

**Première rencontre  
annuelle  
Aide Sociale à l'Enfance et  
pédopsychiatrie  
-Actes-**

**Retrouver l'ensemble des interventions sur la [chaîne YouTube de l'ONPE](#)**

L'ONPE et la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines Associées (SFPEADA) ont organisé pour la première fois une journée nationale de rencontre entre les services de l'Aide sociale à l'enfance et de pédopsychiatrie le vendredi 23 septembre 2022 à Paris.

Cette journée a rassemblé près de 300 personnes, à la fois des professionnels socio-éducatifs, du champ médical, des représentants de départements, du secteur associatif, mais aussi issus de la communauté scientifique et des usagers de l'ASE. Cette journée a permis de réfléchir collectivement aux enjeux, comme aux initiatives existantes sur le territoire national, afin de favoriser un meilleur partenariat entre les services de protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie. Le présent document vise à rendre compte des interventions et des échanges qui ont eu lieu durant le séminaire.

## Programme de la matinée

### 9h - 9h30 Allocutions d'ouverture

**Charlotte Caubel**, Secrétaire d'État auprès de la Première Ministre, en charge de l'enfance (*en vidéo*)

**Martine Brousse**, Vice-Présidente du Groupement d'Intérêt Public de l'Enfance en Danger - GIPED, Directrice générale de la Fédération « La Voix de l'Enfant »

**Dr Jean Chambry**, Pédopsychiatre, Chef de pôle 75109, Président de la SFPEADA

**Pr Guillaume Bronsard**, pédopsychiatre, CHU de Brest

### 9h30 - 10h Introduction

**Regard historique sur les relations entre l'ASE et la pédopsychiatrie**

**Animation : Marie Michèle Bourrat**, Pédopsychiatre honoraire – Limoges (Haute-Vienne)

**Dr Romain Dugravier**, Pédopsychiatre au Centre de psychopathologie périnatale, Institut Paris Brune, Centre hospitalier Sainte-Anne

### 10h - 12h30 – Table ronde 1

**Les enjeux de la rencontre à deux moments clés du développement de l'enfant**

### 10h - 11h Petite enfance et accueil précoce en protection de l'enfance

**Animation : Louis Tandonnet**, Pédopsychiatre, Chef de Pôle – CHD Agen (Lot-et-Garonne)

**Jeanne Perrin**, Directrice Enfance Famille adjointe au Département de Seine-Maritime

**Pr Gisèle Apter**, Professeure d'université – Praticienne hospitalière en pédopsychiatrie, Chef de Service de la Pédopsychiatrie Universitaire au GHH Groupe Hospitalier du Havre, Présidente de la Société de l'information psychiatrique

### 11h15 - 12h30 Répondre aux besoins de soins psychiques des adolescents protégés

**Animation : Éric Ghozlan**, Directeur général adjoint « Œuvres de Secours aux Enfants » - OSE

**Stephane Berger**, Chef de service du dispositif « L'abri », Maison des adolescents et **Valérie Foulon**, Directrice Enfance Famille du département des Bouches-du-Rhône et **Pr Guillaume Bronsard**, Pédopsychiatre PU-PH, CHU de Brest (Finistère), Président de l'Association nationale des Maisons des Adolescents et de l'EPE IDF.

**Pr Mario Speranza**, Pédopsychiatre, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Versailles (Yvelines), Chef du département de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent au Centre Hospitalier de Versailles et Directeur de l'équipe de recherche INSERM "Psychiatrie du Développement" de l'Université Paris Saclay et **Sophie Dupont**, Directrice de l'Institut du Psychotraumatisme de l'Enfant et de l'Adolescent, Versailles.

### Programme de l'après-midi

#### 14h - 14h30

**Présentation de l'enquête exploratoire : « Regards portés par des Directeurs Enfance Famille (DEF) sur les relations partenariales entre la protection de l'enfance et la pédopsychiatrie » réalisée par l'ONPE**

**Louise Genest et Caroline Touraut**, Chargées d'études à l'ONPE

#### 14h30 - 15h30 – Table ronde 2

**Regards de jeunes adultes anciennement protégés sur les besoins en soins pédopsychiatriques des enfants suivis en protection de l'enfance**

Trois jeunes adultes ayant été suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance

La table ronde sera animée par **Noëllie Greiveldinger**, Psychologue, Mission Innovations Sociales, Pôle des Solidarités, Département des Pyrénées-Orientales

#### 15h45 - 16h45 – Table ronde 3

**Des expériences de partenariats entre l'ASE et la pédopsychiatrie**

**Stéphanie Laville**, Cheffe de service au Dispositif d'accueil familial thérapeutique et social (DAFTS) « « La Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence des Savoie » » et **Elisabeth Nebrigic**, Cadre de santé, Centre Hospitalier Spécialisé de Savoie et **Elise Jacquin-Dantin**, Chef de service EJF/PMI protection - Maison sociale du Département bassin Chambérien.

**Dr Jean Chambry**, Pédopsychiatre, Chef de pôle 75109, Président de la SFPEADA et **Anne-Laure Hochedez-Planche**, Sous-directrice de la Sous-direction Prévention et protection de l'enfance, Direction de l'Action sociale, de l'enfance et de la Santé à la Ville de Paris

#### 16h45 - 17h15 Conclusion de la journée

**Pr Guillaume Bronsard**, Pédopsychiatre, CHU de Brest (Finistère), Président de l'Association nationale des Maisons des Adolescents et de l'EPE IDF, membre de la SFPEADA

**Flore Capelier**, Directrice de l'ONPE

# ACTES DE LA JOURNEE

Charlotte Caubel, Secrétaire d'État auprès de la Première Ministre, en charge de l'enfance

Bonjour à toutes et tous,

Je n'ai pas pu être des vôtres aujourd'hui mais je tenais à participer à votre journée. Nous mesurons tous les enjeux de santé mentale des enfants et des jeunes et les défis de la pédopsychiatrie dans le champ de la protection de l'enfance.

Je tenais aussi à saluer l'initiative de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) et la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées (SFPEADA) d'organiser cette journée inédite, en présence d'acteurs tous très investis. Une journée qui, j'en suis certaine, sera un lieu d'échanges nourris.

De mon expérience professionnelle, et à la suite de mes premiers échanges avec bon nombre d'entre vous, j'identifie plusieurs enjeux majeurs :

## **1) D'abord, nous avons un enjeu d'évaluation des problématiques de santé mentale des enfants, de diagnostic des tendances et des besoins :**

Aujourd'hui, nous constatons des symptômes chez les enfants et les jeunes. Nous connaissons certaines causes, nous en présumons d'autres mais nous devons approfondir nos recherches et nos connaissances. Nous manquons encore d'indicateurs stabilisés même si nous avons de premiers chiffres grâce aux rapports tous deux bien étayés de l'ONPE et de la Défenseure des droits sur le sujet.

On commence seulement à mesurer les effets de la crise sanitaire sur la santé mentale, une crise qui, nous le savons, a été un véritable catalyseur des problèmes de santé mentale en France, tout particulièrement chez nos jeunes. Un phénomène, qui malheureusement, se ressent encore plus chez nos jeunes pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Les rapports et les observations sur le terrain ne cessent de le démontrer : cette fragilité psychique peut être une cause de rupture de lien familial, une cause de difficulté éducative. Elle peut mener quelques fois à un placement. Mais la situation de la famille peut, elle aussi, provoquer des fragilités psychiques. Bien souvent la réalité est complexe, et il est difficile d'identifier l'origine du point de rupture. De cette difficulté dans le diagnostic résulte bien souvent une difficulté dans la prise en charge.

## **2) Les adultes qui accompagnent les enfants en fragilité mentale vivent au quotidien ce que je considère comme un 2<sup>nd</sup> enjeu : un enjeu de prise en charge**

Il existe des disparités territoriales dans la prise en charge sur lesquelles nous devons travailler. Ces disparités concernent à la fois le nombre et le type de professionnels et de structures. Il nous faut un maillage des professionnels plus homogène, que ce soit dans le domaine social mais aussi médical.

Sur la prise en charge, il est évident qu'elle doit être toujours plus précoce et pluridisciplinaire. Il faut s'adapter aux besoins de l'enfant, en fonction de la manifestation des troubles.

Cette réflexion doit se conduire dans le champ du social, du médical et de la prise en charge éducative. C'est le dialogue entre les professionnels qui permettra d'établir un bon parcours de soins de l'enfant. Je pourrais citer, par exemple, le parcours de « Santé protégée » et le parcours « Pegase » qui permettent d'avoir un suivi renforcé du parcours de soins de l'enfant. Les témoignages de professionnels qui travaillent dans les maisons des adolescents vont dans le même sens. Ils montrent aussi la nécessité de ne pas rester isolé dans sa pratique.

## **3) Enfin, et c'est mon 3<sup>ème</sup> point, nous avons un enjeu de prévention :**

C'est déterminant dans le champ de la santé mentale. Trop souvent, c'est le recours aux médicaments qui prévaut, alors qu'un travail préventif permettrait d'éviter des situations de rupture. L'approche psychologique et médicale n'est pas suffisante. Une approche éducative, d'accompagnement des parents est tout aussi essentielle.

Ce que je souhaite rappeler ici, c'est qu'il n'y a pas de solutions miracles mais des solutions partagées, préventives autant que possible, pour ces profils de jeunes aux besoins particuliers.

A nous de mieux construire leurs parcours.

**Aux ruptures de vie, n'ajoutons pas de ruptures dans le parcours éducatif et médical. La vie de ces enfants est déjà suffisamment complexe.**

**Je vous souhaite de très bonnes réflexions.**

**Martine Brousse, Présidente de la Voix de l'enfant et vice-présidente du GIP enfance en danger**

Mesdames, Messieurs,

Nous sommes aujourd'hui réunis entre représentants de la pédopsychiatrie et plus largement du corps médical, des conseils départementaux, du secteur associatif et de jeunes accompagnés au titre de la protection de l'enfance pour un temps d'échanges inédit, organisé grâce à un partenariat entre l'Observatoire national de protection de l'enfance et la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des disciplines associées.

Cette journée a rencontré un vrai succès et nous avons reçu des demandes d'inscriptions bien au-delà des 400 personnes aujourd'hui réunies. Cette mobilisation témoigne de la volonté partagée des acteurs du soin et du social de mieux dialoguer ensemble pour répondre aux besoins des enfants en améliorant notamment leur prise en charge au titre de la santé mentale. Il faut par ailleurs souligner que, si cette journée porte sur la santé mentale en se centrant sur la question des besoins pédopsychiatriques des enfants, nous n'oublions pas que la santé mentale doit être aussi prise dans une acception plus large qui renvoie au bien-être et aux besoins fondamentaux des enfants. C'est d'ailleurs la thématique retenue cette année pour le Rapport Annuel au Gouvernement et au Parlement (RAGP) publié par l'ONPE que j'ai eu le plaisir de remettre à la secrétaire d'Etat et plus récemment à la présidente de l'Assemblée nationale.

Je suis, comme vous le savez, vice-présidente du GIPED, présidente de la Voix de l'enfant mais je représente aussi aujourd'hui la présidente du GIPED, Florence Dabin, vice-présidente de l'ADF. Ces différentes fonctions nous inviteront à être particulièrement attentives aux échanges d'aujourd'hui, comme aux conclusions de la journée.

Cette journée a été introduite par la Secrétaire d'Etat. Son intérêt met en évidence l'importance d'une politique publique transversale et partagée pour penser la santé des enfants les plus fragiles. Pour rappel, au 31 décembre 2020, on compte en France 308 000 mineurs suivis au titre de la protection de l'enfance, plus de 32 000 jeunes majeurs, et 3 500 pupilles de l'État. Parmi la population enfantine générale, le chiffre de 10% d'enfants victimes de maltraitance est souvent avancé et sera discuté par l'ONPE dans une publication à venir en novembre.

Pour finir, je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont rendu cette journée possible et travaillent depuis plusieurs mois pour faire de ce temps un lieu d'échanges partenarial. Je souhaite aussi remercier tout particulièrement les jeunes qui ont accepté d'apporter leur contribution à cette journée et Madame Noëllie Greiveldinger qui les a accompagnés. Mes remerciements vont également au comité de pilotage de cet évènement composé de membres de l'ONPE, de la SFPEADA, de directeurs enfance famille, d'un représentant de l'ANDASS et de l'ANDEF.

C'est ainsi avec plaisir que je laisse la parole au Docteur Chambry et à Monsieur Bronsard pour introduire cette journée et les débats qui s'annoncent particulièrement riches.

## Jean Chambry, Président de la SFPEADA

Mesdames, Messieurs,

Cette journée est née d'une rencontre entre l'ONPE et la SFPEADA lors de la journée annuelle que nous avons organisée en 2021. Nous avons envie de témoigner de la créativité des professionnels et des services comme des partenariats possibles. Il y a aujourd'hui besoin de renforcer le « prendre soin », d'être attentifs ensemble, depuis la prévention jusqu'à la prise en charge, pour mieux répondre aux besoins des enfants.

Il s'agit de la première rencontre entre le champ sanitaire et celui de la protection de l'enfance, avec l'objectif de pouvoir renouveler l'essai.

**Guillaume Bronsard, Pédopsychiatre PU-PH, CHU de Brest**

Comme le disait le Dr Chambry, il s'agit d'une première journée, ce qui veut dire qu'il y en aura d'autres. Une telle initiative pose la question de savoir si la protection de l'enfance est, au moins, doit être, un sujet majeur de la pédopsychiatrie française. Est-ce un sujet en soi ? Devenons nous dédier des pratiques voire des dispositifs à ces enfants ou y a-t-il un risque trop grand de pathologiser la souffrance psychique « ordinaire » des enfants placés ?

A Brest, dans mon service, près de deux tiers des enfants hospitalisés ont une mesure de protection de l'enfance. Ils sont environ 40% en accueil de jour à être concernés par une telle mesure de protection. Le sujet de la place de la protection de l'enfance en pédopsychiatrie est « de fait ». Inversement, la prévalence des troubles psychiques avérés chez les enfants placés est supérieure à 50%. Le sujet de la place de la psychiatrie en protection de l'enfance est « de fait ».

Avoir des regards et des mains croisés entre la pédopsychiatrie et l'aide sociale à l'enfance devrait permettre d'éviter que les uns ne se défaussent sur les autres. La pédopsychiatrie doit pouvoir être dans le lien, en cœur, avec l'Aide sociale à l'enfance, et inversement, ce qui en pratique n'est pas toujours facile ni vrai.

Rappelons pourtant que le premier service de pédopsychiatrie française a été créé à Paris il y a 100 ans dans un patronage pour enfants confiés par le Professeur Georges Heuyer, qui lui-même, quelques années plus tard fondait la SFPEADA.

Il est aujourd'hui aussi essentiel que l'Université et les recherches scientifiques menées dans le champ de la pédopsychiatrie prennent en compte les enjeux propres à la protection de l'enfance. C'est d'ailleurs dans ce cadre que nous avons animé, avec l'ONPE, un cycle de séminaires en 2021-2022 composé de sept séances sur la thématique de la santé mentale des enfants protégés.

Pour conclure, les enfants placés sont à l'origine des premiers travaux de pédopsychiatrie, à la fois sur le plan institutionnel mais aussi théorique. Les enfants placés ont été à l'initiative de la pédopsychiatrie, ils doivent être aussi son avenir.

## ♣ Regard historique sur les relations entre l'ASE et la pédopsychiatrie

**Marie-Michèle Bourrat, Pédopsychiatre honoraire, Limoges (Haute-Vienne)**

Il s'agit avec ce propos d'ouverture de situer d'où vient la pédopsychiatrie et quelle est son histoire pour ne pas être obnubilé par les difficultés que nous rencontrons actuellement. Il

s'agit également de trouver des points de convergences dans l'histoire de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie. Un enfant est un être psychique qui a des affects et c'est là que nos champs se rencontrent. Il s'agit ici d'articuler prévention, soin et protection de l'enfance. Il n'y a pas de prévention en dehors du soin. Par ailleurs, la clinique comme la recherche doivent être perçues comme les principaux moyens d'agir. Dès 1969, un numéro de la revue de neuropsychiatrie infantile déclare que « la pédopsychiatrie est une discipline de carrefour, sa pluridisciplinarité est évidente. (...) Mais cette diversité d'accès doit précisément faire définir l'autonomie du lieu de rencontre. » (...) « la mise en place du plan enfance inadaptée nécessite la collaboration de 1000 pédo-psychiatres à temps plein »<sup>1</sup>.

Comme le soulignait Myriam David, citée par Romain Dugravier<sup>2</sup>, Clinique et recherche sont intimement liées : **"La recherche est un moyen clinique formidable"**.

## Romain Dugravier, Pédopsychiatre au Centre de psychopathologie périnatale, Institut Paris Brune, CH Sainte-Anne

Cette intervention, sur un temps ramassé d'une vingtaine de minutes, vise à broser à grands traits l'histoire entremêlée de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie française. Pendant très longtemps, l'enfant est très peu considéré par la société, comme le montre la fréquence des infanticides et des abandons d'enfants. La première législation sur le droit du travail apparaît en 1840. Par ailleurs, pendant plusieurs siècles, certains enfants sont considérés comme dangereux, carencés ou irrécupérables. Pour autant, il y a deux étapes importantes dans la prise de conscience autour de l'enfant : la création de l'Hôtel Dieu par François Premier (1536) puis l'œuvre de Saint Vincent de Paul pour les enfants abandonnés avec la création de l'hôpital des enfants trouvés (pour les orphelins mais aussi pour les enfants illégitimes) (1638). Les propositions faites par Saint Vincent de Paul vont conduire à une baisse des infanticides, ayant pour corolaire une hausse croissante des abandons (pour rappel, le système « des tours d'abandon » mis en place au XVIème siècle favorise les possibilités d'abandons en préservant l'anonymat).

Il faut finalement attendre la Révolution française pour qu'une nouvelle étape apparaisse dans la manière de considérer l'enfant. Pour autant, des travaux d'historiens montrent qu'à Paris au XVIIIème siècle, près de la moitié des enfants sont abandonnés. Par ailleurs, ces enfants vont mourir précocement au moment du voyage qui les conduit chez leurs nourrices, ou plus

---

<sup>1</sup> Revue de neuropsychiatrie infantile, mars 1969, 17-3, p 215-220

<sup>2</sup> Dugravier R. et Guédénéy A., *Quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels*, in La psychiatrie de l'enfant P.U.F, 2006/2 - Vol. 49 pages 405 à 442



tard à leur domicile, notamment parce que leurs conditions de vie sont également très précaires<sup>3</sup>.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, le service des enfants assistés est créé, et fait suite à deux moments clés : d'une part, la mise en place d'allocations « enfants secourus » pour les familles nécessiteuses et d'autre part, en 1874, la loi Roussel qui met en place une surveillance publique des enfants placés en nourrice.

1889 est également une date importante car pour la première fois, la loi envisage la déchéance ou délégation à l'Assistance Publique de la « puissance paternelle ».

Paradoxalement peut être, le XIX<sup>ème</sup> siècle est également traversé par une forte méfiance de la population à l'égard des enfants vagabonds, dits « mauvaise graine » et avec le besoin de garantir le maintien de l'ordre public.

La loi de 1904 permet également l'apparition progressive de l'assistance éducative, accompagnée en 1912 de la création des tribunaux pour enfants, avec le passage important d'un système de répression vers un système de protection. En 1945, c'est la création du juge des enfants. A la même période, le développement des connaissances médicales permet également de réduire la mortalité infantile. Ces évolutions conduisent à la mise en place de premières enquêtes sociales et d'examens médico-psychologiques pour mieux saisir ce que vit l'enfant. Ces premières actions sont par ailleurs imbriquées avec le développement de la pédopsychiatrie :

- 1914 : Les travaux de Georges Heuyer et notamment son ouvrage intitulé « *Enfants anormaux et délinquants juvéniles : nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers* »<sup>4</sup>
- 1939 : La lettre au British medical journal (D.W. Winnicott, J. Bowlby et E. Miller) qui évoque les risques d'une séparation trop précoce des enfants et le risque d'actes de délinquance à l'adolescence qui a été publié dans l'ouvrage de Winnicott D. W. *Déprivation et délinquance*, Paris, Payot, 1994.
- 1944 : Les travaux de J. Bowlby et plus particulièrement son travail sur *44 jeunes voleurs*. Il identifie parmi un groupe d'enfants voleurs qui semblent dépourvus d'émotions, confrontés à leurs comportements transgressifs des expériences de séparations précoces répétées et/ou prolongées d'avec leur mère<sup>5</sup>.

La pédopsychiatrie est longtemps structurée à partir des modèles de la psychiatrie d'adulte, avec l'idée que les enfants vagabonds ou dangereux sont irrécupérables en raison de tares

---

<sup>3</sup> de Ayala, C. (2010). L'histoire de la protection de l'enfance. *Le Journal des psychologues*, 277, 24-27

Pical, D. (2014). Historique du placement des enfants délinquants et en danger. Dans : Dominique Attias éd., *Le placement des enfants* (pp. 33-52). Toulouse: Érès.

Becquemin, M. & Chauvière, M. (2013). L'enfance en danger : genèse et évolution d'une politique de protection. *Enfances & Psy*, 60, 16-27.

<sup>4</sup> Georges Heuyer, *Enfants anormaux et délinquants juvéniles : nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers*, Paris, G. Steinheil éditeur, 336 p

<sup>5</sup> Bowlby, J. 1944. « Fourty-four juvenile thieves », *International Journal of Psychoanalysis*, n° 25, p. 19-52

congénitales. La reconnaissance de la pédopsychiatrie comme une spécialité médicale est donc tardive. L'avènement d'une nosologie spécifique apparaît néanmoins progressivement, notamment en lien avec les travaux relatifs à l'autisme.

Entre 1948 et 1955, le retour d'expérience sur la fondation Parent de Rosan va conduire à des avancées majeures pour la pédopsychiatrie. Pour rappel, il s'agit alors d'un foyer dans lequel les enfants sont laissés à l'abandon, attachés sur des chaises à longueur de journée. J. Aubry, J. Bowlby et M. David montrent que plus les enfants restent en institution, plus ils se dégradent. Ces chercheurs montrent qu'il n'existe pas de prise en charge de l'enfant dans sa singularité au sein de cette structure. Les enfants en question ont deux ans quand ils arrivent mais peuvent en amont faire une dizaine de lieux de placement en raison de l'organisation et du fonctionnement des services publics. Ces enfants passant par le dépôt, les services de pédopsychiatrie et les foyers. Ces enfants sont ceux dont les parents ne veulent pas, d'où l'intérêt de leurs proposer un accompagnement de qualité et de les considérer. La découverte de ces enfants a bouleversé la pédopsychiatrie en montrant la déshumanisation dans les lieux d'accueil mais aussi la possibilité d'infléchir les trajectoires de ces enfants en leur proposant un accompagnement adapté.

Les travaux de M. Soulé, parmi d'autres, tout au long de la deuxième moitié du XXème siècle, montrent le besoin d'un service unique de l'enfance permettant une collaboration inter-institutionnelle entre les services de pédopsychiatrie et de l'aide sociale à l'enfance. Un des enseignements majeurs est également de considérer qu'il n'est pas possible d'isoler prévention, protection et soin à l'égard de l'enfant et que ceux-ci sont nécessairement intriqués. Ainsi, les enfants accompagnés au titre de la protection de l'enfance devraient avoir un droit aux soins psychiques.

## ♣ Table ronde 1 : Les enjeux de la rencontre à deux moments clés du développement de l'enfant

### -Petite enfance et accueil précoce en protection de l'enfance-

#### Louis Tandonnet, pédopsychiatre, Chef de Pôle - CHD Agen (Lot-et-Garonne)

La commission « Zéro sans solution » mise en place dans mon département pour des jeunes de 15 à 17 ans montre que l'ensemble de ces enfants ont été repérés avant 6 mois et placés avant 6 ans, ce qui met en évidence la possibilité de pouvoir travailler ensemble plus précocement. C'est l'objectif de cette table ronde qui présente les partenariats mis en place dans deux territoires différents.

#### Jeanne Perrin, Directrice Enfance Famille adjointe en Seine maritime

Les enfants de moins de 6 ans en Seine Maritime représentent 28% des alertes reçues par la CRIP depuis le 01/01/22. En Seine-Maritime, 1700 enfants de moins de 6 ans ont une mesure d'aide sociale à l'enfance. La très grande majorité de ces enfants protégés (ayant moins de 6 ans) sont bénéficiaires d'une mesure de milieu ouvert (pour 48%, il s'agit d'une TISF, 43% une AED-AEMO et pour 9% une mesure de milieu ouvert renforcé). Seuls 26% d'entre eux font l'objet d'un placement. Dans cette hypothèse, 63% sont en accueil familial classique et 7% en accueil familial renforcé, 15% en pouponnières et 14% en MECS.

La question d'une politique d'accueil des tout petits est posée en Seine-Maritime et des actions concrètes sont menées avec la proposition de spécialiser le service d'accueil familial sur le jeune public, ainsi que la mise en place d'un travail resserré avec la PMI (et ce, malgré les difficultés de recrutement dans ces services). Un travail est également mis en place avec le médecin référent de l'ASE.

Dans ce cadre, les enjeux de collaboration entre la protection de l'enfance et la pédopsychiatrie sont les suivants :

**Prendre en considération la forte prévalence des handicaps et troubles psychiques** chez les enfants protégés de 0 à 6 ans, mais aussi les troubles psychiques de leurs parents.

**Identifier les situations de dysparentalité au cours du placement.** La CESSEC est mise en place dans le département depuis 2019 et se centre sur la situation des tout petits. Cette commission offre la possibilité de croiser les regards entre l'ASE, la pédopsychiatrie et les magistrats. Après deux ans de fonctionnement de cette commission, il est apparu que les avis de la CESSEC étaient peu suivis par les équipes ASE, avec des freins importants sur le repérage des dysparentalités, la capacité de les nommer avec l'enfant et proposer une évolution de son statut juridique. Pour répondre à ce constat, le département a proposé une évolution des

outils d'évaluation sur le danger encouru par l'enfant, mais aussi sur l'observation du positionnement parental lors des rencontres avec l'enfant. Un travail sur le génogramme est également proposé aux professionnels afin de mieux comprendre le lien parental et l'histoire de la famille. Il a également été proposé une formation aux professionnels de l'aide sociale à l'enfance, assurée par le Professeure Gisèle Apter. Il s'agissait notamment de mettre en évidence les conséquences des dysparentalités sur le développement de l'enfant. Ces différentes actions ont été menées en 2022 et devront être évaluées prochainement.

**Une meilleure connaissance des enfants accueillis** : le département de Seine Maritime participe au programme PEGASE et a travaillé au lancement d'une Fédération Hospitalo-Universitaire (FHU) sur la pédopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ce dernier projet permet un travail autour de l'identification des facteurs de vulnérabilité qui influencent les trajectoires développementales des enfants et adolescents confiés. En pratique, cette action doit également permettre de développer la coordination entre les services de l'ASE et la pédopsychiatrie.

**Une action précoce en direction des enfants** : Cette action s'est traduite par le déploiement de formations partagées entre l'ASE et la pédopsychiatrie dans le cadre du référentiel Haute Autorité de Santé (HAS), mais aussi la mise en place de réflexes partagés pour repérer et évaluer les événements traumatiques vécus par les enfants (ex : protocole de gestion des situations de féminicides qui comporte une phase d'hospitalisation systématique en pédiatrie pour les enfants pour évaluation).

Pour en savoir plus sur l'organisation et le fonctionnement des CESSEC, voir la note d'actualité de l'ONPE sur le sujet :

« [État des lieux de la mise en place de commissions pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles d'examen de la situation des enfants confiés à l'ASE](#) », avril 2018.

[https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/enquete\\_commissions.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/enquete_commissions.pdf)

**Gisèle Apter**, pédopsychiatre, Chef de Service de la Pédopsychiatrie Universitaire au Groupe Hospitalier du Havre, Présidente de la Société de l'information psychiatrique

Les tout petits, ceux qui ne parlent pas et n'ont seulement que quelques mois, sont ceux que personne ne veut séparer. **Pourquoi est-ce si difficile pour nous de penser l'enfant comme à égalité avec ses parents, ayant les mêmes droits de soin et de protection que ses parents ?** Cette difficulté est propre à l'ensemble des services (ASE, magistrats, service de soins de l'adulte, mais aussi de pédiatrie ou de pédopsychiatrie). Pourquoi ?

L'évolution des représentations autour de la famille a conduit, notamment en 2007, à la définition de la protection de l'enfance comme ayant pour objectif de prévenir les difficultés des parents (art. 1er de la loi 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance). En 2016, la loi comme la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant<sup>6</sup>, ont permis de se centrer sur l'enfant et sur sa protection. Ce modèle de pensée est difficile au regard des considérations sociales comme sociétales qui insistent sur l'importance que l'enfant soit élevé ou a minima rendu à sa famille. Pourtant, **ce qui doit primer, c'est la sécurité de l'enfant**. Le droit rappelle que l'enfant ne doit pas être séparé contre son gré, en revanche, cette séparation doit être effective lorsque l'enfant est négligé ou maltraité.

En réalité, plus les enfants sont petits, plus il est raisonnable de proposer de les protéger de manière rapide et durable. Il s'agit de se préoccuper réellement de ces enfants, de leur permettre de trouver un rythme pour qu'ils puissent se réparer. Il faut que les enfants comprennent que les professionnels sont bien là pour les protéger en évitant la répétition des traumatismes. Il est important de se dire qu'en permettant la répétition des distorsions dans les relations parents-enfants, on ne rend service ni à l'enfant, ni aux parents. En pratique, cela implique des staffs partagés entre l'ASE et la pédopsychiatrie pour assurer des évaluations et des accompagnements communs jusqu'à la sortie du système de protection de l'enfance. La formation-action pluri institutionnelle est, en la matière, essentielle pour favoriser des échanges et des prises de décisions partagées. Cela nécessite des moyens mais aussi de dépasser les dénis (des carences et des négligences vis-à-vis des tout-petits) qui existent dans ce domaine pour tenir compte de la temporalité de l'enfant et de son intérêt.

Il s'agit donc de créer ensemble les modalités d'accompagnement de l'enfant mais aussi de réfléchir et de développer la recherche et la pratique ensemble. Par ailleurs, plus les professionnels sont nombreux (santé, justice, social, etc.), plus la coordination autour de l'enfant est essentielle mais aussi difficile. **Il nous faut absolument encourager un travail qui permette de se mettre d'accord sur l'évaluation des compétences et des efficiences (ou déficiences) intellectuelles des parents mais aussi du degré de danger encouru par l'enfant en fonction de son âge et de sa situation**. Il est important d'avoir une évaluation croisée, autour des savoirs universitaires et expérientiels, pour savoir quel est l'intérêt de l'enfant aujourd'hui, mais aussi demain, pour répondre à ses besoins et ainsi veiller à la stabilité de son parcours.

---

<sup>6</sup> Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Synthèse du rapport remis par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, 28 février 2017 : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_du\\_rapport\\_besoins\\_fondamentaux\\_de\\_l\\_enfant.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_du_rapport_besoins_fondamentaux_de_l_enfant.pdf)

-Répondre aux besoins de soins psychiques des adolescents protégés-

Eric Ghozlan, Directeur général adjoint « Œuvre de Secours aux Enfants » - OSE, membre du CNPE et de la SFPEADA

Cela a été rappelé au cours de cette matinée, la clinique en protection de l'enfance s'appuie sur des références théoriques devenues essentielles à la compréhension des situations et à l'accompagnement des enfants protégés : la théorie de l'attachement, le méta besoin de sécurité issu de la conférence de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant, tout comme le référentiel d'évaluation du danger. Il faut pouvoir mettre en application ces boussoles. Renforcer la formation des professionnels et poursuivre la réflexion critique sur les aspects organisationnels de la protection de l'enfance souvent traversée par des enjeux politiques et idéologiques. Ainsi, la loi de février 2022, et notamment son article premier, rappelle ce qui existait déjà en termes d'évaluation des ressources familiales mais conditionne, pour la première fois explicitement, le placement de l'enfant à la preuve qu'il n'est pas possible de désigner un tiers digne de confiance dans sa famille ou son environnement. Une telle affirmation est problématique en ce qu'elle affiche une volonté de désinstitutionnalisation de la protection de l'enfance. Or tout comme en pédopsychiatrie, s'il y a des références nosographiques générales, la protection de l'enfance se doit de réfléchir au cas par cas sans dogmatisme.

Valérie Foulon, Directrice enfance famille du département des Bouches du Rhône

Le département des Bouches-du-Rhône a le privilège d'avoir un Centre Médico Psycho Pédagogique Départemental (CMPPD) et une Maison Des Adolescents (MDA). La collaboration de travail entre les services de l'ASE et ces deux acteurs était de grande qualité et pourtant, malgré ce partenariat resserré, il existait des jeunes confiés à l'ASE avec des parcours chaotiques, des troubles sévères du comportement, et vivant des exclusions multiples d'Institut médico-éducatif (IME), d'Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique (ITEP) ou de foyers. Ces jeunes connaissaient également des hospitalisations d'urgence qui ponctuent leurs parcours.

Face à ces constats, il a été proposé la création d'un service visant à accueillir ces jeunes avec la volonté d'arrêter cette logique de ruptures successives. **Cette structure repose sur une alliance entre le sanitaire, le social et le médico-social.** Le dispositif propose 6 places d'hébergement en chambre individuelle pour des jeunes âgés de 11 à 15 ans. Le dispositif Abri/Maison de l'adolescent (DAM) est porté par le Département et a été ouvert en septembre 2015. L'ouverture de ce service répond à la volonté de travailler ensemble afin d'apporter le soin dont ces jeunes ont besoin.

## Stéphane Berger, chef de service Abri/Maison de l'adolescent (DAM)

En 2015, les enfants étaient admis sur décision de l'aide sociale à l'enfance et de la pédopsychiatrie avec la volonté d'apporter des soins en parallèle d'un parcours éducatif et social. La scolarité était assurée par le CMPPD, dans le cadre d'un collège adapté, pour répondre aux besoins des jeunes majoritairement déscolarisés. Le soin était apporté par les professionnels de la MDA (sous la direction du Pr Bronsard). Le service est composé de 7 éducateurs, d'une infirmière coordonnatrice des soins, d'un chef de service, de deux maîtresses de maison et de quatre veilleurs de nuit.

Cette structure ne comporte pas davantage de moyens que dans les lieux d'accueil classiques sur le plan socio-éducatif. En revanche, ce lieu a des liens privilégiés avec un collège de secteur, la MDA et le CMPPD pour accompagner les jeunes. Le collège en question a été choisi car il a proposé de mettre à disposition un enseignant pour permettre aux jeunes de reprendre progressivement un parcours scolaire. Les jeunes retrouvaient ainsi une normalité en passant quelques heures au collège, dans des cours adaptés, avec une enseignante dédiée et en présence d'un éducateur.

Le dispositif a progressivement évolué. Les 6 places d'accueil étaient initialement réservées à des jeunes âgés de 11 à 17 ans pour une durée de 18 mois. La tranche d'âge a évolué et est désormais de 11 à 15 ans. Cette réduction de la tranche d'âge vise à favoriser les activités thérapeutiques et pédagogiques. Aujourd'hui, le CMPPD a disparu du dispositif. La coordinatrice des soins a donc un rôle déterminant. La formation et les analyses de pratiques ont également permis d'organiser le soin et l'éducation avec des intervenants diversifiés et plus seulement avec le collège initialement ciblé (écoles, collèges, IME, ITEP, etc.). Depuis 2015, l'expérience a montré qu'il était important de ne pas exclure ces jeunes. Le refus d'exclure les jeunes induit de grosses difficultés pour l'équipe mais permet aux jeunes de trouver une sécurité indispensable à leur développement. Depuis 2015, le DAM a permis d'accueillir 30 jeunes. L'accueil de l'enfant dépasse souvent 12 à 18 mois et peut aller jusqu'à 3-4 ans.

Dans une dizaine de situations, il y a eu des réorientations mais pas de renvois. Pour 6 enfants, la structure coûte 1 millions d'euros par an, cela demande par conséquent un investissement politique et financier très important, ici majoritairement de la part du département.

***La participation de l'Etat est indispensable au regard du besoin de garantir l'accès aux soins, à la scolarité, aux loisirs (etc.) des enfants protégés. Aujourd'hui, l'Etat n'est pas présent sur un tel dispositif en dehors du forfait soin.***

## Guillaume Bronsard, Pédopsychiatre PU-PH, CHU de Brest

Trois points peuvent être mis en avant :

- **Il faut un engagement affectif personnel** : il faut pouvoir aimer, comprendre le fonctionnement et investir ces jeunes en portant la croyance et l'espoir que l'on peut améliorer leur situation. Cette position doit être assumée en trouvant un équilibre permettant une rencontre sincère et totale avec le jeune mais aussi entre les professionnels.
- **Il faut également un portage politique** : ce portage doit être institutionnel et financier du côté du soin comme de la protection de l'enfance. En pratique, cet engagement doit être décliné au national, au local mais aussi dans les situations individuelles.
- **Il faut un lien de confiance entre les pédopsychiatres et les services de l'aide sociale à l'enfance** : cela doit se traduire par une décision partagée entre ces services au moment de l'admission et de la sortie des lieux d'accueil, qu'elle soit de protection de l'enfance ou de soin.

Par ailleurs, en dehors de cette disponibilité et adaptabilité des professionnels comme des services, il faut être en mesure de supporter puis gérer la crise hétéro-agressive du jeune qui va insulter, taper, etc. Les professionnels doivent pouvoir se préparer à une mise à l'épreuve de leur corps et être aidés pour cela. En d'autres termes, supporter la crise nécessite un engagement de l'équipe pédopsychiatrique et de l'équipe qui accueille l'enfant. Un protocole de crise est indispensable, jusqu'à la prévision d'un partenariat avec le SAMU, pour permettre une hospitalisation rapide de celui-ci. **Les crises ne peuvent pas être évitées, il faut donc se préparer à les gérer (besoin de formation sur la réception physique et surtout psychique des coups, la contention des corps, un travail de retour sur expérience avec analyse des pratiques), et bien sûr travailler en permanence à ce qu'elles réapparaissent le moins possible.** Avec le DAM, aucun adolescent n'a été exclu à la suite d'une crise. L'objectif principal, parvenir à rester avec eux sur un long terme, est donc rempli.

## Sophie Dupont, Directrice de l'institut du psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent (IPEA)

Dans les Yvelines, la volonté des acteurs de travailler ensemble a été concrétisée après une rencontre entre la direction enfance famille et Mario Speranza, pédopsychiatre. Cette rencontre a permis d'identifier des enjeux communs liés à la recherche, aux soins et aux



parcours des enfants. Est ainsi née la volonté de créer un institut qui puisse répondre à ces besoins et permettre aux professionnels d'être formés à l'accompagnement des enfants ayant des besoins spécifiques sur le plan de la santé mentale. Cet Institut est un futur GIP dont les membres sont le CD78, le CD92 et le Centre hospitalier de Versailles (CHV). L'activité de soin est sous l'autorisation sanitaire du CHV.

L'institut est composé de :

- **Un pôle de soin** qui doit pouvoir proposer un parcours de soin adapté aux besoins des enfants avec des outils diversifiés. Les jeunes sont accueillis de 0 à 18 ans, voire 21 ans. Des soins leurs sont proposés en interne ou via des possibilités de réorientations vers les acteurs de soins extérieurs.
- **Un pôle de formation** avec une centaine de personnes formées depuis avril 2022. Il s'agit de proposer des formations particulièrement larges, ouvertes à l'ensemble des professionnels du soin, du social et du médico-social autour du psycho-traumatisme. Il s'agit également d'améliorer le dépistage et l'orientation des enfants présentant un état de stress post-traumatique.
- **Un pôle recherche** : Il s'agit de comprendre pourquoi et comment les premières années de vie de l'enfant impactent sa santé physique et mentale ? Pourquoi les enfants et les adolescents sont-ils en moyenne particulièrement vulnérables au stress environnemental précoce ? Et pourquoi certains d'entre eux sont plus résiliants que d'autres au psycho-traumatisme vécu. 7 articles ont été publiés par le pôle recherche cette année. Des partenariats avec l'Inserm et l'ENS ont été noués.

Au sein de l'Institut, le rapport entre les pôles soin, formation et recherche est déterminant. Tous les agents sont donc investis sur l'ensemble des pôles. Il s'agit ainsi de développer une pensée commune avec pour idée forte qu'il faut prendre soin des adolescents comme des personnes qui s'en occupent.

Cet institut est financé actuellement par deux Départements (budget de 10 millions d'euros, en dehors des fonds en cours d'être mobilisés au titre des recherches financées par des partenaires). On peut regretter ici l'absence de portage politique et de financement du côté de l'Etat.

**Mario Speranza**, pédopsychiatre, chef du département de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent au CH de Versailles et directeur de l'équipe de recherche INSERM "Psychiatrie du Développement" de l'Université Paris Saclay

Il faut rappeler que le traumatisme relationnel est souvent lié à une incapacité prolongée des adultes à prendre soin du jeune pendant le développement. Un parent (souvent en souffrance lui-même) qui n'est pas attentif aux besoins fondamentaux de son enfant le laisse seul avec des vécus et des émotions envahissants et non régulés. L'absence d'intérêt de l'environnement aux émotions de l'enfant a comme conséquence d'entraver la capacité l'enfant à identifier ses émotions, à les nommer et à les réguler. Encore plus, face à des comportements ou à des interactions violentes ou négligentes avec l'adulte, face au regard de haine qu'il a pu percevoir dans les yeux des personnes censées s'intéressées à lui, l'enfant va progressivement considérer toute forme de pensée comme potentiellement dangereuse et à inhiber. Ne pas penser devient alors une solution de survie et l'agir prend le pas sur toute forme de mentalisation ou de réflexivité qui impliquent de considérer la perspective d'autrui sur soi. L'environnement n'est plus une source d'informations pertinentes pour apprendre sur le monde voire est une source d'informations qu'il faut éviter avec attention.

**En d'autres termes, le traumatisme relationnel rend difficile voire impossible par le jeune d'utiliser son environnement.** Ces adolescents ont perdu la capacité à apprendre des autres : ils sont enfermés et ont perdu confiance dans l'environnement. L'aide apportée par l'environnement, même si pertinente et bien intentionnée, n'est donc pas utilisable. **Le seul moyen est d'essayer de régénérer cette confiance envers les adultes. Cela passe par la capacité des adultes autour de l'adolescent à lui faire vivre l'expérience qu'on s'intéresse à ce qu'il vit, à comment il voit le monde, à sa perspective sur le monde.** Cette première étape est indispensable pour pouvoir mettre en place un accompagnement de l'adolescent. Cela demande de l'empathie mais aussi une validation des réactions qu'il a, en s'efforçant de comprendre la logique de l'adolescent et pourquoi les crises surviennent. L'idée n'est pas de valider les comportements inadaptés qu'il peut exprimer, mais valider la logique qui amène à ces comportements qui deviennent alors plus compréhensibles et accessibles à des transformations. Les réactions négatives (bien que compréhensibles) des adultes aux comportements de l'adolescent dans les contextes de crise invalident son expérience et de manière involontaire compliquent le vécu de l'adolescent qui peut se sentir une fois de plus non reconnu dans sa souffrance, ce qui peut aggraver le vécu traumatique et le manque de confiance dans les adultes.

Mais cette posture d'empathie et de curiosité vis-à-vis de l'expérience de l'adolescent n'est pas simple à maintenir. Le sentiment de danger ou de menace est souvent au premier plan et charge d'une qualité particulière les relations avec ces jeunes. Les professionnels peuvent se sentir en insécurité et adopter en miroir du jeune des stratégies protectrices non réflexives (avoir des certitudes) qui complexifient le travail avec le jeune et la création d'un lien de confiance. Maintenir une certaine flexibilité et une certaine ouverture avec ces jeunes nécessite de s'appuyer sur un réseau professionnel qui permet de garder des perspectives alternatives sur la situation et un sentiment de confiance.

**Parce que le rôle des professionnels présents autour de l'enfant est essentiel, le réseau constitué autour de ces professionnels l'est également.** Il s'agit de créer, autour des professionnels en contact avec l'adolescent un réseau de soutien et de réflexivité qui permet à ces professionnels de fonctionner « en eaux troubles ». Il s'agit de repérer qui tient la corde qui soutient le jeune et qui soutient le professionnel qui tient cette corde. Le réseau doit travailler de manière réflexive et réparer en permanence les malentendus et les incompréhensions entre le jeune et les professionnels mais surtout entre les professionnels eux-mêmes, ce qui est souvent à l'origine de moments de tension voire de crise du système. Le rôle du pédopsychiatre est alors souvent indirect, en soutien aux professionnels ou au réseau des professionnels plutôt que directement auprès du jeune (qui est souvent dans l'évitement d'une rencontre personnalisée chargée d'anxiété en lien avec la proximité mais également en lien avec la peur de s'identifier avec l'image de la folie). Ce travail sur le réseau est quelque chose de subtil, parfois perçu comme secondaire, alors que c'est l'une des dimensions centrales du soin Il s'agit tout simplement de prendre soin les uns des autres, ce qui nous permet de continuer à penser.

Pour plus d'information sur l'Institut du psycho traumatisme de l'Enfant et de l'Adolescent

IPEA, 9 rue d'Artois - 78000 Versailles.

Téléphone : 01.88.00.00.47

Mail : [secretariat@ipea7892.fr](mailto:secretariat@ipea7892.fr)



#### QUELQUES EXTRAITS DES DEBATS AVEC LA SALLE

**Baptiste Cohen, Apprenti d'Auteuil :** Merci pour les travaux très riches de cette journée. Je livre une réflexion liée au risque d'une hégémonie de la pédopsychiatrie. Pourquoi mettre la psychiatrie au cœur de la démarche pour comprendre le bien être mental des enfants ? Ce bien-être doit être entendu de manière large sans prendre la pédopsychiatrie comme priorité. Les travaux étrangers montrent que l'on peut, avec une approche sociale, psychologique et éducative mieux comprendre les besoins en santé mentale des enfants. Ces réflexions invitent finalement à mieux comprendre comment la santé mentale

des enfants est prise en compte dans les politiques de santé publique, au sein desquelles la pédopsychiatrie est un maillon parmi d'autres.

**Jean Chambry, pédopsychiatre :** la question n'est pas que la protection de l'enfance soit dominée par un regard psychiatrique mais plutôt que la pédopsychiatrie (différenciée de la psychiatrie par un contenu qui vise non seulement la santé mentale mais aussi et surtout la compréhension de l'enfant et de son développement) puisse jouer un rôle dans la compréhension des besoins et des

souffrances de l'enfant. Le regard croisé est  
ici essentiel.

- ♣ Présentation de l'enquête exploratoire : « Regards portés par des Directeurs Enfance Famille (DEF) sur les relations partenariales entre la protection de l'enfance et la pédopsychiatrie » réalisée par l'ONPE

### Louise Genest et Caroline Touraut, chargées d'études à l'ONPE

En 2021-2022, un cycle de séminaires recherche a été organisé par l'ONPE sur la santé mentale des enfants protégés, en lien avec le Pr Guillaume Bronsard<sup>7</sup>. Ce séminaire a permis de mettre en évidence la richesse des travaux existants mais aussi les manques actuels en matière de recherche et l'intérêt de développer la connaissance pour mieux prévenir, accompagner et protéger les enfants victimes de violences et prendre en charge les psycho traumatismes qu'ils ont pu vivre.

Dans le cadre de ces réflexions, l'ONPE a réalisé une étude exploratoire auprès des Directions enfance famille, restituée dans le dernier Rapport annuel au Gouvernement et au Parlement sur la santé des enfants protégés<sup>8</sup>. Cette enquête avait pour ambition de réaliser un premier état des lieux des partenariats existant entre les services départementaux de protection de l'enfance et le secteur de la pédopsychiatrie, mais aussi de questionner les départements sur la manière dont les services de l'ASE et le secteur de la pédopsychiatrie s'organisent pour suivre les enfants confiés.

58 départements ont répondu à l'enquête avec les principaux résultats suivants : 44 départements sur 58 évoquent un partenariat établi. Dans 10 départements, ce partenariat est actuellement à l'état de projet et dans 4 autres, il n'existe pas de partenariat établi.

A partir de la lecture d'articles, et d'échanges que nous avons eus avec des professionnels de terrain, 4 objectifs relatifs à ces partenariats ont été soumis aux répondants :

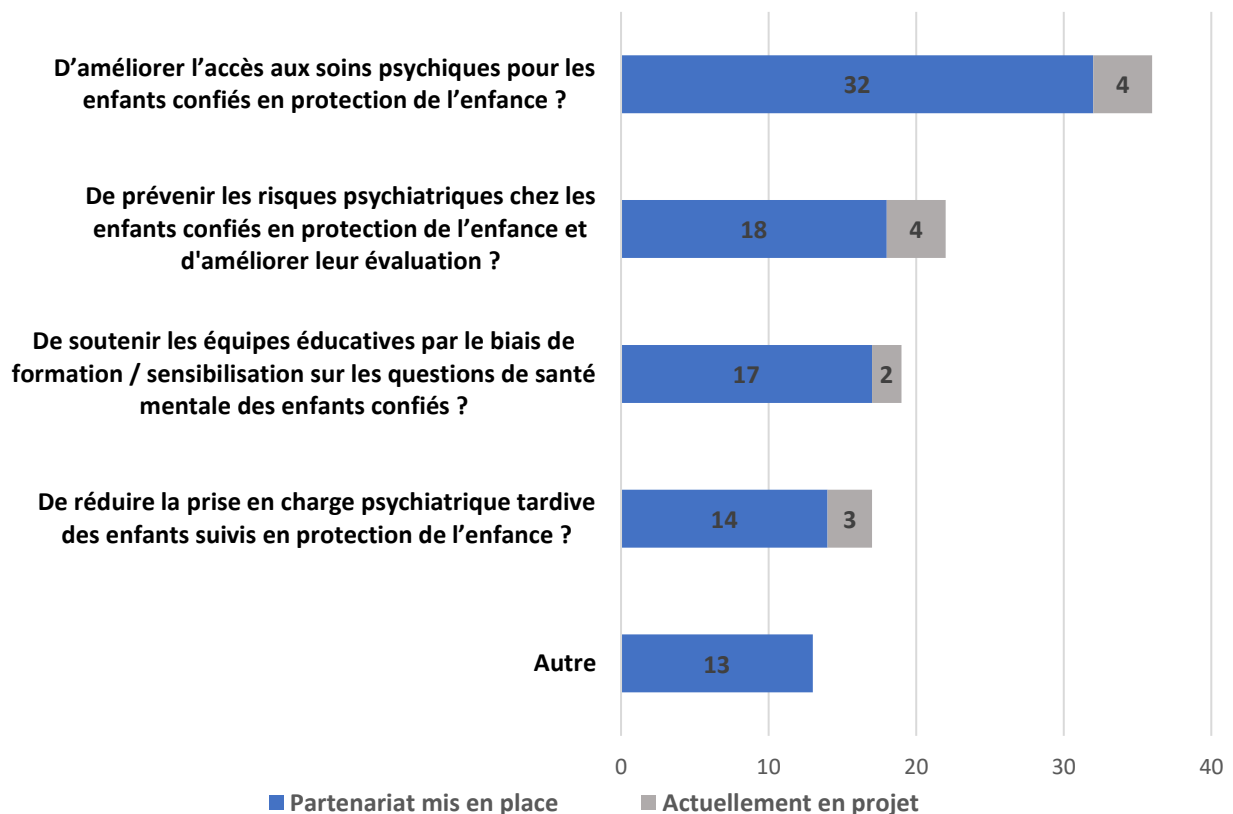
---

<sup>7</sup> <https://www.onpe.gouv.fr/actualite/protection-lenfance-et-sante-mentale-enfants-enjeux-dune-pedopsychiatrie-sociale>

<sup>8</sup> RAGP. La santé des enfants protégés :

[https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp\\_2022\\_v5\\_0.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2022_v5_0.pdf)

**Figure 1 :** Répartition des départements selon les objectifs recherchés du partenariat entre le secteur de l'ASE et de la pédopsychiatrie.



L'amélioration de l'accès aux soins psychiques pour les enfants confiés concerne 32 départements. Il s'agit de l'objectif prioritaire le plus souvent partagé.

Par ailleurs, l'enquête interrogeait l'organisation de ce partenariat et notamment les dispositifs à travers lesquels il s'établit. Pour la majorité des répondants (30 départements), ce partenariat s'organise avec l'inter-secteur de pédopsychiatrie, plus marginalement avec des Maisons des adolescents ou le secteur privé.

Un tiers des répondants précise que ce partenariat se construit au travers de liens interpersonnels. Une dizaine de départements répondants seulement déclarent avoir des liens avec la pédopsychiatrie via des réseaux formels : pour 5 départements, il s'agit d'équipes mobiles et enfin pour 3 départements, de structures spécifiques conventionnées avec l'ASE. Pour d'autres départements, le secteur de la pédopsychiatrie et l'ASE peuvent se rencontrer au détour de réunions de travail thématiques et/ou de séminaires, parfois portés par l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE).

A ce titre, l'enquête interroge la présence de la pédopsychiatrie au sein des ODPE. La pédopsychiatrie fait en principe partie des membres de l'ODPE, dont la liste est fixée par voie réglementaire : nous observons que 37/58 départements répondants ont intégré le secteur de la pédopsychiatrie au sein de leur ODPE.

Cette enquête exploratoire montre des partenariats qui restent encore souvent sporadiques et motivés par la gestion de situations de crises. Ces partenariats paraissent aussi variés dans leurs formes, et sont principalement fondés sur des échanges ponctuels autour de la situation d'un enfant en particulier, rendant difficile leur pérennisation.

Ces partenariats sont aussi rendus difficiles au regard des longs délais d'attente pour accéder à des consultations en pédopsychiatrie. Les répondants déplorent une offre de soins psychiatriques insuffisante (nombre de pédopsychiatres et de lits d'hospitalisation insuffisants, etc.) et très contrastée selon les territoires, avec une tendance qui s'intensifie par la crise covid. L'étude des schémas départementaux témoigne aussi de l'insuffisance et de l'inégale offre de soin en santé mentale sur le territoire national.

**La recherche d'un équilibre à travers un cadre formel suffisamment souple pour répondre aux besoins de chaque enfant apparaît comme un enjeu majeur pour sécuriser les relations entre les professionnels de l'aide sociale et de la pédopsychiatrie, sans alourdir l'action menée.**

Les interventions précédentes, comme les résultats de cette enquête, révèlent des dispositifs particulièrement variés en termes de publics cibles, de durée de prise en charge, d'équipes de professionnels, de modalités d'intervention. Il est par ailleurs important de noter que le lien entre recherche et pratiques est ici aussi observé, avec la volonté d'améliorer la connaissance dans ce domaine : 8 départements déclarent par exemple avoir participé ou projeter de participer à des projets en cours pour mieux connaître les besoins ou le parcours des enfants protégés sous l'angle de la santé mentale.

Cette enquête met en perspective plusieurs points essentiels parmi lesquels :

- Le besoin de mieux connaître les partenariats existants entre les acteurs de la santé et de la protection de l'enfance,
- Le renforcement de liens entre pratiques et recherche pour consolider l'état des connaissances et agir au plus près des besoins de l'enfant,
- L'importance de mieux travailler ensemble, au-delà de la gestion de situations d'urgence, et la nécessité de développer une culture commune.
- La nécessité d'avoir une attention particulière à la prévention et au développement de soins précoces.

## ♣ Table ronde 2 : Regard de jeunes adultes anciennement protégés sur les besoins en soins pédopsychiatriques des enfants suivis en protection de l'enfance.

Noellie Greiveldinger, psychologue formée aux démarches participatives, Pôle des Solidarités, département des Pyrénées Orientales

Les jeunes qui sont avec moi viennent de plusieurs endroits de France et ne se connaissent pas forcément. Ils ont préparé une intervention mais aussi des questions à l'attention de l'ensemble des professionnels présents aujourd'hui. Leur travail rejoint les travaux initiés par d'autres jeunes sur la même thématique, dans les départements comme au niveau national<sup>9</sup>. Les propos de ces jeunes ont donc deux légitimités, celle de leurs expériences et celle du groupe de pairs dont ils sont issus (Comité des jeunes ODPE66, Adepape des Pyrénées Orientales et de l'Indre et Loire).

Cassy Pandelet, Maxime Groult et Enzo Jeblaoui

Jeunes majeurs ayant l'expérience de la Protection de l'enfance

### ***La santé mentale***

La santé mentale c'est d'abord pour nous le bien être. Dans la tête des enfants, les sentiments éprouvés (colère, joie) sont importants. On ne peut pas toujours être joyeux parce que ce n'est pas ça la vie. Il faut pouvoir tout éprouver comme sentiments. Il faut nous laisser tout éprouver. En ce sens, la psychologie pour nous c'est comment aider les enfants à exprimer et gérer les émotions et les besoins.

L'important dans la santé, c'est aussi l'accompagnement des personnes autour de l'enfant, l'entourage. Pour nous, il s'agit autant de la famille et des professionnels, que des connaissances, des amis, les réseaux sociaux. Ce sont l'ensemble des personnes en qui l'enfant a confiance. Le bien-être c'est donc aussi tous ceux qui gravitent autour de l'enfant. Pour être bien, il faut avoir confiance aux personnes autour. La confiance est au centre. Il faut donc apprendre aux enfants à bien s'entourer, car ce n'est pas toujours facile pour nous. Si nous n'arrivons pas à bien nous entourer, alors nous nous retrouvons dans une grande solitude qui entraîne de la souffrance. Le lieu de vie de l'enfant va impacter sur la santé mentale de l'enfant.

---

<sup>9</sup> Voir le rapport de la Mission La parole aux enfants : « A (h)auteur d'enfants » remis par G. Arnaud Melchiorre à A. Taquet Secrétaire d'Etat chargé de l'Enfance et des Familles auprès du Ministre des solidarités et de la Santé -

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-de-la-mission-la-parole-aux-enfants>



Chaque jeune est différent. Certains cela leur fera du bien de parler en groupes de jeunes, d'autres pas. Nous avons voulu vous parler de trois points importants pour nous concernant le bien être : la confiance, les loisirs et les psys.

### ***La confiance entre le jeune et les professionnels***

La confiance peut être bloquée. Nous avons réfléchi à deux éléments qui bloquent la confiance :

Tout d'abord, il y a un fossé entre le jeune et le professionnel. Cela crée un blocage, on se dit que les professionnels sont adultes et ne peuvent pas se mettre à notre place et aussi il y a l'écart d'âge. Il y a des incompréhensions, les professionnels ne peuvent pas /ne veulent pas comprendre le point de vue du jeune. Il n'y a pas de dialogue. Le professionnel n'arrive pas à comprendre l'enfant et du coup l'enfant ne se sent pas en confiance. Souvent, il n'y a pas d'affinités affectives entre le jeune et le professionnel.

*La proposition que nous faisons* : que le professionnel cherche à comprendre le jeune en cherchant des renseignements sur ce qui se passe et qu'il fasse des « points info ». Par exemple : un enfant de 16 ans qui goûte à l'alcool, les professionnels ne vont pas essayer de comprendre la situation, ils vont être dans l'interdiction parce qu'il est mineur. Mais au lieu de punir l'enfant, il vaudrait mieux lui expliquer pourquoi c'est interdit. Se renseigner sur le sujet. Et ensuite faire un point info pour tous les jeunes sur ce sujet.

Ensuite le problème c'est le retour des professionnels en équipe : dans les réunions, dans les dossiers, les informations peuvent fuiter. Parfois, les professionnels disent des choses en réunion ou dans les dossiers qui sont négatives (jugements). L'enfant va entendre des choses. Il arrive qu'un professionnel le dise au jeune ensuite. Ou alors, c'est une information que le jeune a dit à un professionnel, et il ne savait pas que cette information serait transmise à d'autres. Les professionnels parlent entre eux de nous toute la journée, sans que l'on sache ce qu'ils disent.

Il y a des conditions à la confiance, sinon la confiance est brisée.

*La proposition que nous faisons* : Il faut réfléchir à la question de la transmission et de la protection de l'information. Il faut que le professionnel se pose la question du secret professionnel et du consentement de l'enfant. Que le professionnel demande à l'enfant : « est-ce que je peux parler de ça ? » et qu'il lui explique dans quel but il veut le faire. L'enfant doit être au centre de l'information quand il est concerné, pour ne pas être exclu. Cela fait partie du soin.

Nous avons réfléchi aussi à ce qui facilite la confiance :

Par exemple, quand le professionnel connaît le milieu de vie du jeune, pour mieux le comprendre. Des anciens placés comprennent parce qu'ils ont vécu la même chose que nous. C'est une grande différence.

C'est important aussi quand l'accompagnement se fait dans l'écoute et la compréhension : écouter l'enfant dans tout ce qu'il a à dire, de son début de placement à la fin, comprendre ce qu'il dit, ce dont il a besoin, ce qu'il ressent. Mais aussi : faire des recherches, car le professionnel ne sait pas tout, même s'il le fait croire. Il faut prendre en compte et comprendre

dans quelle société et cadre de vie se trouve le jeune.

Enfin, il y a les émotions humaines : les éducateurs sont formés à être éducateurs. Mais il y en a qui lisent nos sentiments, ils mettent des émotions dans notre accompagnement, cela les rend humains. Ils ne sont pas juste là pour faire leur travail et gagner leur vie. Les jeunes eux sont au foyer pour vivre et certains pour survivre. L'émotion du professionnel est importante parce qu'ils sont un peu comme une 2<sup>e</sup> famille pour le jeune. Qu'ils s'inquiètent pour nous, c'est important.

De plus, les professionnels sont formés sur la distance professionnelle : Les éducateurs apprennent qu'il faut se décaler des émotions. Mais il faut savoir que les enfants lisent beaucoup les émotions, ils comprennent le monde avec les émotions. C'est ça qui fait qu'on est des humains. Si en face, on a une moitié d'humain qui ne lit pas nos émotions, cela peut poser problème. En formation, on n'apprend pas à être à la fois professionnel et dans la peau d'un être humain. Dans la formation on apprend la distance. Par exemple, quand il y a un problème un éducateur va d'abord appeler la gendarmerie, au lieu de comprendre la situation. Des fois, les professionnels qui apprennent sur le tas sont plus dans l'émotion et nous comprennent mieux que les éducateurs qui sortent de l'école. Mais ils ne sont pas formés, donc ils ne savent pas gérer les situations compliquées. Ils n'ont pas les techniques que l'on apprend en formation.

Pour les professionnels de l'Aide sociale à l'Enfance, il faut des formations, être suivis et soutenus. Si les professionnels ont moins de ressources, la santé mentale des enfants est impactée. Cela a des impacts dans les 2 sens : s'il n'y a pas de formation prévue par les directeurs, il y a un impact sur les professionnels, et donc sur le jeune. Dans l'autre sens s'il y a un impact sur le jeune, alors il y aura un impact sur les professionnels : mise en difficulté sur le terrain, peu de ressources à disposition. Et il y aura un impact sur les directeurs : charges de travail, plaintes des professionnels, potentiellement plainte des "pairs", problèmes à résoudre. *La proposition que nous faisons* : la possibilité que les jeunes puissent être entendus ou interviennent dans la formation des professionnels de la protection de l'enfance.

### ***Les loisirs***

C'est une grande aide pour la santé mentale. Cela nous donne corps et âme. Il faut accompagner le jeune à trouver le loisir propre qui lui permet de s'exprimer. Un jeune qui a un loisir va être totalement différent d'un autre qui n'en a pas : cela permet la socialisation, d'avoir des repères, des personnes de confiance en dehors de la protection de l'enfance ou la famille. Cela évite la solitude dont on a parlé au début. Il y a aussi les associations d'anciens jeunes de la protection de l'enfance. Elles sont importantes. Elles peuvent aider les jeunes et les professionnels à se parler. Elles peuvent organiser des journées détente « lambda », hors placement.

Il est plus facile de parler à des personnes qui ont vécu un placement et sont aptes à en parler et donner des conseils. Dans une association, nous sommes tous sur un pied d'égalité. Les bénévoles peuvent aussi mettre les jeunes en relation avec d'autres réseaux pour les aider dans leurs projets. Ces associations ne sont pas assez connues. Leur message c'est : « on a été

placé nous aussi, on va avancer, on vous accompagne vers une vie normale ». Il n'y a pas de jugement. C'est de l'espoir.

### ***Les psychologues/les psychiatres***

Ils sont au second plan, car il y a d'abord les professionnels de proximité. Leur rôle est important, mais le jeune n'a pas souvent la possibilité de choisir son psy. S'il n'y a pas de confiance, il y aura un mauvais suivi qui fera empirer la situation et impactera la santé mentale du jeune. Surtout qu'il y a des bons et des mauvais pys, selon la situation.

Un mauvais suivi c'est :

-Quand il n'y a pas de confiance

-Quand le psy parle à d'autres professionnels de ce qui s'est dit lors de l'entretien avec le jeune.

On devrait pouvoir parler de tout sans que ça sorte de la pièce !

-Quand le psy fait partie du service de placement : c'est plus dur de se confier

Il est plus facile de se confier à un psy en dehors du service et qui ne soit pas imposé. Nous avons du mal à dire des choses si le psy fait partie du service. Si j'ai un problème avec un éducateur, comment le dire si le psy fait partie du service ? Il faut toujours faire attention à ce qu'on lui dit. Le psychologue n'est pas soumis au secret total. Il doit parler en cas de « nécessité » : qui évalue cette nécessité quand cela concerne l'histoire du jeune ?

*Les propositions que nous faisons* : mettre en place des moyens pour que le jeune puisse garder son psy, même s'il y a un déplacement géographique (du jeune ou du psy). Par exemple, en utilisant la visio. La relation est importante s'il y a un lien de confiance. Il y a eu des choses confiées. Le jeune est déjà coupé de sa famille, de sa fratrie, et là on rompt encore un lien ! Cela a un impact important pour le jeune.

Ce serait bien aussi que le psy puisse expliquer au jeune quelle est la nécessité de parler à d'autres de ce qui est dit dans l'entretien.

Concernant les psychiatres, on voudrait dire que la solution n'est pas de donner plein de cachets. Il doit exister d'autres moyens de soigner un enfant. Quand un jeune fait une crise parce qu'il est en souffrance, aujourd'hui les professionnels le bloquent au sol. On résout une violence par une autre violence.

Il faut peut-être parler au jeune de ce qui lui plaît. Il faut connaître ce qu'aime un jeune, le connaître dans son quotidien, essayer de le comprendre. Par exemple, en cas de crise aller avec lui taper dans un ballon. Un jeune n'a pas besoin qu'on lui rajoute une violence supplémentaire à ce qu'il vit déjà.

L'intervention des jeunes s'est clôturée par un échange avec la salle sur la base d'une liste de questions qu'ils avaient préparées :

– Est-ce possible de repérer le plus rapidement possible le professionnel qui n'est pas à l'aise dans son métier ? Les jeunes se posent souvent la question « est-ce que le professionnel se sent à sa place ? ». Quand ce n'est pas le cas, le jeune va se poser des questions sur lui-même d'abord, il va se remettre en question, il va penser que le professionnel ne l'aime pas. « on se sent inférieurs, donc on va penser d'abord que c'est à cause de nous ». Le professionnel est censé avoir raison.

- Est-ce que tous les professionnels sont formés à gérer les jeunes en situations extrêmes ?
- Est-ce que des moyens sont à disposition pour évaluer le travail des professionnels sur le terrain, après embauche, chaque semestre/trimestre/année ? l'idée est que ceux qui ne se sentent pas bien dans leur fonction puissent avoir la possibilité de bouger, ou de trouver une formation pour obtenir des compétences supplémentaires.
- Dans certains lieux de vie, il existe des réunions de jeunes : pensez-vous vraiment que cela fonctionne pour faire remonter les choses ? Peut-on penser à l'améliorer, avec les jeunes ?
- Est-ce que les professionnels mettent à disposition les écrits qui concernent les jeunes pour que ces derniers puissent être informés, qu'ils donnent leur avis ? (Sachant que c'est un droit pour les jeunes)
- Est-il possible d'organiser des rencontres entre les jeunes et les supérieurs hiérarchiques ?  
Pour voir ce qu'il est possible de mettre en place pour améliorer les choses
- Comment mettez-vous en place un partenariat associatif ? Trouvez-vous cela utile ? Est-ce que le partenariat est assez poussé actuellement ?
- Connaissez-vous les associations Repaires et ADEPAPE ?

### ♣ Table ronde 3 : Des expériences de partenariats entre l'ASE et la pédopsychiatrie

#### -Présentation du Dispositif d'accueil familial thérapeutique et social de Savoie (DAFTS)-

##### Elise Jacquin-Dantin, Chef de service PMI/EJF – Maison sociale du département bassin chambérien

Le DAFTS comprend 8 places d'accueil pour des enfants de 13 à 18 ans. Ce dispositif répond à la volonté de compléter l'offre d'accueil en direction des adolescents en grandes souffrances psychiques.

Le dispositif propose d'associer le suivi socio-éducatif et le soin. L'enjeu était d'arrêter les pratiques conduisant à des ruptures de prise en charge dans le parcours des enfants pour offrir une continuité entre les professionnels qui s'occupent d'eux, mais aussi une continuité de temps pour éviter de créer de nouvelles ruptures liées à des sorties de lieux d'accueil (qu'il s'agisse du foyer, de la famille d'accueil ou du lieu de soin). Le dispositif repose sur une responsabilité partagée entre le département, l'association qui gère le lieu d'accueil et les services de soin. Il a pour objectif de répondre à la situation de chaque jeune en tenant compte des contraintes administratives qui existent. Il s'agit également d'éviter que les acteurs se renvoient la responsabilité, sans solution effective sur l'enfant. Enfin, l'objectif est de créer un espace commun de réflexion pour croiser les expériences et les expertises afin que les professionnels puissent continuer à être créatifs.

L'accompagnement proposé conduit à mobiliser le jeune, la famille mais aussi les professionnels. Les assistantes familiales sont par ailleurs accompagnées pour suivre le jeune au quotidien mais aussi dans le cadre des hospitalisations qu'il pourrait connaître.

##### Stéphanie Laville, Chef de service du DAFTS - « La Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence des Savoie »

Le parti pris était d'avoir un espace de travail collaboratif avec une bonne connaissance de la réalité des partenaires au local. Un tel travail n'est pas chose aisée car il faut pouvoir être constamment en lien et entretenir le partenariat autour des situations individuelles, dans la durée et à tous les niveaux hiérarchiques. Le service bénéficie de deux infirmières à mi-temps détachées par le Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie (CHS). Ces infirmières assurent le lien avec l'hôpital et jouent un rôle pivot pour le jeune entre « le dehors et le dedans ». Autrement dit, ces infirmières permettent de faire remonter les observations que l'équipe

socio-éducative peut avoir concernant le jeune au pédopsychiatre du CHS qui suit l'enfant. A l'inverse, elles permettent d'attirer l'attention du pédopsychiatre, et plus largement des acteurs du soins, sur la nécessité de prendre en compte la santé somatique de l'enfant. Ces infirmières sont référentes du parcours de soin et sont à tous les rendez-vous médicaux. Le psychologue du service vient également sur le lieu d'accueil à la rencontre des assistants familiaux. Ce professionnel est un soutien également pour l'équipe. En cas de crise, le dispositif a également mis en place une astreinte permettant de mettre des mots sur les ressentis. L'équipe éducative intervient au quotidien, participe au plan d'accompagnement global et coordonne l'ensemble des suivis (notamment IME, Itep, etc.), l'équipe est également composée des assistants familiaux qui ont un rôle pivot dans la prise en charge, ils assurent le quotidien de l'adolescents et leurs observations sont une richesse pour le dispositif. Le dispositif repose enfin une fois tous les 2 mois sur un comité de coordination partenarial qui a pour objectif la mise en œuvre des orientations proposées par le comité de suivi et la régulation du service (fonctionnement, articulation). Une fois par an un comité de suivi permet d'évaluer l'activité et notamment de suivre les hospitalisations avec la volonté de les limiter et l'élaboration des orientations futures.

### Elisabeth Nebrigic, cadre de santé, CH spécialisé de Savoie

Cette intervention vise à illustrer le propos avec deux vignettes cliniques <sup>10</sup> : Irène a bénéficié d'un suivi en IME, connu plusieurs familles d'accueil et plusieurs hospitalisations. Lors de ces hospitalisations, la jeune réclame une chambre seule et apporte ses propres draps. En famille d'accueil, elle commet des passages à l'acte auto-agressifs qui aboutissent à des passages fréquents aux urgences ou au CHS. Rapidement, l'équipe imagine une hospitalisation séquentielle. La jeune évoque en effet que l'hôpital lui permet de souffler "car c'est trop dur à l'extérieur ". Lors de ces hospitalisations, les éducateurs du dispositif sont très présents, ils vont la voir et ce sont eux qui rendent possible le lien avec l'extérieur. Ainsi, la jeune poursuit sur les temps d'hospitalisation sa présence à l'IME, honore les rendez-vous médicaux qu'elle a à l'extérieur, etc. Des taxis sont mis en place pour faciliter ces déplacements vers ces lieux tiers.

Enrique a des troubles du comportement. Il est pris en charge par de nombreux acteurs : deux familles d'accueil, un IME en journée mais aussi l'hôpital de jour. Par ailleurs, il est une nuit par semaine auprès de ses parents. Un matin, il menace de tuer sa famille d'accueil. Le jeune est alors admis en urgence dans le dispositif. Ce jour-là, il n'y a pas de place au sein du CHS mais le travail partenarial mis en place et les bonnes relations entre les deux institutions

---

<sup>10</sup> Les prénoms des enfants ont été modifiés pour préserver leur anonymat.

permettent une admission en sureffectif afin de réaliser un premier bilan et de répondre à l'urgence au regard de l'état santé psychique du jeune.

## Présentation d'une convention entre le service de la pédopsychiatrie et la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la ville de Paris

**Anne-Laure Hochedez-Planche, Sous-directrice de la prévention et protection de l'enfance à la ville de Paris.**

L'accompagnement par les services de l'aide sociale à l'enfance et de pédopsychiatrie pour assurer la santé mentale des enfants protégés est un sujet complexe sur lequel beaucoup reste à faire. A Paris, en 2015, une table ronde entre l'ASE et la pédopsychiatrie a été organisée par l'élue en charge de la protection de l'enfance. Cet évènement a permis de s'accorder sur l'impérieuse nécessité de ne plus opposer l'éducatif et le sanitaire : le bien-être du jeune est l'affaire de tous. Face à ce constat, une convention a été élaborée et signée en 2019 avec la volonté :

- D'améliorer la pertinence des orientations en santé mentale,
- De favoriser les bilans de santé et plus globalement l'accès aux soins des enfants protégés,
- De développer l'interconnaissance des acteurs.

A travers ces différents objectifs, ladite convention a également permis de clarifier les champs de compétences de chaque acteur. Par ailleurs, aujourd'hui, les secteurs de pédopsychiatrie sont membres de droit des commissions propres à l'aide sociale à l'enfance (sur les situations complexes, les CESSEC, etc.).

Pour assurer la déclinaison du partenariat posé par la convention au sein des territoires, le texte prévoit l'identification de binômes ASE-pédopsychiatrie et l'animation de temps d'échanges locaux. Les binômes sont composés de la manière suivante : du côté des secteurs de l'aide sociale à l'enfance, le responsable de secteur et le psychologue ont la charge d'organiser et animer le partenariat au local. Du côté des intersecteurs de pédopsychiatrie, les interlocuteurs désignés sont le travailleur social de l'intersecteur et le pédopsychiatre. Ces binômes identifiés doivent favoriser l'interconnaissance des acteurs et le travail sur les situations individuelles. Une attention particulière est portée à l'orientation des enfants vers les services adaptés au sein du champ social, médico-social comme sanitaire. Ces binômes permettent également d'avancer sur l'enjeu lié à la domiciliation des enfants<sup>11</sup>. Ces binômes ont également vocation à prévenir les ruptures d'accueil et favoriser les liens entre les services, y compris avec la pédopsychiatrie adulte (lors du passage à la majorité du jeune, ou

---

<sup>11</sup> Cet enjeu est très fort à Paris puisque près de deux tiers des enfants accueillis par le service départemental de l'aide sociale à l'enfance sont accueillis en dehors Paris, et essuient des refus d'accès aux soins par les services de pédopsychiatrie qui se trouvent à proximité de leur lieu d'accueil.



lorsque l'enfant est mineur mais que les parents bénéficient d'un suivi). La convention prévoit également des temps d'immersion entre services pour favoriser concrètement les liens entre les acteurs.

La convention prévoit enfin un comité de suivi et un comité de pilotage qui doivent être déployés très prochainement. Les professionnels sont assez unanimes sur l'intérêt de cette convention en considérant qu'elle donne un socle de repères indispensables pour la prise en charge des enfants et des jeunes. Elle permet également de réaffirmer que l'éducatif fait partie du soin.

**« Nous sommes tous concernés par la santé des enfants et cette idée partagée est en soi un vrai progrès »**

Une telle convention est une première étape pour déployer ensuite un véritable parcours de soin adapté aux besoins de chacun des enfants accompagnés au titre de la protection de l'enfance.

**Jean Chambry, pédopsychiatre, chef de pôle 75109, président de la SFPEADA**

En écho à ce qui vient d'être présenté, je souhaite témoigner de la mise en œuvre de cette convention dans le 17<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. Comme vous l'aurez compris, cette convention porte l'idée de s'engager institutionnellement. Ce qui a été important, c'est de créer des espaces offrant une possibilité de parler sereinement des situations individuelles, y compris en cas de désaccords. Il s'agit aussi par ces échanges de mieux comprendre la logique de l'autre et de développer une culture commune. Il n'est pas question de se substituer aux relations qui existent déjà mais plutôt d'investir le binôme désigné par la convention lorsqu'un besoin de médiation ou de difficultés d'orientation de l'enfant apparaît autour d'une situation individuelle. Cela permet également de donner aux professionnels de l'aide sociale à l'enfance une meilleure visibilité sur les parcours de soin possibles pour un enfant à Paris, en tenant compte d'éléments de contexte. Il s'agit par exemple de donner à voir les services qui seraient en mesure de répondre plus rapidement que d'autres sur le territoire.

Dans le 17<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, un travail a été mené autour de revues de situations individuelles avec l'idée d'avoir un regard constructif sur des pratiques passées. Pour ne donner qu'un exemple, l'évaluation des compétences parentales est souvent sujet à débat alors même que l'on s'appuie sur des référentiels ou des outils communs. On pense notamment à certaines situations où les parents viennent au CMP sans qu'il ne se passe rien dans la relation parents-enfants, sans qu'il y ait non plus beaucoup d'inquiétudes ou de signes manifestés par l'enfant et dans lesquelles il y a pourtant des craintes relayées par les

professionnels de l'aide sociale à l'enfance. Le travail autour de ces situations permet de mettre à la réflexion l'importance d'une information préoccupante, ses délais et son contenu. De même, certaines situations dans lesquelles une AEMO est renouvelée sur plusieurs années peuvent être sources d'une réflexion commune. Dans certaines de ces situations, les parents ne sont plus vus, ne se présentent plus aux rencontres, pourtant la mesure est maintenue. On voit alors apparaître dans les échanges entre professionnels la difficulté de formuler l'incapacité de travailler avec cette famille. Dans ces moments, l'échange permet de partager une impuissance collective, sans renvoyer la responsabilité à d'autres. Au-delà de la question des diagnostics partagés, il s'agit aussi de partager des modèles communs de compréhension de l'enfant pour pouvoir mieux répondre à ses besoins.

***« L'accompagnement des situations individuelles montre au quotidien le besoin de penser un suivi de proximité qui soit réellement partenarial, et à ce titre partagé ».***

# Propos conclusifs d'un jeune concerné

Charles Emmanuel Palfray, membre de l'ADEPAPE 13

Mesdames, Messieurs,

Avant de commencer, mes remerciements s'adressent à M. Bensatem, président de l'association d'entraide Adepape des Bouches du Rhône (Marseille). Cette association s'adresse et œuvre auprès des jeunes accueillis et/ou d'anciens jeunes adultes. Elle vise à apporter une aide aux jeunes, notamment sur l'accès à l'autonomie. Elle a également un rôle de pair-aidance et de plaidoyer pour faire reconnaître les droits des jeunes.

Je remercie également Mme Touraut, Mme Genest, Mme Capelier et Mme Greiveldinger d'avoir organisé cet après-midi, comme la continuité des discours de la matinée.

Tout d'abord, réfléchir posément aux enjeux territoriaux présents et aux coopérations possibles entre ASE et services pédopsychiatriques nécessite de réfléchir au pouvoir de décision et au pouvoir de médiation de la rencontre. Cette question de la rencontre est importante entre les professionnels, mais aussi entre l'équipe soignante et l'enfant. Ce dernier est reconnu doué d'intelligence et il est porteur de sa propre peine.

**« L'enfant ne doit pas être circonscrit, voir réduit aux jugements de son interlocuteur ».**

Depuis quelques jours, la création de la délégation aux droits de l'enfant à l'Assemblée nationale signe un engagement significatif et nécessaire à l'égard d'un constat silencieux : celui de la violence institutionnelle au sein du secteur de la protection de l'enfance.

Comment en arrive-t-on, encore aujourd'hui, malgré les savoirs accumulés, à ces situations de désordre et de violences qui ont des conséquences sur les enfants qui en sont victimes ? La question tient sûrement à une réponse claire : il existe aujourd'hui une contrainte organisée à des fins techniques et économiques, au détriment de la qualité du soin. Par ailleurs, il est difficile pour le jeune de se penser et de reconnaître son pouvoir décisionnel.

Dans la majeure partie des cas, la rupture du soin met à mal une posture éthique du professionnel et la relation de confiance nouée avec l'enfant.

**« La prise en charge et la garantie de l'enfant dépendent de la considération portée à ses paroles et à la reconnaissance de son pouvoir de décision ».**

La compréhension du pouvoir de décision des enfants est cruciale pour répondre au danger et éviter la censure, l'isolement social, la directivité ou encore l'assujettissement de l'enfant à la volonté de penser de son interlocuteur. Cette violence fondamentale, parfois inconsciente, empêche la construction d'une relation de confiance, d'une relation équitable et la préservation des intérêts et des besoins supérieurs de l'enfant.

Emmanuel Kant rappelle que l'esprit est contraint de construire son expérience de la réalité. Il faut ici souligner la responsabilité liée à la pathologie de l'entourage de l'enfant. Quelles

solutions pour assurer la capacité de résilience du jeune suite aux contre-coups et à la brutalité endurée, parfois en lien avec des troubles de conduites et de comportements de l'enfant ? Comment éviter également les défaillances des prises en charge ? Quelques faits illustrent la violence institutionnelle ressentie par les enfants comme par exemple une autonomisation rapide, un choix limité en matière d'orientation scolaire ou professionnelle, la recherche d'un consentement qui n'est pas systématique en cas de soin ou encore un recueil limité de sa parole par le juge des enfants. Le jeune doit souvent se débrouiller lui-même, tout en tenant compte du « modèle à suivre » en fonction de son référent. Aujourd'hui, l'adaptation des enfants aux organisations et aux contraintes d'équipes est constante et continue. Comment cette prise en charge peut-elle se modifier pour se centrer sur le processus d'individuation du jeune et représenter une structure de soins offrant un espace suffisant de paroles et d'interventions, n'étouffant pas la capacité d'agir de l'enfant ?

Pour conclure cette intervention, je termine par cette citation du conférencier Thomas d'Ansembourg, formateur de la communication non violente : « il y a beaucoup plus d'intelligence dans deux cœurs qui essaient de se comprendre que dans deux cœurs qui essaient d'avoir raison ». De fait, la médiation et la pédagogie du lien se développent au moyen de la sagesse, de l'ouverture réciproque à l'inconnu, et à la connaissance mutuelle préalable au sein des équipes intervenantes.

***« Il s'agit de ne pas céder aux contraintes et à l'urgence du soin, et de privilégier la bienveillance, l'écoute, la tolérance, structurant l'amour et la capacité de compréhension, dès le plus jeune âge, de l'enfant. »***

## CONCLUSION de l'ONPE et de la SFPEADA

Au terme de cette journée riche d'enseignements, de témoignages et d'échanges, avec des professionnels, des universitaires et des jeunes, plusieurs points forts se dégagent. La volonté de cette journée était de dépasser les difficultés de moyens et d'articulation rencontrées sur les territoires pour penser la complémentarité entre la pédopsychiatrie et l'aide sociale à l'enfance afin de répondre aux besoins fondamentaux des enfants protégés.

**Une approche historique permet de rappeler que les origines de la pédopsychiatrie sont liées au sort des enfants placés.** En ce qui concerne la santé mentale des enfants, les recherches montrent que les problématiques de souffrance psychique et des pathologies avérées, parfois sévères, sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants accompagnés au titre de la protection de l'enfance, en raison notamment d'une insécurité psychique précoce et plus globalement des difficultés de leur parcours de vie. Une partie de ces enfants sont par ailleurs concernés par des traumatismes complexes, liés à une exposition répétée et durable à des maltraitances plurielles.

Sur le plan des pratiques, l'ensemble des acteurs reconnaissent **l'importance du point de vue des prises en charge que soient pensées simultanément les dimensions de prévention, de protection et de soin.** La réponse apportée collectivement au méta-besoin de sécurité de l'enfant protégé est au cœur de l'articulation entre les professionnels et plus largement entre les institutions. Certaines présentations de la journée ont également permis de mettre au jour de nouvelles approches pour mieux répondre à ce méta-besoin, soulignant l'importance de la qualité des liens relationnels pour accompagner les enfants les plus en difficultés.

La complémentarité et l'articulation de la pédopsychiatrie et de l'aide sociale à l'enfance peuvent également se nourrir de la participation commune à des démarches et travaux de recherches. La recherche, par la production de connaissances, est apparue comme étant au carrefour de trois leviers essentiels : la formation des professionnels, l'amélioration de la prévention mais aussi des soins et de l'accompagnement des enfants. **La formation, partagée et articulée constamment aux recherches, est indispensable à la fois pour construire un socle commun de savoirs scientifiques et pour renforcer la culture commune.** Le développement récent du concept scientifique de « psychotrauma complexe » (CIM11, 2022) est un atout, à condition de le travailler ensemble et sans emballement excessif. Cette culture commune peut également s'enrichir via la mobilisation partagée d'outils ou de référentiels dans le respect des compétences de chacun. Plusieurs autres éléments d'une culture commune ont d'ores et déjà été évoqués lors de cette journée, parmi lesquels l'attention aux besoins fondamentaux des enfants et à la précocité des prises en charge, mais aussi la reconnaissance de la pluralité des approches de soin.

Plusieurs expériences concluantes menées entre des services de pédopsychiatrie et d'aide sociale à l'enfance ont été présentées au cours de la journée. Le croisement de ces expériences permet de formuler de premiers principes en vue de soutenir la construction de partenariats de ce type. La construction de dispositifs et de pratiques menés en collaboration doit ainsi reposer sur de véritables échanges préalables permettant une relation de confiance basée sur une interconnaissance des modes de faire de chacun et la création de liens réguliers. Pour cela, **des espaces de coordination interinstitutionnelle doivent être prévus et définis**. Les partenariats nécessitent l'organisation de rencontres fréquentes, ce qui suppose de disposer de temps et d'espaces dédiés. Ils doivent être l'occasion de partager des points de vue, de confronter des positions, et d'exprimer des désaccords afin de les dépasser pour mieux travailler ensemble, dans l'intérêt de l'enfant.

Il est à noter que l'ensemble des pratiques partenariales et dispositifs conjointement portés par l'ASE et la pédopsychiatrie présentés dans le cadre de cette journée bénéficient d'un portage politique fort de la part de chacune des institutions engagées, pouvant se concrétiser par l'attribution de moyens spécifiques. **Ce soutien politique s'avère déterminant dans la réussite des actions menées**. *A contrario*, les interventions soulignant le manque de moyens et surtout leurs disparités selon les territoires ont été nombreuses.

La journée a également été l'occasion de réfléchir à l'accompagnement proposé aux enfants ou aux jeunes en grande souffrance psychique. Sur ce point, il apparaît important de construire une action partenariale qui prenne en compte l'articulation des acteurs en déterminant les modalités d'accompagnement et de soins, mais aussi de penser la gestion de situations de crise. En pratique, les professionnels témoignent que les rencontres ASE-pédopsychiatrie se font essentiellement à l'occasion de moments de crises, celles-ci réactivant souvent des tensions interprofessionnelles. Ces crises ne pouvant être toutes évitées, il s'agit de mieux définir les modalités du travail en commun pour mieux répondre aux besoins spécifiques des enfants éprouvant une souffrance aiguë se manifestant souvent avec violence. Comme l'ont rappelé certains intervenants, ces crises mettent aussi à l'épreuve les professionnels, psychologiquement et physiquement, c'est pourquoi il convient de penser leur accompagnement. En outre, **si la gestion des crises doit être améliorée, le partenariat doit se déployer en dehors de ces situations, au titre de la prévention des risques, mais aussi dans le quotidien des enfants accompagnés**.

Au-delà de ces principes, se pose la question des éléments de référence qui existent ou pourraient exister à un niveau national pour construire ou renforcer ces partenariats. **La SFPEADA comme l'ONPE ont ainsi conclu à l'intérêt de disposer à terme d'une charte sur les modalités d'articulation entre la pédopsychiatrie et l'aide sociale à l'enfance, visant l'organisation de partenariats pérennes**. Les expériences partenariales présentées ont en effet souligné l'importance de disposer d'un cadre d'intervention formalisé tout en rappelant que ce dernier ne doit pas être trop rigide afin de considérer et de répondre à la pluralité des situations des enfants, aux spécificités des territoires, aux ressources propres à chacun et à la diversité des institutions et professionnels pouvant être engagés dans le travail collaboratif.

Au fil de la journée, **les interventions ont aussi permis de questionner la posture des professionnels soulignant l'importance d'une approche empathique.** Il a été évoqué à plusieurs reprises la nécessité pour les professionnels de faire preuve d'adaptabilité dans la relation, de disponibilité et de capacité de mentalisation. Plusieurs interlocuteurs ont aussi exprimé la nécessité de ne pas se tenir trop à distance des jeunes. L'expression des sentiments que les professionnels peuvent ressentir tels que le souci et l'attention pour l'enfant, voire même l'affection et l'attachement éprouvés à leur égard s'avèrent essentiels pour construire la relation éducative comme la relation de soin. Les jeunes qui ont pris la parole au cours de la journée ont insisté à leur tour sur le besoin qu'ils avaient de nouer avec les professionnels qui les entouraient des relations humaines empreintes d'émotions partagées. Conserver une distance professionnelle tout en adoptant une attitude empathique auprès des jeunes nécessite un accompagnement des professionnels souvent éprouvés par la confrontation à des situations difficiles. **« Prendre soin de celui qui prend soin » en soutenant ceux qui sont engagés auprès des enfants et des jeunes, avec notamment le développement de supervisions ou encore d'analyses de pratiques, est un prérequis à la qualité du travail tout autant qu'un support de la relation partenariale.** Lutter contre la « depressiongénie » de ce thème serait presque une action en soi. L'espoir et la bienveillance sont des qualités indispensables dans ces milieux professionnels. Ils sont largement contrés par des disputes mal régulées, mais aussi par les bien fréquentes médiatisations des échecs de la protection de l'enfance, présentés de façon très partielle, voire partielle. Les réussites dans ce domaine existent. Il faut aussi le percevoir et le diffuser auprès des professionnels ainsi que des enfants.

La question des liens avec les parents s'est aussi posée au cours de la journée. Le travail partenarial entre l'ASE et la pédopsychiatrie peut contribuer à évaluer conjointement les compétences parentales afin de mieux identifier les ressources de ceux-ci et parfois leurs limites, voire les situations de dysparentalités. Il s'agit chaque fois que possible de favoriser le travail d'adhésion des parents aux mesures de protection de leurs enfants, de définir les modalités d'accompagnement des parents les plus pertinentes dans chaque situation, et le cas échéant de réfléchir à une évolution du statut juridique de l'enfant. En outre, les échanges ont permis d'insister sur l'importance de penser les liens parent-enfant, y compris lorsque ces liens ne sont pas possibles ou souhaitables. Ce travail doit d'ailleurs être au cœur du partenariat entre l'ASE et la pédopsychiatrie.

Enfin la parole portée par les jeunes adultes anciennement protégés intervenus au cours de la journée constitue une contribution importante aux travaux. Leurs réflexions et propositions sur les besoins en soins pédopsychiatriques des enfants suivis en protection de l'enfance, ainsi que leurs questions adressées aux participants, ouvrent sur la dimension de la santé globale et de l'attention portée aux facteurs de protection de leur santé. En effet, dans leur perspective, **la santé mentale est entendue dans une acception large, et est associée au bien-être. Les jeunes soulignent « l'importance du droit à la confidentialité lorsque l'on vit sous le regard de nombreux professionnels » et le besoin de nouer un lien de confiance avec ceux-ci.** La bienveillance des professionnels et le respect de leur parole apparaissent pour les jeunes comme des prérequis importants à une relation de confiance. Ils appellent les professionnels à porter une attention particulière au bien-être des jeunes dans leur quotidien, à la qualité de

leur lieu de vie et à leur possibilité d'accès à la culture, à l'art et aux loisirs. Les jeunes qui ont témoigné demandent par ailleurs qu'une attention particulière soit portée à leur entourage amical et social afin de respecter leurs proches mais aussi de les aider à savoir bien s'entourer. Par ailleurs, **leur prise de parole a été l'occasion pour eux de valoriser la communauté des pairs telles que les associations d'enfants anciennement protégés**. Ils les décrivent comme particulièrement aidantes, car elles leur offrent le sentiment d'être compris, et la possibilité de partager leurs expériences.

S'ils ont nourri la réflexion menée ce jour à partir d'un retour d'expériences précieux, les quatre jeunes présents ont formulé un ensemble de propositions afin de dépasser les difficultés dressées. De fait, il apparaît particulièrement nécessaire de s'appuyer sur leurs savoirs expérientiels pour envisager la participation des jeunes à tous les niveaux du travail partenarial mené entre l'ASE et la pédopsychiatrie de même que, plus globalement, leur participation tout au long du processus décisionnel concernant leur parcours au titre de la protection de l'enfance.

Pour s'inscrire à la  
Lettre mensuelle de  
l'ONPE, [cliquez ici](#)

