jugées comme impactant directement la qualité de l'accompagnement proposé aux enfants et à leur famille. On observe en particulier une hétérogénéité des dépenses, des types de mesures décidées et des modes d'hébergement pour ce qui est de l'accueil, qu'une approche populationnelle ne pourrait à elle seule expliquer (5).

Peu de données à portée générale sont actuellement disponibles en France sur l'accès aux soins psychiques et plus globalement sur les parcours des enfants ayant une mesure de protection de l'enfance⁶ (5, 11). Ainsi, l'état des lieux proposé ici s'appuie-t-il principalement sur les auditions réalisées avec les professionnels de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie en amont du cadrage de ce travail⁷, sur des études réalisées en France à des échelons locaux et sur plusieurs rapports, notamment institutionnels, abordant ces questions.

Le difficile accès aux soins des enfants protégés

L'évaluation de la santé globale et des besoins de soins essentielle mais non systématique

Depuis la loi du 14 mars 2016, la réalisation d'un « bilan de santé et de prévention » est obligatoire dès l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance, pour tous les mineurs accompagnés par l'ASE ou la PJJ⁸. L'objectif de ce bilan, pris en charge par l'assurance maladie, est d'assurer un suivi médical régulier et coordonné. Il permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE)⁹.

En pratique, la réalisation de ce type d'évaluations n'est pas systématique. L'évaluation médicale et psychologique du PPE ne serait réalisée que dans 35 des 68 départements ayant mis en place ce projet. Le volet psychologique serait par ailleurs le volet le moins mis en œuvre. Enfin, seulement 28% des conseils départementaux auraient rendu le bilan de santé systématique (12).

Un manque de recueil d'informations sur les antécédents médicaux des enfants à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance a également été signalé, de même que le fait que leurs carnets de

⁶ En 2020, la Cour des comptes rappelait « l'insuffisance et la dispersion des données disponibles en matière de protection de l'enfance » et soulignait que la production de données sur les parcours des enfants protégés, prévue par la loi du 5 mars 2007, n'était pas assurée.

⁷ Pour la réalisation de ce cadrage, plusieurs auditions ont été conduites avec les acteurs des champs protection de l'enfance et pédopsychiatrie (représentants des pédopsychiatres, psychologues, infirmiers en psychiatrie et médecins généralistes notamment).

⁸ Article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁹ Par ailleurs, l'article L.223-5 du Code de l'action sociale et des familles, issu de la loi du 14 mars prévoit que le service de l'ASE du département "élabore au moins une fois par an, ou tous les six mois pour les enfants âgés de moins de deux ans, un rapport, établi après une évaluation pluridisciplinaire, sur la situation de tout enfant accueilli ou faisant l'objet d'une mesure éducative".

santé sont généralement manquants (13), ce document pouvant être difficile à obtenir auprès des titulaires de l'autorité parentale.

Peu de ressources médicales et paramédicales en protection de l'enfance

Un manque de ressources médicales et paramédicales (pédopsychiatres, psychologues et infirmiers notamment) dans les établissements et services de la protection de l'enfance a été constaté. Le Défenseur des droits soulignait pourtant l'intérêt de disposer de ces compétences en interne (13, 14). Récemment, la Cour des comptes indiquait que certaines structures disposaient d'un temps de psychologue qui remplissait le plus souvent une fonction d'évaluation, visant à apporter des clefs de compréhension aux équipes éducatives, et non une fonction thérapeutique. » (5)

Dans chaque département, un médecin référent « protection de l'enfance » doit, depuis 2016, être désigné et a notamment pour missions de contribuer :

- à une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'ASE ;
- et à l'articulation, d'une part, entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance et, d'autre part, entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire du département¹⁰.

Une enquête réalisée en 2019 a toutefois montré que 43% des départements répondants n'avaient pas désigné de médecin référent « protection de l'enfance » (15, 16).

Un accès aux soins psychiques se faisant trop souvent en situation d'urgence

Des situations qui ne sont pas prises à temps en ambulatoire peuvent conduire à une orientation en urgence vers les services de pédopsychiatrie ou de pédiatrie, notamment en hospitalisation. Ces situations ont été décrites comme fréquentes pour les enfants protégés alors que les interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont précocement mises en œuvre.

Ce recours en urgence a été identifié comme pouvant s'expliquer :

- par des délais d'accès trop importants à des consultations ambulatoires en pédopsychiatrie, notamment en centres médico-psychologiques (CMP) et en centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) (8, 9) ;
- par le fait que les acteurs de la protection de l'enfance interpellent la psychiatrie tardivement, quand les troubles psychiques s'accompagnent de manifestations comportementales bruyantes et nécessitent une intervention urgente. Une étude française a notamment montré que les adolescents suivis par l'ASE et/ou la PJJ consultaient moins en CMP et davantage en structures d'urgence que les adolescents non suivis par la protection de l'enfance (17) ;
- par une réticence de l'enfant et/ou des parents.

En parallèle, un recours aux traitements psychotropes serait plus fréquent chez les enfants placés à l'ASE (18, 19) et peu d'actions de prévention sur la thématique de la souffrance psychique seraient mises en place par les établissements de l'ASE (par rapport à d'autres thématiques telles que la vie affective et sexuelle ou les addictions) (20).

¹⁰ Décret n° 2016-1503 du 7 novembre 2016 relatif au médecin référent « protection de l'enfance » pris en application de l'article L. 221-2 du code de l'action sociale et des familles.

Hospitalisations en pédopsychiatrie

En 2017, le rapport d'information du Sénat sur la situation des mineurs en France indiquait que 10 départements français ne comptaient aucun lit d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile et recommandait notamment de « poursuivre le mouvement de réouverture de lits hospitaliers en psychiatrie infanto-juvénile dans les territoires où cela apparaît nécessaire » (10, 21)¹¹. L'insuffisance ou l'absence de lits d'hospitalisation a été identifiée dans le cadre des auditions réalisées avec les professionnels comme pouvant conduire à ce qu'aucune solution ne puisse être proposée par la pédopsychiatrie aux enfants protégés nécessitant une prise en charge à temps plein ou à ce que des enfants soient hospitalisés en services de psychiatrie adulte, dans une promiscuité avec des patients adultes qui n'est pas sans risques (22).

En parallèle, l'absence de solutions disponibles dans le dispositif de la protection de l'enfance tout comme une absence d'évaluation clinique préalable des situations ont été identifiées, également dans le cadre des auditions, comme pouvant conduire à des orientations inadéquates vers l'hospitalisation en pédopsychiatrie, cela alimentant la confusion des espaces et des registres d'interventions. Il a par ailleurs été souligné que ces hospitalisations inadéquates ne sont pas sans conséquences iatrogènes pour les enfants.

Accès aux soins et autorité parentale

Certains soins de l'enfant sont considérés comme des actes non usuels qui nécessitent l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale (23). Or, les professionnels peuvent se voir opposer un refus ou une demande d'interruption de soin de la part de l'un ou des deux parents – opposition qui peut naître d'un conflit entre les parents, d'un rejet initial contre les intervenants sociaux jugés « responsables » d'un placement que les parents estiment injuste¹² ou d'une incompréhension sur l'objectif poursuivi.

Par ailleurs, ce double consentement parental doit faire l'objet d'un écrit, ce qui peut s'avérer long et délicat à obtenir de la part de personnes susceptibles d'être géographiquement éloignées ou vulnérables.

Des ruptures à plusieurs niveaux

Les parcours des enfants protégés peuvent être émaillés de ruptures à plusieurs niveaux : dans les parcours de vie (multiplicité des lieux de placement et de vie, ruptures dans le parcours scolaire, etc.) et dans les parcours de soins, notamment psychiques.

Ruptures dans les parcours de vie

➔ Des difficultés pouvant impacter la continuité de l'histoire de l'enfant

Certains enfants protégés, notamment très jeunes, connaissent de multiples lieux de placements (25), ce qui peut parfois amener à des difficultés pour les professionnels à reconstituer leurs parcours de vie (périodes passées en familles d'accueil, en structures d'accueil collectif, dans la famille biologique, etc.). Préserver la continuité de l'histoire de l'enfant est pourtant essentielle dans la construction de son identité narrative et de son sentiment continu d'exister.

L'importance de l'entourage a par ailleurs été soulignée à deux niveaux, avec pour objectif de répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant :

- les titulaires de l'autorité parentale ;

¹¹ À cet égard, il est important de veiller à ce que cette modalité de soins relève bien de décisions médicales d'admission.

¹² S'il est possible de demander l'arbitrage au juge des enfants pour passer outre ce refus, cette option demeure néanmoins délicate et n'est pas sans poser quelques problèmes en termes de déontologie médicale ou d'investissement de l'enfant notamment (24).

- l'entourage au sens plus large, pouvant intégrer des membres de la fratrie et une ou des personne(s) de confiance pour l'enfant.

➔ Ruptures dans les lieux de placements, notamment à la sortie d'hospitalisation

Des ruptures dans les lieux de placements à la sortie d'hospitalisation ont été signalées, certains enfants ne pouvant pas sortir d'hospitalisation en raison d'une non-disponibilité de lieu de placement (rupture avec la famille d'accueil au moment de l'hospitalisation par exemple).

➔ Ruptures et difficultés dans le parcours scolaire

Fin 2017, si les enfants et adolescents placés en établissement relevant de l'ASE âgés de 6 à 15 ans étaient presque tous scolarisés, les adolescents placés ayant entre 16 et 17 ans l'étaient nettement moins avec des taux de déscolarisation s'élevant respectivement à 16 % et 19 % (contre 4 % et 7 % en population générale).

Des retards scolaires importants étaient également constatés chez les enfants placés (à l'âge d'intégrer le collège, 40 % d'entre eux étaient encore scolarisés à l'école primaire) de même que des situations d'absentéisme ou de ruptures scolaires fréquentes (6% des enfants de 6 à 15 ans et 13 % des enfants et adolescents de plus de 15 ans) (26).

Ruptures dans les parcours de soins psychiques

Les ruptures dans les parcours de soins, notamment psychiques, apparaissent fréquentes pour les enfants protégés. Elles peuvent être liées à plusieurs facteurs, notamment¹³ :

- des changements de lieux de placements et de vie pouvant être répétés et rendant ainsi difficile la continuité de leur prise en charge (5, 27) ;
- des recours aux soins parfois tardifs et dans l'urgence (cf. ci-avant) ;
- une absence de référent médical au niveau local (5).

L'importance du travail avec les familles a été soulignée, dans la mesure où il contribue à l'efficacité et à la faisabilité des soins psychiques. La nécessité de tenir compte des éventuelles difficultés familiales, dans une approche globale et systémique, a également été mentionnée.

Considérant les changements fréquents de lieux de placement et de vie des enfants protégés, une absence de clarification ou des désaccords sur le secteur de psychiatrie infanto-juvénile devant prendre en charge l'enfant peuvent par ailleurs parfois conduire à ce qu'aucun secteur de psychiatrie infanto-juvénile ne s'occupe de l'enfant :

- quand les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du lieu de placement et du (ou des) domicile(s) des parents diffèrent ;
- ou quand un déménagement d'un (ou des) parent(s) ou un changement de lieu de placement implique un changement de secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Au-delà de la continuité des soins psychiques, un manque de coordination a été constaté dans la prise en charge somatique et psychique. L'importance d'améliorer les liens entre les équipes de la protection de l'enfance, les équipes de pédopsychiatrie et le médecin traitant de l'enfant (médecin généraliste, pédiatre notamment) a ainsi été mentionnée.

¹³ La période de transition entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte est également associée à des ruptures potentielles dans les parcours de soins psychiques. Ce sujet n'est toutefois pas abordé ici dans la mesure où il donnera lieu à un travail dédié dans le cadre [programme « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023](#).

Insuffisance de l'échange et du partage d'informations, dans les deux sens

La nécessité d'échanger et de partager les informations utiles et pertinentes a été soulignée dans le cadre des auditions, avec notamment pour objectifs :

- de coconstruire une grille de lecture sur les besoins sociaux, éducatifs, mais aussi psychiques de l'enfant ;
- de garder en mémoire ce qui a été fait et préconisé en amont, en ce qui concerne le travail social et les soins.

L'échange et le partage d'informations ont toutefois été jugés insuffisants, avec la nécessité, dans le cadre du respect du secret médical et professionnel^{14, 15, 16}, de clarifier les informations pouvant être échangées et partagées, les personnes avec qui elles peuvent l'être et les outils le permettant.

Différences d'approches dans la prise en charge des enfants entre les deux secteurs et méconnaissance réciproque des professionnels

Pour une majorité de personnes auditionnées, l'un des principaux freins à la convergence des interventions sociales et en pédopsychiatrie est la méconnaissance réciproque des acteurs des deux champs. Ce défaut d'interconnaissance vient nourrir le sentiment que chaque professionnel « ne reconnaît pas nécessairement l'intervention de l'autre comme profitable à l'enfant » (28) ou développe des représentations fausses des champs professionnels concernés et des missions des institutions.

Un manque de lisibilité du système de psychiatrie et santé mentale (29), des rôles et périmètres de chaque acteur et de l'articulation des structures de prise en charge a également été souligné, de même que l'insuffisance des formations communes et croisées.

Si la loi du 5 mars 2007¹⁷ prévoit la formation initiale et continue de tout professionnel exerçant auprès d'enfants en danger ou en risque de danger, ses dispositions ne sont pas ou insuffisamment mises en œuvre.

Par ailleurs, l'absence de temps de rencontre et d'espaces communs de réflexions théoriques et pratiques a été identifiée comme rendant difficile une relation de réciprocité entre professionnels, ces échanges étant susceptibles de permettre de mieux se connaître institutionnellement, de partager les conceptions et objectifs de prise en charge et les limites de chacun.

Des spécificités à prendre en considération dans le cadre du travail de la HAS.

Selon l'âge des enfants

Dans la mesure où les besoins des enfants, les structures de prise en charge et les modalités d'intervention en protection de l'enfance et en pédopsychiatrie peuvent différer selon les âges, la coordination entre les deux champs peut présenter des spécificités selon différentes périodes du développement de l'enfant (période périnatale, adolescence, etc.).

¹⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui définit les conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social aux articles L. 1110-4 et R. 1110-1 à 3 du Code de la santé publique.

¹⁵ Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage entre ces professionnels et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

¹⁶ Article CASF 226-2-2 relatif au partage de l'information à caractère secret en protection de l'enfance.

¹⁷ Article L542-1 et D542-1 du Code de l'Éducation.

Situation des enfants protégés ayant une reconnaissance de handicap par une MDPH

13 % des mineurs et jeunes adultes en établissements relevant de l'ASE ont une reconnaissance de handicap par une MDPH. Ces enfants peuvent nécessiter des prises en charge multiples, impliquant les secteurs social, médico-social et sanitaire, les difficultés d'accès aux soins identifiées pour les enfants suivis par l'ASE étant aggravées pour les enfants porteurs de handicap (14).

Mineurs non accompagnés (MNA)

Fin 2017, 19% des jeunes hébergés par l'ASE étaient des MNA (26). Ils représentent « un groupe particulièrement vulnérable sur les plans psychologique et psychiatrique, du fait, pour une partie d'entre eux, d'événements traumatogènes vécus avant ou pendant leur émigration. À ces difficultés s'ajoutent les principales conséquences du mouvement migratoire : la séparation d'avec leurs proches, les risques encourus lors de cette émigration et l'obligation pour le mineur d'entrer dans un processus acculturatif en changeant de pays. Le cumul de ces facteurs se traduit par la prévalence élevée de troubles anxieux, dépressifs, d'états de stress post-traumatique, de psychoses et de troubles « borderline » » (30). La fragilité psychologique et les conséquences des parcours d'exil des MNA sont toutefois considérées comme n'étant pas suffisamment prises en considération (22).

Enfants dont les parents souffrent de troubles psychiques

Les antécédents familiaux de troubles psychiques sont fréquents chez les enfants ayant une mesure de protection de l'enfance (17, 31, 32). Ces situations sont associées à l'important enjeu de l'accompagnement à la parentalité dès le projet d'enfant des personnes concernées, ainsi qu'à la nécessité d'une coordination entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte.

Expériences de coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie en France

Des expériences et dispositifs mis en œuvre dans l'objectif d'améliorer la coordination entre services de pédopsychiatrie et services de protection de l'enfance ont été identifiés. Tous n'ont toutefois pas encore fait l'objet d'une évaluation. À titre d'exemple deux expérimentations sont en cours dans le cadre de l'article 51 la loi de la LFSS 2018^{18, 19} et la coordination entre protection de l'enfance et pédopsychiatrie a pu être travaillée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)²⁰.

1.3. Enjeux

La prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant et des situations de vulnérabilité auxquelles il a pu être confronté nécessite de penser une approche transversale à la fois sociale et sanitaire. Celle-ci doit tenir compte des effets de son organisation sur le long terme en matière de développement de l'enfant, de son bien-être et au-delà sur les inégalités sociales et de santé.

Dès lors, les pratiques de coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie doivent permettre de répondre à trois enjeux pratiques :

- repérer le plus tôt possible les besoins de soins psychiques chez les enfants protégés ;
- faciliter l'accès aux soins psychiques dès lors que le besoin est repéré chez l'enfant protégé ;

¹⁸ Arrêté du 28 novembre 2019 modifiant l'arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés

¹⁹ Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à l'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de cinq ans d'une mesure de protection de l'enfance.

²⁰ Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

- permettre à chaque enfant protégé de bénéficier d'un suivi approprié, aussi longtemps que nécessaire en veillant à éviter les ruptures.

Pour ce faire, les pratiques organisationnelles nécessitent de la part des professionnels des deux champs, et ce dans un enjeu de réciprocité, de construire ensemble la mise en place d'interventions adaptées aux besoins de l'enfant et de sa famille.

1.4. Cibles

Enfants protégés ainsi que leur entourage

La recommandation concerne :

- tous les enfants accompagnés par l'ASE ou la PJJ (secteur public ou associatif) dans le cadre d'une mesure administrative ou judiciaire (civile ou pénale) de protection de l'enfance (placement ou milieu ouvert), y compris les mineurs incarcérés ;
- les titulaires de l'autorité parentale et les personnes ressources dans l'environnement des enfants (pouvant intégrer des membres de la fratrie) ;
- les associations d'usagers et de familles d'usagers.

Professionnels du champ de la protection de l'enfance et du secteur sanitaire

Elle s'adresse aux **professionnels du champ de la protection de l'enfance et du secteur sanitaire**, notamment :

- travailleurs sociaux (éducateurs, assistants familiaux, assistants sociaux, techniciens de l'intervention sociale et familiale [TISF], etc.), cadres d'établissements publics et associatifs habilités par l'ASE et la PJJ, acteurs de santé de la protection de l'enfance (médecins [dont médecins référents « protection de l'enfance »], psychologues, infirmiers), cadres territoriaux de l'ASE et de la PJJ, magistrats du siège (juges des enfants, juges aux affaires familiales), magistrats du parquet, avocats d'enfants, administrateurs ad hoc ;
- équipes de pédopsychiatrie (pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, psychomotriciens et orthophonistes), équipes des secteurs de psychiatrie adulte, psychiatres libéraux, pédiatres, médecins généralistes, psychologues libéraux, psychomotriciens libéraux, orthophonistes libéraux, médecins et infirmiers de PMI, personnels soignants des urgences générales et pédiatriques, autres personnels exerçant en périnatalité (personnels de maternité, sages-femmes libérales, etc.), directeurs et personnels administratifs des établissements de santé, acteurs de santé de l'éducation nationale.

Les **professionnels exerçant en CMPP**, relevant du secteur médico-social, sont concernés par ce travail, dans la mesure où les prises en charge qu'ils proposent sont souvent proches de celles des CMP qui relèvent eux du secteur sanitaire (33).

Dans un registre complémentaire du soin et de l'accompagnement des enfants, la recommandation intéresse également les acteurs à même d'organiser la coordination aux différents échelons territoriaux, notamment au sein des conseils départementaux, des agences régionales de santé (incluant les délégués territoriaux), des directions interrégionales et territoriales de la PJJ ainsi qu'au niveau national.

1.5. Objectifs

Élaborer des recommandations de bonnes pratiques organisationnelles, incluant les enjeux d'acculturation réciproque, en vue d'améliorer :

- ➔ le repérage des troubles psychiques chez les enfants protégés ;
- ➔ l'accès aux soins psychiques pour les enfants qui en ont besoin ;
- ➔ la continuité de ces soins.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Questions à traiter

Partie I. État des lieux des pratiques de coordination en France et à l'étranger

- Quels sont les freins et leviers à la coordination entre protection de l'enfance et pédopsychiatrie ?
- Quels dispositifs/modalités de coordination existent actuellement ?
- Quelles sont, lorsqu'ils ont été évalués, l'efficacité et l'efficience de ces dispositifs/modalités de coordination ?

Partie II. Modalités de coordination et leviers mobilisables en France

Il sera tenu compte de l'état des lieux réalisé en première partie. Le travail sera ici conduit dans une logique d'amélioration et d'harmonisation des pratiques, tout en veillant à prendre en compte la diversité contextes locaux.

1. Au niveau institutionnel, aux différents échelons territoriaux
 - Identifier les leviers favorisant un co-portage par la protection de l'enfance et pédopsychiatrie.
 - Préciser quel secteur de psychiatrie infanto-juvénile devrait assurer la prise en charge de l'enfant quand le secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspondant à son lieu de placement est différent de celui du domicile (voire des domiciles) de ses parents.
2. Formation et acculturation réciproque des professionnels
 - Quels sont les leviers mobilisables en termes de formation initiale et continue ?
 - Quels peuvent être les espaces et modalités de rencontres des différents professionnels ?
3. Sur le terrain, au niveau de l'accompagnement social et de la prise en charge pédopsychiatrique des enfants protégés
 - Quelles modalités opérationnelles d'interventions et de coordination peuvent être mises en œuvre sur le terrain pour améliorer le repérage des troubles psychiques, l'accès aux soins psychiques et la continuité de ces soins ?

Les questions suivantes seront notamment abordées :

- Faut-il prioriser l'accès aux soins psychiques pour les enfants protégés ? si oui, selon quelles modalités ?
- Selon quelles modalités les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile peuvent-ils intervenir au sein des services de protection de l'enfance ? (acteurs, fréquence et durée des interventions, accords inter institutions, etc.)
- Quelles réponses peuvent-elles être apportées aux situations d'urgence ?
- Quelles réponses peuvent-elles être apportées aux situations complexes ?
- Quelles peuvent-être les modalités de coordination avec la psychiatrie générale, la médecine générale et la pédiatrie ?

- En cas d'hospitalisation, comment organiser la continuité dans les lieux de placements ?
- Etc.
- Quels sont les rôles des différents professionnels dans le repérage des troubles psychiques et dans leur prise en charge ?
- Comment associer les enfants protégés ainsi que leur entourage au repérage des troubles psychiques et à leur prise en charge ?
- Comment partager les informations utiles (dans les deux sens) ?
 - Quelles informations doivent-elles être partagées ?
 - Avec qui doivent-elles l'être ?
 - Par le biais de quels outils ?

Champs exclus

- Ce travail n'abordera pas les situations d'enfants ne bénéficiant pas d'une mesure de protection ;
- Il ne traitera pas de la continuité de la prise en charge entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte, cette question faisant l'objet d'un travail dédié dans le cadre du programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS ;
- Il donnera lieu à une recommandation de bonnes pratiques organisationnelles (incluant les enjeux d'acculturation réciproque) et ne traitera donc pas des aspects cliniques de la prise en charge (stratégies thérapeutiques, éléments d'évaluation diagnostique, etc.).

2. Modalités de réalisation

- ☒ HAS
- ☐ Label
- ☐ Partenariat

2.1 Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La recommandation sera élaborée selon une méthode adaptée des méthodes « [Recommandations pour la pratique clinique \(RPC\)](#) » et « [Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social](#) ».

Sont en pratique prévus :

- le recueil, sous la forme de questionnaires, des pratiques de coordination ainsi que des besoins et difficultés rencontrés par les équipes de terrain ;
- la réalisation d’une analyse critique de la littérature ;
- la mise en place un groupe de travail :
 - 6 réunions sont prévues ;
 - elles pourront être complétées de réunions en groupes restreints permettant d’aborder certaines spécificités de la coordination, en fonction notamment de l’âges des enfants protégés ;
- la relecture des recommandations par un groupe de lecture et par les parties prenantes.

2.2 Composition qualitative des groupes

Groupe de travail (environ 35 personnes)

Le groupe de travail sera co-présidé par un professionnel du champ protection de l’enfance et un professionnel du champ pédopsychiatrie.

Il sera composé de :

- pour le champ de la protection de l’enfance
 - cadres d’établissements publics et associatifs (ASE et PJJ)
 - travailleurs sociaux (ASE et PJJ)
 - cadres territoriaux de l’ASE et de la PJJ
 - psychologue en protection de l’enfance
 - médecin référent « protection de l’enfance »
 - représentants d’anciens enfants protégés et familles d’enfants protégés
 - juge des enfants
- pour le champ sanitaire
 - pédopsychiatres (4, dont 1 exerçant en psychiatrie périnatale, 1 dans le champ de la psychiatrie de l’adolescent et 1 en protection de l’enfance)
 - psychiatre en psychiatrie générale
 - psychologues en équipe de pédopsychiatrie
 - infirmier en équipe de pédopsychiatrie
 - éducateur en équipe de pédopsychiatrie
 - assistant social en équipe de pédopsychiatrie

- pédiatres (2, dont 1 exerçant à l'hôpital et 1 exerçant en ville)
- médecin généraliste
- médecin et infirmier de PMI
- urgentiste
- directeur d'établissement de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie
- représentant des Agences régionales de santé (ARS)
- représentants des usagers et des familles d'usagers en psychiatrie

Phase de lecture

Groupe de lecture

Le groupe de lecture reprendra la même composition qualitative que le groupe de travail avec un nombre plus élevé de représentants. Il intégrera également des représentants des acteurs de santé de l'éducation nationale et des représentants des organismes impliqués dans la formation.

Avis des parties prenantes

Parallèlement, les documents seront transmis pour avis :

- aux membres du [comité de concertation pour la qualité et évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux](#) concernés par le sujet ;
- aux [membres du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » de la HAS](#).

2.3 Productions prévues

- recommandation de bonnes pratiques organisationnelles ;
- argumentaire scientifique ;
- synthèse de la recommandation ;
- fiches outils à destination des professionnels de la pédopsychiatrie, de la protection de l'enfance, des enfants protégés et de leurs représentants légaux.

3. Calendrier prévisionnel des productions

- validation du cadrage : avril 2021
- analyse de la littérature, recueil des pratiques de terrain, visites de sites : mai – octobre 2021
- réunions du GT : novembre 2021 – juillet 2022
 - lecture : juin 2022
- rédaction finale de la recommandation et des fiches outils : septembre 2022
- validation : décembre 2022

Annexe 1. État des lieux documentaire

Données disponibles	Recherche préliminaire
Rapports institutionnels	2021. Rapport de recherche - La prévention des ruptures de parcours pour les jeunes bénéficiant de mesures de protection de l'enfance : des motifs et facteurs de rupture à l'élaboration de stratégies d'action (IDEFHI, recherche soutenue par l'ONPE) 2020. Les 1000 premiers jours. Là où tout commence (Rapport de la commission des 1000 premiers jours). 2020. Les connaissances pour agir en protection de l'enfance : de leur production à leur appropriation. Quatorzième rapport au Gouvernement et au Parlement (ONPE). 2020. La protection de l'enfance (Cour des comptes). 2020. L'aide et l'action sociales en France. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion (DREES). 2020. Création d'un organisme national dans le champ de la protection de l'enfance (IGAS). 2020. Contribution sur la santé mentale des mineurs. Examen de la France par le comité des droits de l'enfant de l'ONU (CNAPE). 2020. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2018 (ONPE). 2020. 61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance (DREES). 2019. Rapport d'information déposé par la mission d'information sur l'aide sociale à l'enfance (Assemblée nationale). 2019. Expérimentation des conditions et des outils nécessaires à l'évaluation des situations d'enfants relevant du secteur médico-social et de la protection de l'enfance. Synthèse (CREAI). 2019. Évaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance. Tome 1 (IGAS). 2019. Évaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance. Tome 2. Annexes (IGAS). 2019. Enfance et violence : la part des institutions publiques (Défenseur des droits). 2018. Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance (CESE). 2018. Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ) (IGAS). 2018. La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe. Rapport de synthèse (ENOC). 2018. Étude des parcours en protection de l'enfance jusqu'à l'âge de 4 ans des enfants nés en 2012 dans trois départements français (ONPE). 2018. Chiffres clés en protection de l'enfance (ONPE). 2017. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, Rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes (Ministère des familles de l'enfance et des droits des femmes, DGCS). 2017. Parcours et devenir d'enfants vulnérables. La santé en question (CREAI-ORS LR). 2017. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Tome 1 (IGAS). 2017. La situation de la psychiatrie des mineurs en France. Rapport d'information (Sénat). 2017. Droits de l'enfant en 2017 au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant (Défenseur des droits).

	2016. Mission bien être et santé des jeunes (Ministère des solidarités et de la santé). 2016. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin (Défenseur des droits). 2016. Étude épidémiologique sur la santé des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance en Languedoc-Roussillon (Creai-Ors Languedoc-Roussillon). 2015. Feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017 (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Secrétariat d'État chargé de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie). 2015. Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles (Défenseur des droits). 2014. Protection de l'enfance. Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales (Sénat). 2014. L'observation de l'enfance en danger du Conseil Général de Côte-d'Or : exploitation des fiches 2012 (ORS Bourgogne). 2014. La Protection Maternelle et Infantile (CESE). 2013. Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'Enfance de Maine et Loire entre 1994 et (ONED). 2013. La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique (ONED). 2012. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance (CREAI).
Travaux HAS	2021. Cadre national de référence : Évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. 2019. Prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil. 2019. Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS), exemples complétés à partir de cas pratiques, notamment celui d'une « adolescente faisant l'objet de mesures de protection de l'enfance ». 2018. Enquête sur les pratiques professionnelles contribuant à la bientraitance des enfants et des adolescents accueillis dans les établissements de la Protection de l'Enfance et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. 2015. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives. 2014. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours.
Autres recommandations internationales existantes (liste non exhaustive)	2019. What is child welfare? A guide for behavioral and mental health professionals (Child Welfare Information Gateway). 2019. Guide et normes : La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés pour centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (Institut national d'excellence en santé et services sociaux). 2018. Des considérations particulières pour la supervision médicale des enfants et des adolescents en famille d'accueil (Société canadienne de pédiatrie). 2015. The mental health care needs of children in out-of-home care (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists). 2013. Guidelines for psychological evaluations in child protection matters (American Psychological Association).
Analyse quantitative des données disponibles	Recommandations : 25 Métanalyses et revues systématiques : 39

Travaux en cours ou prévus (HAS)	Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention, évaluation, prise en charge (en cours) Prévention, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux (en cours) Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques – enfants (en cours) Continuité de la prise en charge entre pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte (prévu dans le cadre du programme « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023 de la HAS) Améliorer la prise en charge des enfants à la sortie du dispositif de protection de l'enfance (en cours)
----------------------------------	--

Bibliographie

1. Observatoire national de la protection de l'enfance. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2019. Paris: ONPE; 2021.
2. Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. Rev Fr Aff Soc 2013;1:32-50.
3. Dumaret AC, Guerry E, Crost M. Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2011;59:289-98.
4. 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 review and meta-analysis. Medicine 2016;95(7):e2622.
<http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000002622>
5. Cour des Comptes. La protection de l'enfance. Paris: CC; 2020.
https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-11/20201130-rapport-protection-enfance_0.pdf
6. Conseil économique social et environnemental, Dulin A. Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance. Paris: CESE; 2018.
https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_17_protection_enfance.pdf
7. Dini M, Meunier M. Protection de l'enfance. Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales. Paris: Sénat; 2014.
<https://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>
8. Inspection générale des affaires sociales, Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Tome 1. Paris: IGAS; 2017.
https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_1_rapport.pdf
9. Inspection générale des affaires sociales, Branchu C, Buchter J, Emmanuelli J, Robineau FM. Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ). Paris: IGAS; 2018.
https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-005R_version_sept.pdf
10. Milon A, Amiel M. La situation de la psychiatrie des mineurs en France. Rapport d'information. Paris: Sénat; 2017.
11. Direction générale de la cohésion sociale. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Paris: Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes; 2017.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf
12. Inspection générale des affaires sociales, Cherubini C, Dubosq C, Marquis Samari E, Conrath E. Création d'un organisme national dans le champ de la protection de l'enfance. Paris: IGAS; 2020.
<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-006r.pdf>
13. Défenseur des droits. Droits de l'enfant en 2017 au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant. Paris: DD; 2017.
<https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae-2017.pdf>
14. Toubon J, Avenard G. Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. Paris: Défenseur des droits; 2015.
https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf
15. Inspection générale des affaires sociales, Lanouziere H, Legrand-Jung B, Thomas F, Bouysse V. Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance. Tome 1. Paris: IGAS; 2019.
16. Inspection générale des affaires sociales, Lanouziere H, Legrand-Jung B, Thomas F, Bouysse V. Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance. Tome 2. Annexes. Paris: IGAS; 2019.
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-047R-TOME_2.pdf
17. Chatagner A, Olliac B, Choquet LH, Botbol M, Raynaud JP. Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2015;63(2):124-32.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.08.003>
18. CREAI Rhône-Alpes, Observatoire régional de la santé Rhône Alpes, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Rhône-Alpes, Bourgueaux I, Guye O, Fontaine Gavino K, et al. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Lyon: CREAI; 2012.
<http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ONED.pdf>
19. Even M, Sutter-Dallay AL. La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature. Encephale 2019;45:340-4.
20. Haute Autorité de Santé. Résultats de l'enquête sur les pratiques professionnelles contribuant à la bientraitance des enfants et des adolescents accueillis dans les établissements de la Protection de l'Enfance et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Daint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/11_02_2019_enquete_bt_pe_version_com_pour_pdf.pdf
21. Moro MR, Brisson JL. Mission bien être et santé des jeunes. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2016.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_bien-etre_et_sante_des_jeunes_partie_1.pdf

22. Défenseur des droits. Enfance et violence : la part des institutions publiques. Paris: DD; 2019.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae-2019-num-22.10.19-2_1.pdf

23. Direction générale de la cohésion sociale, Martin C. L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_acte_usuels.pdf

24. Bonneville-Baruchel E. Obstacles et perspectives des soins psychiques aux enfants confiés à la Protection de l'enfance. Dialogue 2018;218(4):45-56.

<http://dx.doi.org/10.3917/dia.218.0045>

25. Frechon I, Breugnot P. Accueil en protection de l'enfance et conditions de sortie sous le prisme du placement familial. Dans: Euillet S, ed. Parcours en famille d'accueil Paris: L'Harmattan; 2019. p. 37-59.

26. Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques, Abassi E. 61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance. Les Dossiers de la DREES 2020;(5):5-22.

27. European Network of Ombudspersons for Children. La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe. Rapport de synthèse. Strasbourg : ENOC; 2018.

28. Turlais A. Pratiques psychothérapeutiques et protection de l'enfant : la décision difficile d'engager un processus de séparation Approches plurielles du processus décisionnel au sein d'une unité de psychothérapie infantile [Thèse] [doctorat de Sciences

de l'éducation]. Paris: Université Paris Ouest Nanterre La Défense ; 2016.

<https://bdr.parisnanterre.fr/theses/internet/2016PA100071/2016PA100071.pdf>

29. CNAPE la protection de l'enfant. Contribution sur la santé mentale des mineurs. Examen de la France par le comité des droits de l'enfant de l'ONU Paris: CNAPE; 2020.

https://www.cnape.fr/documents/cnape_contribution-sur-la-sante-mentale-des-mineurs-examen-de-la-france-par-le-comite-des-droits-de-lenfant-de-lonu_juillet-2020/

30. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits "Mineurs isolés étrangers (MNA)". Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_mna_web.pdf

31. Rousseau D, Riquin É, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. Rev Fr Aff Soc 2016;(1):343-74.

32. Bronsard G, Boyer L. Étude médico-psychologique d'adolescents placés en centre éducatif fermé en France. Paris: CNAPE; 2019.

<https://www.cnape.fr/documents/guillaume-bronsard-etude-medico-psychologique-dadolescents-places-en-centre-educatif-ferme-en-france/>

33. Coldefy M, Faure P, Prieto N. Les enfants et adolescents pris en charge dans les centres médico-psycho-pédagogiques. Etudes et Résultats 2005;(392):1-8.

